

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA

AMANDA ZANON RESENDE

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte – Minas Gerais

2021

AMANDA ZANON RESENDE

**CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Madalena Volpe

Belo Horizonte – Minas Gerais

2021

R433c Resende, Amanda Zanon.
Caracterização da assistência à saúde mental na infância e adolescência no estado de Minas Gerais [recursos eletrônicos]. / Amanda Zanon Resende. -- Belo Horizonte: 2021.
140f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Fernando Madalena Volpe.
Área de concentração: Saúde Mental
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Assistência à Saúde Mental. 2. Psiquiatria Infantil. 3. Serviços de Saúde Mental. 4. Dissertação Acadêmica. I. Volpe, Fernando Madalena. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WS 105.5.M3

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2897



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP**

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA: AMANDA ZANON RESENDE

Realizou-se, no dia 29 de outubro de 2021, às 09:00 horas, online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS*, apresentada por AMANDA ZANON RESENDE, número de registro 2019713912, graduada no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Fernando Madalena Volpe - Orientador (FHEMIG), Prof(a). Graziella Lage Oliveira (UFMG), Prof(a). Ana Paula Souto Melo (UFSJ).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 29 de outubro de 2021.

Prof(a). Fernando Madalena Volpe (Doutor)

Prof(a). Graziella Lage Oliveira (Doutora)

Prof(a). Ana Paula Souto Melo (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por **Graziella Lage Oliveira, Professora do Magistério Superior**, em 29/10/2021, às 11:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Madalena Volpe, Usuário Externo**, em 02/12/2021, às 10:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Souto Melo, Usuário Externo**, em 02/12/2021, às 10:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1050788** e o código CRC **6411D60E**.

https://sei.ufmg.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=1116476&infra_sistema... 1/2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof^a. Sandra Regina Goulart de Almeida

Vice-Reitor

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Mário Fernando Montenegro Campos

Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Prof^a. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador Geral do Centro de Pós-Graduação

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação

Prof^a. Eli lola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Adalgisa Peixoto Ribeiro

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Prof^a. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Prof^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo (Titular)

Prof^a Eliane Dias Gontijo (Titular)

Prof^a Efigênia Ferreira e Ferreira (Titular)

Prof^a Elza Machado de Melo (Titular)

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro (Titular)

Prof^a Andréa Maria Silveira (Suplente)

Prof. Marcelo Grossi Araújo (Suplente)

Prof^a Eugenia Ribeiro Valadares (Suplente)

Prof^a Stela Maris Aguiar Lemos (Suplente)

Prof^a Izabel Christina Friche Passos (Suplente)

Representantes Discentes do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Maria Beatriz de Oliveira (Titular)

Marcos Vinícius da Silva (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Fernando Volpe, por apostar nesta ideia, pelos ensinamentos e paciência.

Aos meus pais, Aguiar e Guilherme, pelo exemplo, pelo amor, pela dedicação e, sobretudo, pelas inúmeras vezes que reafirmaram que o conhecimento é o bem mais valioso.

Ao Paulinho, por todos esses anos juntos e pela cumplicidade.

Ao meu irmão Edberto e à Érica, que neste período me presentearam com a vida e a oportunidade de ser a segunda imagem materna do Heitor.

Aos meus amigos, por todos os momentos maravilhosos que compartilhamos.

Aos meus colegas de trabalho, por me incentivarem e compreenderem minha ausência.

RESUMO

Introdução: Embora a prevalência mundial dos transtornos mentais na infância e adolescência se aproxime de 13,4%, pouco se sabe sobre a capacidade instalada de serviços e profissionais qualificados em Minas Gerais (MG). Considerando-se o alto risco de continuidade entre os distúrbios da infância e os da idade adulta, a intervenção eficaz e precoce pode minimizar o ônus sobre o indivíduo e a família, além de reduzir os custos para os sistemas de saúde e as comunidades. No Brasil, o serviço especializado no atendimento deste perfil de pacientes é o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). **Objetivos:** Caracterizar a assistência à saúde mental das crianças e adolescentes em MG, no período de 2007 a 2020, em relação à disponibilidade de serviços, profissionais e perfil dos atendimentos. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, que tem como escopo os serviços de saúde mental da infância e adolescência de MG. Foram coletados dados referentes à saúde mental da infância e adolescência em todo o período disponível: 2007 a 2020 para os dados dos serviços de saúde e 2013 a 2019 para os dados referentes à produção ambulatorial (Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde – RAAS) e à produção hospitalar (Autorização de Internação Hospitalar – AIH). As bases utilizadas são de domínio público: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais, Sistema de Informações Hospitalares e Conselho Federal de Medicina. Foram realizadas análises descritivas e comparativas. O presente estudo foi dispensado de apreciação do Comitê de Ética. **Resultados:** Minas Gerais possui 42 CAPS que atendem exclusivamente o público infantojuvenil. Houve um incremento de 381% no número de serviços no período de 2013 a 2020 e, ainda assim, há duas macrorregiões do Estado que não dispõem de CAPSi. A distribuição geográfica dos serviços e profissionais é desigual e, a maior parte está concentrada na região central. O Estado conta com 2,31 profissionais de nível superior e 0,53 psiquiatras da infância e adolescência por 100.000 crianças e adolescentes. No período de 2013 a 2019 o número de RAAS emitidos no Estado aumentou 356%. A idade média dos pacientes atendidos nos CAPSi aumentou de 10,88 ($\pm 4,31$) em 2013 para 11,36 ($\pm 4,28$) anos em 2019. A proporção de meninos foi maior em todo o período e mais de 90% dos atendimentos ocorreram no mesmo município do domicílio. Os atendimentos individuais foram os mais frequentes. Ocorreram 16,63 internações em hospitais gerais por 100.000 crianças e adolescentes no ano de 2019. A idade média dos pacientes internados aumentou de 13,08 ($\pm 4,23$) em 2013 para 14,26 ($\pm 3,33$) anos em 2019. Os transtornos das emoções e comportamento foram mais prevalentes nos atendimentos ambulatoriais, enquanto os transtornos de humor e psicóticos se destacaram nas internações. O Estado dispõe de 0,27 leitos de hospitalidade noturna para 100.000 crianças e adolescentes, e todos estes leitos encontram-se na capital. Não há dados sobre leitos específicos em hospitais gerais. **Discussão:** Para além dos pacientes com transtornos mentais graves e refratários, os transtornos moderados e alguns leves, porém refratários aos tratamentos iniciais, também necessitam de acompanhamento especializado. Pelo menos 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental, o que representa o total de 653.548 crianças e adolescentes em MG. Considerando o critério de habitantes por região para a implantação dos CAPSi, MG tem 75 microrregiões elegíveis e, pensando unicamente na população, há a possibilidade de implantação de 300 CAPSi. Sendo o Brasil um país de renda média, há um déficit de 24,39 profissionais por 100.000 crianças e adolescentes em MG. O Estado tem lacunas de assistência em todas as regiões ampliadas de saúde. O número de serviços, de profissionais e de leitos no Estado

está aquém das estimativas mundiais, mesmo quando se compara a países com renda semelhante. **Considerações finais:** Apesar dos incrementos na oferta de serviços e profissionais, ainda existem deficiências quantitativas e de distribuição no Estado de Minas Gerais. Investimentos na rede de saúde, na formação dos profissionais, na construção de políticas públicas e de indicadores se fazem necessários objetivando melhorias na assistência.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental. Psiquiatria da Infância. Centros de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Introduction: Although the worldwide prevalence of mental disorders in childhood and adolescence is close to 13.4%, little is known about the installed capacity of services and qualified professionals in Minas Gerais (MG). Considering the high risk of continuity between childhood and adult disorders, effective and early intervention can minimize the burden on the individual and the family, and reduce costs to health systems and communities. In Brazil, the service specialized in attending to this profile of patients is the Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). **Objectives:** To characterize the mental health care of children and adolescents in MG, from 2007 to 2020, in relation to availability services, professionals and profile of care. **Method:** This is an observational, descriptive study that has as its scope the mental health services for children and adolescents in MG. Data were collected regarding childhood and adolescence mental health throughout the available period: 2007 to 2020 for data from health services and 2013 to 2019 for data referring to outpatient production (Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde – RAAS) and hospital production (Autorização de Internação Hospitalar – AIH). The databases used are in the public domain: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais, Sistema de Informações Hospitalares e Conselho Federal de Medicina. Descriptive and comparative analyzes were performed. This study was exempted from consideration by the Ethics Committee. **Results:** Minas Gerais has 42 CAPS that cater exclusively to children and young people. There was an increase of 381% in the number of services in the period from 2013 to 2020 and, even so, there are two macro-regions of the State that do not have CAPSi. The geographical distribution of services and professionals is uneven and most of them are concentrated in the central region. The State has 2.31 higher education professionals and 0.53 child and adolescent psychiatrists per 100,000 children and adolescents. In the period from 2013 to 2019, the number of RAAS issued in the State increased by 356%. The mean age of patients treated at CAPSi increased from 10.88 (± 4.31) in 2013 to 11.36 (± 4.28) years in 2019. The proportion of boys was higher throughout the period and more than 90% of the consultations took place in the same municipality as the domicile. Individual consultations were the most frequent. There were 16.63 admissions to general hospitals per 100,000 children and adolescents in 2019. The average age of hospitalized patients increased from 13.08 (± 4.23) in 2013 to 14.26 (± 3.33) years in 2019. Emotion and behavior disorders were more prevalent in outpatient visits, while mood and psychotic disorders stood out in hospitalizations. The State has 0.27 overnight hospital beds for 100,000 children and adolescents, and all these beds are located in the capital. There are no data on specific beds in general hospitals. In addition to patients with severe and refractory mental disorders, moderate and some mild disorders, but refractory to initial treatments, also require specialized monitoring. At least 3% of the population needs ongoing mental health care, which represents a total of 653,548 children and adolescents in MG. Considering the criterion of inhabitants per region for the implementation of CAPSi, MG has 75 eligible micro-regions and, considering only the population, there is the possibility of implementing

300 CAPSi. As Brazil is a middle-income country, there is a deficit of 24.39 professionals per 100,000 children and adolescents in MG. The State has gaps in assistance in all expanded health regions. The number of services, professionals and beds in the state is below world estimates, even when compared to countries with similar income. **Final considerations:** Despite the increases in the offer of services and professionals, there are still quantitative and distribution deficiencies in the State of Minas Gerais. Investments in the health network, in the training of professionals, in the construction of public policies and indicators are necessary to improve care.

Keywords: Mental Health Assistance. Mental Health Services. Child Psychiatry.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC/SIA	Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CAMHS	Serviços de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD II	Serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPSi II	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil tipo II
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CYPMHS.....	Serviços de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes
DATASUS.....	Departamento de Informática do Ministério da Saúde
DSM.....	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESM	Equipe de Saúde Mental
EUA.....	Estados Unidos da América
HD.....	Hospitalidade Diurna
HN.....	Hospitalidade Noturna
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LMICs.....	Países de baixa e média renda
MEC	Ministério da Educação
MG	Minas Gerais
MHSDS.....	Conjunto de dados de serviços de saúde mental
MS.....	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra

NOAS.....	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OECD.....	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
OPAS.....	Organização Pan-Americana de Saúde
PD.....	Permanência Dia
PDR.....	Plano Diretor de Regionalização
PIA.....	Psiquiatria da Infância e Adolescência
PTS.....	Projeto Terapêutico Singular
RAAS.....	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS.....	Rede de Atenção Psicossocial
RAS.....	Regiões Ampliadas de Saúde
RS.....	Regiões de Saúde
SIA.....	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH.....	Sistema de Informação Hospitalar
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TDAH.....	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA.....	Transtorno do Espectro Autista
TNS.....	Técnico de Nível Superior
TO.....	Terapeuta Ocupacional
UBS.....	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	CAPSi no Brasil em 2017	31
Tabela 2	Macrorregiões com população > 70.000 habitantes que não possuem CAPSi, 2020	59
Tabela 3	Leitos de acolhimento noturno no Estado de Minas Gerais em 2007, 2013 e 2020	60
Tabela 4	Número de profissionais vinculados aos CAPSi em Minas Gerais, nos anos de 2007, 2013 e 2020	61
Tabela 5	Profissionais vinculados aos CAPSi de Minas Gerais por macrorregião, nos anos de 2007, 2013 e 2020	62
Tabela 6	Porcentagem de profissionais vinculados aos CAPSi de Minas Gerais por macrorregião em 2020.....	64
Tabela 7	Total de profissionais inseridos em cada CAPSi de Minas Gerais, por categoria e região, em 2020.....	65
Tabela 8	Número de profissionais vinculados aos CAPSi de Minas Gerais segundo o CNES, por categoria, por 100.000 crianças e adolescentes em 2020.....	67
Tabela 9	Médicos vinculados aos CAPSi de Minas Gerais segundo o CNES, pela Classificação Brasileira de Ocupações, em 2020.....	68
Tabela 10	Número de médicos vinculados aos CAPSi de Minas Gerais em 2007, 2013 e 2020	68
Tabela 11	Número relativo de médicos vinculados aos CAPSi no CNES, segundo especialidade registrada no CFM por 100.000 crianças e adolescentes em 2020	69
Tabela 12	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde emitidos por tipo de serviço em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019.....	71
Tabela 13	Atendimentos ambulatoriais por sexo em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019.....	72
Tabela 14	Atendimentos ambulatorias por categoria diagnóstica em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019	73

Tabela 15	Quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019	74
Tabela 16	Atendimentos hospitalares em Minas Gerais por sexo, nos anos de 2013 e 2019.....	79
Tabela 17	Internações por categoria diagnóstica em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019.....	81
Tabela 18	Soma de dias de internação em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019.....	81
Tabela 19	Quantidade de procedimentos realizados em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019.....	82
Tabela 20	Internações por especialidade do leito em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019.....	83
Tabela 21	Número relativo de leitos, consultas e internações por 100.000 crianças e adolescentes em Minas Gerais, no ano de 2019.....	85
Tabela 22	Resumo das recomendações mundiais de leitos por 100.000 habitantes e disponibilidade	105

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Microrregiões com população < 70.000 habitantes por macrorregião em Minas Gerais, 2020	58
Gráfico 2	Quantidade de microrregiões com CAPSi por macrorregião em Minas Gerais, 2020	59
Gráfico 3	Distribuição dos psiquiatras da infância e adolescência por macrorregiões e microrregiões do Estado de Minas Gerais, 2020	69
Gráfico 4	Total de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde em Minas Gerais, no período de 2013 a 2019	70
Gráfico 5	Atendimentos ambulatoriais por idade em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019	71
Gráfico 6	Porcentagem de atendimentos ambulatoriais por município de atendimento e município de residência em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019	72
Gráfico 7	Hospitalidade diurna por tipo de estabelecimento em Minas Gerais, no ano de 2019	75
Gráfico 8	Hospitalidade diurna por cidade em Minas Gerais, no ano de 2019	76
Gráfico 9	Hospitalidade noturna por tipo de estabelecimento em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019	77
Gráfico 10	Hospitalidade noturna por cidade em Minas Gerais, no ano de 2019	77
Gráfico 11	Total de Autorizações de Internação Hospitalar emitidas em Minas Gerais por um transtorno mental, nos anos de 2013 e 2019	78
Gráfico 12	Atendimentos hospitalares em Minas Gerais por idade, nos anos de 2013 e 2019	79
Gráfico 13	Porcentagem de atendimentos hospitalares por município de atendimento e município de residência em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019	80

Gráfico 14	Estabelecimentos que emitiram Autorização de Internação Hospitalar em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019	84
Gráfico 15	Força de trabalho em saúde mental por 100.000 habitantes, por região da OMS	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Divisão geográfica do Estados de Minas Gerais por macro e microrregiões	46
Figura 2	Distribuição geográfica dos CAPSi em Minas Gerais, 2020...	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Código dos procedimentos registrados no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde.....	26
Quadro 2	Variáveis do estudo	48
Quadro 3	Capítulo V da CID 10: transtornos mentais e comportamentais	52
Quadro 4	CAPSi habilitados no Estado de MG em janeiro de 2020	55

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	19
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Objetivo geral.....	22
2.2	Objetivos específicos.....	22
3	MARCO TEÓRICO.....	23
3.1	Políticas de saúde mental na infância e adolescência.....	27
3.2	Parâmetros para a criação de dispositivos da RAPS e leitos	30
3.3	A rede de atenção à saúde mental na infância e adolescência no Brasil.....	31
3.4	Estruturação dos serviços de saúde mental para a infância e adolescência em outros países	32
3.5	Estrutura da atenção à saúde mental da infância e adolescência em MG	38
3.6	Epidemiologia dos transtornos mentais na infância e adolescência.....	40
4	METODOLOGIA.....	45
4.1	Desenho do estudo	45
4.2	Local do estudo	45
4.3	Recorte temporal	46
4.4	Fontes dos dados	47
4.5	Variáveis do estudo.....	48
4.6	Análise e processamento de dados	49
4.7	Aspectos éticos	54
5	RESULTADOS	55
5.1	CAPSi	55
5.1.1	Leitos de acolhimento noturno e diurno	60
5.1.2	Equipe técnica vinculada aos CAPSi.....	60
5.1.3	Equipe técnica vinculada aos CAPSi em números relativos..	67
5.1.4	Médicos vinculados aos CAPSi.....	67
5.1.5	Médicos vinculados aos CAPSi em números relativos.....	69

5.1.6	Distribuição geográfica dos psiquiatras da infância e adolescência	69
5.2	Produção ambulatorial nos CAPSi	70
5.2.1	Caracterização do perfil dos atendimentos ambulatorias	71
5.2.1.1	Idade	71
5.2.1.2	Sexo	72
5.2.1.3	Município do atendimento	72
5.2.1.4	Diagnóstico atribuído ao paciente no atendimento	73
5.2.1.5	Tipos de atendimento	74
5.2.1.5.1	Procedimentos.....	74
5.2.1.5.2	Hospitalidade diurna	75
5.2.1.5.3	Hospitalidade noturna	76
5.3	Produção hospitalar	78
5.3.1	Caracterização do perfil dos atendimentos hospitalares	79
5.3.1.1	Idade	79
5.3.1.2	Sexo	79
5.3.1.3	Município do atendimento	80
5.3.1.4	Diagnóstico atribuído ao paciente na internação.....	80
5.3.1.5	Tempo de internação	81
5.3.1.6	Tipos de atendimento	81
5.3.1.6.1	Procedimentos	81
5.3.1.6.2	Especialidade do leito	83
5.3.1.6.3	Estabelecimentos que emitiram AIH	84
5.4	Oferta de leitos e consultas ambulatoriais em Minas Gerais, em números relativos.....	84
5.5	Formação e disponibilidade de psiquiatras da infância e adolescência	85
6	DISCUSSÃO	86
6.1	Estimativa da oferta, do uso e da necessidade de serviços de saúde mental na infância e adolescência	86
6.2	Serviços ambulatoriais de saúde mental destinados à infância e adolescência	88
6.2.1	Oferta de serviços	88

6.2.2	Distribuição geográfica dos serviços	90
6.2.3	Leitos de acolhimento noturno e diurno	91
6.2.4	Disponibilidade de técnicos de nível superior	91
6.2.5	Disponibilidade de médicos	94
6.2.6	Produção ambulatorial	96
6.2.6.1	Caracterização do perfil dos atendimentos ambulatorias	96
6.2.6.1.1	Perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos ambulatorialmente	96
6.2.6.1.2	Perfil nosológico dos pacientes atendidos ambulatorialmente	97
6.2.6.1.3	Modalidades de atendimento	99
6.3	Produção hospitalar	100
6.3.1	Caracterização do perfil dos atendimentos hospitalares	101
6.3.1.1	Perfil sociodemográfico dos pacientes admitidos em leitos hospitalares.....	101
6.3.1.2	Perfil nosológico dos pacientes admitidos em leitos hospitalares	102
6.3.1.3	Tempo de internação	103
6.4	Oferta de leitos e consultas ambulatoriais	104
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	109
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
	REFERÊNCIAS	112
	ANEXO A - Tabela de Macrorregiões, Microrregiões e População.....	125
	ANEXO B - Formulário RAAS	126
	ANEXO C – Artigo	127

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A saúde mental foi apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma área prioritária para implementação e expansão de serviços de cuidado, em busca da cobertura universal de saúde. A cobertura atual de tratamento é extremamente baixa e falta financiamento para os serviços. Ainda segundo a OMS, não há saúde ou desenvolvimento sustentável sem saúde mental (WHO, 2019).

Os transtornos mentais acometem aproximadamente um quinto das crianças e adolescentes no mundo. Os diagnósticos mais prevalentes são: transtornos do neurodesenvolvimento, transtornos de humor, transtornos somatoformes e relacionados ao estresse e transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (POLANCZYK *et al.*, 2015; WHO, 2005). É usual que os transtornos mentais desencadeados na infância persistam na vida adulta. Além do impacto direto do transtorno mental, as pessoas acometidas são particularmente vulneráveis a discriminação, estigma e violações dos direitos humanos (WHO, 2019). Por isso, a intervenção eficaz e precoce pode prevenir ou reduzir o comprometimento em longo prazo e reduzir o ônus dos transtornos de saúde mental sobre o indivíduo e a família, além de reduzir o impacto para os sistemas de saúde e as comunidades.

A cobertura adequada de serviços de saúde específicos para a infância e adolescência é um elemento fundamental para a promoção da saúde mental. Entendendo que, para além da oferta dos serviços de saúde, engloba a relação da criança e do adolescente com a família, com a escola e com a sociedade, esta dissertação se conecta à linha de pesquisa de “Promoção de saúde e suas bases”, pertencente ao programa “Promoção de saúde e prevenção da violência”.

O atendimento à saúde mental na infância e adolescência tem peculiaridades que exigem formação específica. Na infância o atendimento é mais dinâmico, envolve brincadeiras, expressão pela arte e jogos. Já na adolescência, a comunicação verbal se torna mais efetiva. O transtorno mental se apresenta de diferentes maneiras, conforme o estágio do desenvolvimento. A condução do tratamento farmacológico e psicológico também apresenta particularidades nesta faixa etária. Os profissionais acompanham o paciente e seus cuidadores, assim como mediam a relação entre eles.

Os primeiros registros da psiquiatria da infância e adolescência ocorreram nos Estados Unidos da América (EUA), em 1899 (REY *et al.*, 2015). A consolidação da

especialidade ocorreu na década de 1970, em diversas regiões do mundo como no Brasil, França, Países Europeus Centrais e Orientais. O Reino Unido tem se concentrado no tratamento de distúrbios específicos com base nas categorias do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) desde 1980. As pesquisas relacionadas às questões do desenvolvimento infantil, da fisiopatologia dos transtornos mentais na infância e adolescência – sobretudo os transtornos do neurodesenvolvimento, as influências genéticas e ambientais, a classificação diagnóstica e os tratamentos, aumentaram exponencialmente desde então.

Embora existam práticas específicas, a subespecialidade saúde mental na infância e adolescência não é reconhecida pelos conselhos federais de psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e enfermagem. É primordial conhecer os marcos do desenvolvimento físico e mental da criança, as etapas e os processos da educação, a construção das relações sociais e as articulações com a assistência social e a segurança pública, que não estão diretamente relacionados à saúde, mas tem impacto importante na mesma (REY *et al.*, 2015).

No Brasil, o serviço especializado no atendimento deste perfil de pacientes é o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). A equipe de atendimento é constituída por médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e fonoaudiólogo. A disponibilidade destes serviços e profissionais qualificados é insuficiente na maior parte das regiões do país (SCIVOLETTO *et al.*, 2020). Na rede suplementar de saúde o atendimento a este público é ainda mais precário, assim como sua organização não é clara. A OMS defende a necessidade de um psiquiatra da infância e adolescência para cada 30.000 crianças e adolescentes. No entanto, suprir esta demanda ainda é um desafio mundial (WHO, 2005). Atualmente no Estado de MG não existe pronto-atendimento psiquiátrico destinado à infância e adolescência, assim como não há leitos exclusivos.

A disponibilidade de serviços de saúde mental para a infância e adolescência é primordial para que sejam garantidas a universalização, a equidade, a regionalização e a hierarquização do cuidado. Assim, garantir o acesso da população à assistência especializada e de qualidade dentro do seu território vai ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dada à alta prevalência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes, a possibilidade de cronificação e seus impactos sociais e na saúde da população, o cuidado especializado tem um lugar de extrema importância. A clínica da infância e adolescência é singular e exige formação complementar específica para todos os profissionais da área.

Este estudo foi motivado pelos entraves encontrados pela autora na prática clínica. Por estar inserida no serviço público, vivencia a escassez de serviços e profissionais especializados na rede, a dificuldade no acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares e a fragilidade das diretrizes orientadoras para o cuidado das crianças e adolescentes com transtornos mentais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar a assistência à saúde mental das crianças e adolescentes no Estado de Minas Gerais (MG), em relação à disponibilidade de serviços, profissionais e perfil dos atendimentos.

2.2 Objetivos específicos

- a. Levantar a disponibilidade de serviços de saúde mental da infância e adolescência (CAPSi, Ambulatórios e Hospitais) existentes no Estado de Minas Gerais, no período de 2007 a 2020;
- b. Analisar a evolução da rede de assistência, assim como as características dos profissionais ali inseridos, no período de 2013 a 2019;
- c. Descrever as mudanças nas modalidades de atendimento ofertadas nas unidades (ambulatório, permanência-dia e hospitalidade noturna / internação);
- d. Determinar o perfil dos pacientes em acompanhamento nestes serviços ao longo dos anos;
- e. Avaliar possíveis lacunas existentes na rede, tanto de serviços quanto de profissionais, em associação com questões territoriais.

3 MARCO TEÓRICO

Em 1992, a Portaria SAS/MS de nº 224 estabeleceu diretrizes e normas para os atendimentos em Saúde Mental nas Unidades Básicas, Centros de Saúde, Ambulatórios e NAPS/CAPS. A partir de 2002 os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passaram a se constituir em três modalidades, as quais se diferem pela capacidade operacional e abrangência populacional. São elas: CAPSI (população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPSII (população entre 70.000 e 200.000 habitantes) e CAPSIII (população maior que 200.000 habitantes) (BRASIL, 2002). Também foram estabelecidos os serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPS AD II) e o serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes (CAPSi II) (BRASIL, 2002).

Os CAPS cumprem a função de atendimento público em saúde mental, acolhendo prioritariamente os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes e respeitando a lógica territorial. São serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam em estrutura física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. O regime de tratamento dos pacientes é definido em função do quadro clínico, sendo eles: intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2002).

Inicialmente, o CAPSi constituía-se como referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes. Entre suas características, estava a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território e a supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental e as funções assistenciais. O CAPSi desenvolve atividades como: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias; desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (BRASIL, 2002).

A Portaria nº 336, publicada em fevereiro de 2002 definiu os recursos humanos necessários para a implantação e funcionamento do CAPSi:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

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

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2002, *on-line*).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em 2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). A RAPS é constituída pela atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial em caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) atuam na rede desenvolvendo ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais e ações de prevenção de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composto por equipe multiprofissional, vinculado à UBS e atua no apoio matricial e no cuidado compartilhado junto às equipes das unidades. Alguns municípios como Belo Horizonte contam com a Equipe de Saúde Mental (ESM) nas UBS, a qual é composta por Psiquiatra, Psicólogo e Assistente Social em algumas unidades. Dentre as funções da ESM, estão o apoio matricial, atendimentos compartilhados com a ESF, atendimento individual para pacientes com sintomas agudos, graves e refratários e atendimento em grupo.

Os CAPS constituem a Atenção Psicossocial Especializada. Em relação à organização dos CAPSi, o atendimento à crianças e adolescentes que fazem uso de crack, álcool e outras drogas foi incluído nas prioridades. Neste momento, sugeriu-se a implantação do serviço em municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes (BRASIL, 2011). A Portaria Nº 3.088 foi republicada no Diário Oficial da

União em maio de 2013, alterando o parâmetro para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2013).

A Atenção Hospitalar é composta pela Enfermaria Especializada e pelo Serviço Hospitalar de Referência. A enfermaria especializada está localizada em Hospital Geral e é especialmente indicada para casos graves, abstinência ou intoxicação severa. Este serviço atende às ocorrências de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, acolhendo os pacientes em regime de curta permanência. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) norteia o cuidado nestes dispositivos. Ele é construído pela equipe, usuário e sua família e sua condução fica sob a responsabilidade do CAPS ou da UBS, garantindo o acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

A partir de 2002, os CAPS recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPSi II e CAPSad II e os novos CAPS implantados, eram remunerados através do Sistema APAC/SIA e incluídos nos procedimentos estratégicos do SUS (BRASIL, 2002). O Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC/SIA) foi encerrado em setembro de 2012, no ato da publicação da Portaria Nº 854 de Agosto de 2012 que definia a utilização do instrumento de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) (BRASIL, 2012). O RAAS surgiu diante da necessidade de informar no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) os procedimentos resultantes de ações de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas e de qualificar a informação relativa aos atendimentos realizados nos CAPS.

A partir de outubro de 2012, os procedimentos passaram a ser registrados por meio do RAAS. Eles estão especificados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Estes procedimentos somente poderão ser realizados em estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), do tipo CAPS (Quadro 1).

Quadro 1 - Código dos procedimentos registrados no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.01.08.002-0	Acolhimento noturno (hospitalidade noturna)
03.01.08.003-8	Acolhimento em terceiro turno (atendimentos 18h e 21h)
03.01.08.021-6	Atendimento em grupo
03.01.08.020-8	Atendimento individual
03.01.08.019-4	Acolhimento diurno (hospitalidade diurna ou permanência dia)
03.01.08.0224	Atendimento familiar
03.01.08.0240	Atendimento domiciliar
03.01.08.0275	Práticas corporais
03.01.08.0283	Práticas expressivas e comunicativas
03.01.08.0291	Atenção às situações de crise
03.01.08.0348	Ações de reabilitação psicossocial
03.01.08.0356	Promoção de contratualidade no território
03.01.08.0380	Acompanhamento na unidade de acolhimento infantojuvenil (UAI)

Fonte: Adaptada de Brasil, 2012.

Em 2001 foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que definia o processo de regionalização da assistência, dentre outras disposições (BRASIL, 2001). A regionalização é uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, contemplando a lógica de planejamento integrado, usando noções de territorialidade de forma que garanta aos cidadãos o acesso aos serviços necessários para a resolução dos problemas de saúde, com o uso otimizado dos recursos.

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O Pacto de Gestão estabeleceu diretrizes para a gestão do SUS, dentre as quais se destacam a descentralização e a regionalização. Segundo a Portaria, a regionalização visa “garantir o acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal” (BRASIL, 2006, *on-line*). As Regiões de Saúde são construídas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território.

Em 2008, as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida, assim como os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde foram revistos (BRASIL, 2008). Neste momento, a saúde mental passou a ser prioridade e o objetivo era ampliar a cobertura de CAPS. Foi construído um indicador de monitoramento da Saúde Mental, denominado Taxa de Cobertura CAPS por 100 mil habitantes, sendo a fórmula de cálculo:

Taxa de Cobertura CAPS por 100 mil habitantes =	$\frac{[(\text{Número CAPS I} \times 0,5) + (\text{Número CAPS II}) + (\text{Número CAPS III} \times 1,5) + (\text{Número CAPSi}) + (\text{Número CAPSad})]}{\text{População}}$	x 100.000
---	---	-----------

Este indicador se refere à cobertura de CAPS com todas as suas modalidades conjuntamente (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPSi). Para calcular este indicador, utiliza-se a cobertura ponderada por porte do CAPS, considerando que os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50.000 habitantes; os CAPS III e AD III, de 150.000 habitantes; os demais CAPS (II, Ad e i), cobertura de 100.000 habitantes. Encontram-se em desenvolvimento os novos parâmetros populacionais para habilitação de CAPS e os indicadores de rede sensíveis à cobertura 24 horas, ad e infantojuvenil. O Ministério da Saúde adota como parâmetros de cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes:

- a. cobertura muito boa (acima de 0,70);
- b. cobertura boa (entre 0,50 e 0,69);
- c. cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49);
- d. cobertura baixa (de 0,20 a 0,34);
- e. cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20) (BRASIL, 2008; 2007; 2012; 2016).

Esses indicadores e referências para a estruturação dos serviços carecem de uma base empírica determinada.

3.1 Políticas de saúde mental na infância e adolescência

Em muitos países, os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes são considerados um subconjunto dos serviços gerais de saúde mental ou infantil, ou uma extensão destes. A maior parte do financiamento é dedicada às políticas

destinadas a adultos, dificultando assim a construção de uma rede adequada ao atendimento deste público (WHO, 2005).

Segundo a OMS, existem três razões vitais para o desenvolvimento de intervenções eficazes para crianças e adolescentes: (i) os transtornos mentais específicos ocorrem em certos estágios do desenvolvimento da criança e do adolescente, sendo assim, os programas de triagem e intervenção devem ser direcionados; (ii) uma vez que existe um alto grau de continuidade entre os transtornos na infância e adolescência e aqueles na idade adulta, a intervenção precoce pode prevenir ou reduzir a probabilidade de comprometimento de longo prazo; e (iii) intervenções eficazes reduzem os desfechos negativos dos transtornos mentais sobre o indivíduo e a família, e reduzem os custos para o sistema de saúde e as comunidades. Além dos portadores de transtorno mental, muitos mais apresentam sintomas que não atendem aos critérios diagnósticos e que se beneficiariam com as intervenções (WHO, 2005).

O Atlas de Saúde Mental é um projeto desenvolvido pela OMS e fornece informações atualizadas sobre a disponibilidade de serviços e recursos para a saúde mental em todo o mundo. Os dados foram obtidos por meio de um questionário enviado a pontos focais designados em cada Estado Membro da OMS (WHO, 2018). Em relação à disponibilidade de dados específicos de saúde mental, 66% dos países afirmaram possuir o compilado dos serviços públicos e privados dos últimos dois anos, 37% dispunham de dados ou do setor público ou do privado e 17% não possuíam relatórios. Os relatórios sobre indicadores de saúde mental que incluem os setores público e privado continuam a ser um desafio e estão abaixo de 25% em todas as regiões da OMS (WHO, 2018).

Ainda segundo o documento, o gasto médio global com saúde mental per capita é de US\$ 2,50, o que representa menos de 2% da mediana das despesas governamentais com saúde. Os valores variam conforme as regiões, havendo um abismo entre os países de alta e baixa renda. A Europa investe 20 vezes mais que os países africanos e o Sudeste Asiático. Os gastos com hospitais psiquiátricos correspondem a 43% da verba destinada à saúde mental nos países de alta renda, enquanto os demais países alocam a maior parte da receita (WHO, 2018).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas trabalha com uma rede diversificada de serviços de base comunitária e territorial. A rede

caracteriza-se por ações e serviços que devem garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada, complexa e com importante articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social. A política de saúde mental do país está descrita em uma série de textos sobre os programas de saúde mental em funcionamento. São diretrizes norteadoras para a política de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2014, *on-line*):

- 1) A criança e o adolescente são sujeitos e, como tal, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma.
- 2) Acolhimento universal.
- 3) Encaminhamento implicado e corresponsável.
- 4) Construção permanente da rede e da intersetorialidade.
- 5) Trabalho no território.
- 6) Avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental.

Em 2007, a OMS publicou um relatório sobre o sistema de saúde mental no Brasil (WHO, 2007). O número de permanências-dia nos CAPS varia de acordo com sua complexidade, mas o número máximo pago pelo SUS pode chegar a 25.255 leitos / mês, se todos estiverem funcionando a plena capacidade. A permanência dia atende 61 pacientes por 100.000 habitantes, sendo 4% crianças ou adolescentes. O tratamento nesta modalidade dura em média 31,5 dias. Neste ano, havia 105 unidades de internação psiquiátrica de base comunitária, as quais ofereciam 2.074 leitos (1,13 leitos por 100.000 habitantes), cerca de 2% desses leitos são reservados apenas para crianças e adolescentes. O tempo médio de internação do paciente foi de 14,02 dias (WHO, 2007).

A porcentagem de crianças e adolescentes tratados em serviços de saúde mental foi de: 1% em hospitais psiquiátricos, 2% em serviços residenciais terapêuticos, 5% em unidades de internação e 4% em permanência dia. O percentual de crianças e adolescentes admitidos em unidades de internação é utilizado como proxy para o percentual de crianças e adolescentes atendidos nas outras unidades. A porcentagem de crianças e adolescentes é baixa em todos os tipos de instalações e os dados referentes ao atendimento ambulatorial não estavam disponíveis (WHO, 2007).

O último relatório de saúde mental foi publicado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil em 2015 e elencava informações apenas do serviço público (BRASIL, Ministério da Saúde, SAS/DAPES, 2015).

3.2 Parâmetros para a criação de dispositivos da RAPS e leitos

Em 2017 foi publicada a Portaria n.º 3.588, que definiu novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios para o fortalecimento da RAPS. A rede foi ampliada e passou a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes (BRASIL, 2017).

O incentivo à construção dos ambulatorios surgiu da necessidade de atender à demanda reprimida de pessoas com transtornos mentais prevalentes, que necessitam de acompanhamento especializado, mas não se encaixam no fluxo da atenção básica ou dos CAPS (BRASIL, 2017). O serviço conta com equipes de saúde especializadas em saúde mental, se equiparando ao padrão de outros países, como o Reino Unido. O atendimento é feito de maneira integrada aos demais pontos da rede.

A escassez de leitos e atendimento qualificado para os pacientes portadores de transtornos mentais foi objeto de discussão (BRASIL, 2017). Em 2017, o Brasil contava com uma cobertura deficitária, sendo a soma dos leitos em Hospitais Psiquiátricos e aqueles em Hospitais Gerais equivalente a cerca de 0,1 leito por 1.000 habitantes (BRASIL, 2017). O preconizado pelo Ministério da Saúde é de 0,45 por 1.000 habitantes (BRASIL, 2011). Este índice é inferior à média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes (OECD, 2015).

A Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde publicou em 2001 um documento que definiu os parâmetros para programação das ações básicas de saúde (BRASIL, 2001). Este documento foi atualizado e republicado nos anos de 2015 e 2017 (BRASIL, 2015; 2017). Os parâmetros foram elaborados a partir de dados da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento. Foram considerados o percentual médio de atendimento e incidências nacionais médias por especialidade aos usuários do SUS e a necessidade de consultas e serviços complementares por especialidade baseado em dados do SIA/SUS. As orientações devem ser ajustadas conforme o perfil epidemiológico, sazonalidade de cada microrregião, região ou Estado. A atualização publicada em 2015 baseou-se em evidências científicas sobre

dimensionamento de necessidades de saúde em países com sistemas de saúde centrados na Atenção Básica (BRASIL, 2015).

Os parâmetros para definir os pontos de atenção na RAPS, assim como a necessidade de médicos especialistas e a programação de leitos hospitalares foram orientados por estas publicações. Os atendimentos psiquiátricos correspondem a 2,2% das consultas especializadas no Brasil. Os leitos de Psiquiatria em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência devem seguir os seguintes critérios:

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes;

II - o número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos (BRASIL, 2015, *on-line*).

3.3 A rede de atenção à saúde mental na infância e adolescência no Brasil

Em 2017 foi publicado pelo Ministério da Saúde um documento intitulado “Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental”, onde foram apresentados os serviços da RAPS e as questões a serem debatidas naquele momento (BRASIL, 2017). Em todas as regiões do país, há áreas com cobertura insuficiente de CAPSi, com destaque negativo para as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (Tabela 1).

Tabela 1 – CAPSi no Brasil em 2017

Região	População (2015)	CAPSi (2017)	Municípios com população > 70 mil hab.	CAPSi por 100.000 habitantes
Centro Oeste	15.442.232	10	30	0,06
Nordeste	56.560.081	48	99	0,08
Norte	17.504.446	6	42	0,03
Sudeste	85.745.520	118	204	0,14
Sul	29.230.180	47	79	0,16
TOTAL	204.482.459	229	454	0,11

Fonte: Adaptada de Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES, Secretaria de Atenção à Saúde. 2017.

Atualmente existem 365 leitos tipo Clínico – Saúde Mental no SUS em MG, distribuídos em 94 estabelecimentos. O dado referente aos leitos destinados à atenção de crianças e adolescentes não está disponível (BRASIL, s.d.). Foi levantada a produção dos CAPS em todo o território brasileiro no ano de 2016, conforme orientado pela Portaria 854/2012 (BRASIL, 2012). O número de CAPS sem nenhum procedimento registrado totalizou 8,5%. No período de janeiro a junho de 2017, 11,5% dos CAPS não registram produção. Minas Gerais contava com um total de 304 CAPS, dos quais 52 deles (17,1%) não apresentaram produção no período referido (BRASIL, 2017).

Não há restrições absolutas para o atendimento de pacientes menores de idade nos serviços da RAPS, assim como não há qualquer impedimento legal para a internação destes pacientes em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática ocorre quando o atendimento é realizado em serviços especializados em infância e adolescência, entretanto, podem ocorrer exceções à regra desde que seja em benefício do paciente (BRASIL, 2019).

A maneira como a rede suplementar (privada) de saúde se organiza para o atendimento deste público não é clara. Atualmente no Estado não existe pronto-atendimento psiquiátrico destinado a infância e adolescência, assim como não há leitos exclusivos. Existem alguns projetos de intervenção para transtornos específicos, como por exemplo, acompanhamento multidisciplinar em Transtorno do Espectro Autista (TEA). Há um número escasso de médicos especialistas credenciados nos convênios. O fato dos dados da rede privada de saúde não serem computados nas bases nacionais, impossibilita o levantamento tanto desta rede de assistência quanto das características epidemiológicas.

3.4 Estruturação dos serviços de saúde mental para a infância e adolescência em outros países

O Atlas de Saúde Mental (WHO, 2018) estimou a variação do número médio de leitos de saúde mental por 100.000 habitantes em menos de sete em países de baixa e média baixa renda a mais de 50 em países de alta renda. O número médio de leitos para crianças e adolescentes é inferior a um por 100.000 habitantes e varia de menos de 0,2 em países de baixa e média baixa renda a mais de 1,5 em países de alta renda

(WHO, 2018). Apenas 33% dos países que informaram os dados sobre leitos o fizeram de maneira completa, estratificando-os por idade, sexo e diagnóstico.

Em países de baixa e média renda, os gastos públicos com saúde mental são escassos e mais de 80% desses fundos são destinados a hospitais psiquiátricos. Entre os países que responderam ao questionário sobre a existência de uma Política de Saúde Mental para a Infância e Adolescência, apenas 46% responderam positivamente (WHO, 2018).

Segundo dados dos países que compõem a OECD, 14% do total de leitos hospitalares são destinados a cuidados psiquiátricos. A Bélgica e a Noruega se destacam pela maior disponibilidade destes leitos, chegando a 30% (OECD, 2015).

O número médio de profissionais de saúde mental é de nove por 100.000 habitantes, mas há uma variação de menos de um em países de baixa renda a 72 em países de alta renda. A composição da força de trabalho é estável entre os países com diferentes níveis de renda. Os enfermeiros constituem o maior grupo individual de trabalhadores (30–50%). Excepcionalmente nas regiões da América e da África, a proporção de psicólogos e psiquiatras é relatada como mais alta do que de enfermeiros (WHO, 2018).

Em 2011, Bruckner *et al.* avaliaram a lacuna da força de trabalho em saúde mental em países de baixa e média renda e propuseram uma abordagem baseada nas necessidades. Considerou-se as informações específicas de cada país sobre a carga de vários transtornos mentais e um pacote hipotético de prestação de serviços básicos para estimar o quantitativo de profissionais de saúde. A necessidade estimada de profissionais de saúde mental é de 22,30 por 100.000 habitantes em países de baixa renda e de 26,70 por 100.000 habitantes em países de renda média.

Na Austrália, a força de trabalho em saúde mental na infância e adolescência foi de 15,3 profissionais em *Full Time Equivalent* (FTE) por 100.000 habitantes nos hospitais e 41,1 nos serviços comunitários (RANZCP, 2019). Na Inglaterra, os serviços comunitários contam com o total de 10.994 funcionários em FTE (HEE, 2019).

A Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP) sinaliza a demanda crescente de atendimentos em serviços de saúde mental infantil e a oferta insuficiente de Psiquiatras da Infância e Adolescência (PIA) nos EUA (AACAP, 2018). Na Austrália e na Nova Zelândia, os PIA representam 10% da força

de trabalho em Psiquiatria, além de estarem mal distribuídos geograficamente (LAWRENCE *et al.*, 2015; RANZCP, 2019). A proporção de psiquiatras da infância e adolescência por 100.000 indivíduos na população com idade <14 anos variou de 0,01 (Nepal) a 48,30 (Suíça). Destacam-se as necessidades não atendidas de psiquiatria da infância e adolescência em um grande número de países em todo o mundo, além das possíveis influências da má distribuição geográfica e do impacto no desenvolvimento socioeconômico (CHUDAL *et al.*, 2017).

No que se refere à força de trabalho, globalmente, menos de 2% dos médicos e enfermeiros receberam cursos de treinamento para reconhecer e tratar pacientes com transtornos mentais graves e comuns durante o ano de 2016. Os psiquiatras permanecem como um recurso humano escasso, sendo o número médio global aproximado de um psiquiatra para cada 100.000 habitantes. Os países de alta renda têm aproximadamente 120 vezes mais psiquiatras do que os países de baixa renda (WHO, 2018).

Os leitos destinados a crianças e adolescentes são tipos raros, particularmente em países de renda média-baixa e baixa. Os países de alta renda relatam ter oito vezes mais leitos para crianças e adolescentes por 100.000 habitantes, quando comparado aos demais (BARKER *et al.*, 2020; GENG *et al.*, 2020; HAZELL *et al.*, 2016; OLASHORE *et al.*, 2017). Apesar da escassez de dados até o presente momento, diversos países têm se preocupado em construir indicadores e metas para otimização dos fluxos de atendimento em saúde mental na infância e adolescência e disponibilidade de leitos específicos (CHR, 2018; NHS, *s.d.*; RANZCP, 2015).

O número médio global de consultas ambulatoriais para adultos é de 1.601 por 100.000 habitantes, enquanto as consultas de saúde mental da infância e adolescência são de apenas 164 por 100.000 habitantes. Em países de alta renda o número de visitas é maior, chegando a 1.609 por 100.000 habitantes, enquanto nos países de baixa renda são 11 visitas por 100.000 habitantes (WHO, 2018).

Poucos países dispõem de informações referentes aos serviços ambulatoriais de atenção à saúde mental na infância e adolescência. Os grupos de diagnósticos atribuídos com maior frequência foram os transtornos externalizantes e os transtornos emocionais (AIHW, 2019; HOFFMAN *et al.*, 2008; LEMPINEN *et al.*, 2018). Em países como o Nepal e a Índia, a epilepsia ocupa o primeiro lugar (KUMAR *et al.*, 2020; POUDEL *et al.*, 2017).

Os serviços comunitários têm sido implementados ao redor do mundo, sobretudo em regiões de renda média e alta (AIHW, 2019; RCP, 2013; SIGNORINI *et al.*, 2017). No Reino Unido, os dados de saúde mental do paciente são coletados em ambientes de cuidados primários, comunitários e secundários. Inclui, por exemplo, dados sobre internações hospitalares por doença mental, experiências de pacientes com serviços comunitários de saúde mental, acesso a terapias psicológicas e taxas de recuperação e tempo de espera. O desempenho é monitorado por meio do relatório de indicadores de saúde. Os planos estabelecem padrões definidos e acordados entre os governos e os conselhos. Entre os indicadores relativos ao acesso e ao processo de atendimento, destaca-se: 90% dos jovens começam o tratamento em serviços especializados de saúde mental infantil e adolescente dentro de 18 semanas após o encaminhamento (OECD, 2015, 2019).

Em 2013, o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra (NHS) agrupou informações de todos os Serviços de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (CYPMHS) tornando possível implementar padrões de assistência em todo o país (NHS, 2014). O conjunto de dados de serviços de saúde mental (MHSDS) coleta informações nacionais de registros de atendimentos, sistemas e organizações em áreas específicas de saúde e cuidados. O sistema é alimentado pelos prestadores de serviços, incluindo o setor privado, em uma página da web¹. O conjunto de dados e estatísticas é disponibilizado ao público.

Os CYPMHS se organizam em um sistema de camadas. O nível 1 fornece serviços de prevenção, intervenção precoce e tratamento para transtornos leves. É composto por profissionais que não são especialistas em saúde mental, como enfermeiros escolares, agentes de saúde, professores e trabalhadores da justiça. No nível 2, especialistas em saúde mental na infância e adolescência trabalham em ambientes de atenção primária, oferecendo consultoria para famílias e outros profissionais. Eles identificam necessidades graves ou complexas que requerem intervenção especializada, além de serem responsáveis pelo treinamento dos profissionais do nível 1. O nível 3 é composto por equipes multidisciplinares que trabalham em um ambiente comunitário de saúde mental ou em serviços ambulatoriais de psiquiatria da infância e adolescência. A equipe é composta por psiquiatra da

¹ <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-collections-and-data-sets/data-sets/mental-health-services-data-sete>

infância e adolescência, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro e terapeuta de artes, música e teatro e fornece assistência para crianças e jovens com transtornos mais graves, complexos e persistentes. O nível 4 abarca serviços essenciais de nível terciário, como serviços de tratamento intensivo na comunidade, unidades dia e internação. É destinado às crianças e adolescentes que são considerados em maior risco (declínio rápido da saúde mental ou automutilação grave) e/ou que requerem observação próxima para avaliação e tratamento. O corpo clínico é similar ao do nível 3 (NHS, 2021).

A Inglaterra implantou em 2017 o Plano de Longo Prazo do NHS, o qual define as prioridades para a expansão dos CYPMHS nos dez anos seguintes. Os objetivos eram ampliar o acesso a serviços mais próximos à residência, reduzir o tempo entre a demanda e a intervenção e fornecer cuidado de saúde mental especializado, baseados em uma compreensão mais clara das necessidades dos jovens. Segundo dados do NHS, mais de 420.000 crianças e jovens foram tratados por meio de serviços comunitários em 2020/21. Este número representa aproximadamente 39% das crianças e adolescentes com uma condição de saúde mental diagnosticável no país, número superior à meta que é de 35% (NHS, 2017, 2021).

O Education Policy Institute publicou em 2017 um levantamento sobre os serviços de internação de saúde mental de crianças e adolescentes da Inglaterra, usando pesquisas e dados disponíveis para estabelecer um quadro dos níveis de oferta. No período de abril a junho de 2016 houve 4.399 internações e entre outubro e dezembro do mesmo ano ocorreram 2.434. O motivo mais comum de admissão foi transtorno alimentar, sendo também frequentes os transtornos relacionados ao uso de drogas ou álcool, depressão, ansiedade e psicose. A maioria dos internados (58,4%) tinha entre 15 e 18 anos. Os dados para menores de 14 anos estavam agrupados em categorias, mas sugeriam que o número de internações aumenta a cada ano de idade (FRITH, 2017).

No período compreendido entre abril de 2016 a março de 2017, 4.512 pacientes dos serviços de saúde mental foram internados. Durante o mês de março de 2017, havia 1.164 jovens com 18 anos ou menos em hospital por causa de uma condição de saúde mental. Em dezembro de 2015, a Inglaterra dispunha de 1.440 leitos de internação de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes (CAMHS), correspondendo à média de 2,5 leitos por 100.00 habitantes (FRITH, 2017).

No último trimestre de 2018, 4.523 crianças e jovens iniciaram tratamento nos Serviços de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (CAMHS) na Escócia. Neste mesmo ano, havia um quantitativo de 1043 profissionais de dedicação exclusiva nos CAMHS. No período entre 2018 e 2019, 760 pacientes menores de 18 anos foram internados por questões de saúde mental, sendo 57% mulheres (PHS, 2019).

O Royal College of Psychiatrists do Reino Unido considera que sejam necessários aproximadamente 20 a 40 leitos psiquiátricos por milhão de habitantes adultos (RCP, 2005), entre oito e 16 leitos de internação por milhão de habitantes para crianças, e para adolescentes entre 16 e 24 leitos por milhão de habitantes (RCP, 1999). O Estudo Nacional de Psiquiatria para Crianças e Adolescentes descobriu que, no total, havia 34 leitos por milhão para a população com menos de 18 anos, com variações nas regiões. (O'HERLIHY *et al.*, 2001; 2007). O tempo médio de permanência em todas as unidades foi de 116 dias em 2013 (NHS, 2014).

Os EUA dispõem de sistemas de vigilância federal independentes, cada um abordando diferentes questões de saúde e populações, que são usados para estimar a prevalência de transtornos mentais e indicadores de saúde mental entre crianças. Segundo dados publicados em 2013, mais da metade dos hospitais psiquiátricos ofereciam serviços para jovens, enquanto apenas três décimos das enfermarias psiquiátricas de hospital geral o faziam. Aproximadamente três quartos dos ambulatorios ofereciam serviços para crianças e adolescentes. Os dispositivos de saúde mental oferecem uma variedade de serviços psicoterapêuticos e psicossociais, além do gerenciamento de medicamentos psicotrópicos. Existiam lacunas geográficas substanciais, considerando que apenas 12% dos Estados contavam com leitos psiquiátricos destinados a crianças e adolescentes. Por outro lado, havia ambulatorios em 95% dos Estados (CUMMINGS; CASE; JI *et al.*, 2016).

O Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos publicou em 2020 um relatório apresentando os resultados da Pesquisa Nacional de Serviços de Saúde Mental de 2019, um censo anual de todas as instalações conhecidas nos EUA, tanto públicas quanto privadas, que fornecem tratamento de saúde para pessoas com transtorno mental. As instalações são os hospitais psiquiátricos, hospitais gerais com unidade psiquiátrica de internação separada, unidades de saúde mental com tratamento diurno, ambulatorios de saúde mental, centros de tratamento

residencial para adultos e crianças e centros comunitários de saúde mental (SAMHSA, 2019).

O número total de hospitais psiquiátricos destinados ao atendimento de crianças e adolescentes é de 239, sendo 52 hospitais públicos e 187 privados. O país dispõe de 141 hospitais gerais com leitos destinados a essa população, além de 165 hospitais-dia. Em relação aos dispositivos ambulatoriais, são 1.826 serviços Especializados e 1.400 centros comunitários de saúde mental (SAMHSA, 2019).

Estima-se que grande parte dos pacientes com diagnóstico de transtornos mentais e que apresentam comprometimento funcional significativo não tenham acesso aos serviços de saúde mental da infância e adolescência. Estes números se aproximam de 50% nos EUA e Finlândia (LEMPINEN *et al.*, 2018; MERIKANGAS *et al.*, 2011) e de 80% no Brasil (FATORI *et al.*, 2019; PAULA *et al.*, 2014).

3.5 Estrutura da atenção à saúde mental na infância e adolescência em MG

O cuidado em saúde mental é pensando em rede, a qual é composta por ações e serviços diversos. Alguns deles pertencem à área da Saúde, como a Equipe de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Mental, Hospitais Gerais e CAPS. A rede também conta com outros dispositivos, como os Centros de Convivência, os Grupos de Produção e as Moradias.

A Atenção Básica é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, onde as ações são desenvolvidas de maneira próxima, em um determinado território. Os profissionais de saúde conhecem a história e o contexto de vida dos pacientes, e as práticas em saúde mental devem ser realizadas por todos eles. Em casos com maior complexidade clínica, a ESM ajuda na abordagem através de reuniões, discussões de caso, avaliação de pacientes com quadros agravados e/ou complicados. O funcionamento das equipes de saúde mental apresenta particularidades em cada município. No caso de Belo Horizonte, cada UBS conta com um psicólogo e o psiquiatra referencia uma microárea (equivalente ao território de três UBS) (BELO HORIZONTE, 2018).

Em Belo Horizonte, o atendimento ambulatorial na atenção básica destinado a crianças e adolescentes em sofrimento mental grave é conhecido como Equipe

Complementar. A equipe é composta por um psiquiatra da infância e adolescência, um fonoaudiólogo e um terapeuta ocupacional. Ao todo são nove equipes na cidade, localizadas por regional (BELO HORIZONTE, 2018). Em municípios menores, o atendimento ambulatorial é feito nos CAPSi. Não há registro de ambulatórios em funcionamento no Estado (BRASIL, s.d.).

Os casos mais graves e os pacientes em crise, quando não é possível manejar na UBS, são acolhidos nos CAPS. Os CAPS realizam prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos severos e persistentes em sua área territorial, sendo um serviço de atendimento em demanda espontânea ou encaminhamentos feitos por outros pontos da rede. Após o acolhimento, o profissional avalia a melhor opção de tratamento, podendo ser um atendimento pontual, inserção em ambulatório, permanência dia ou permanência noite. O tempo de permanência é definido pelas particularidades de cada caso e em acordo com o paciente. O atendimento de crianças e adolescentes, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, é feito nos CAPSi.

O Centro de Convivência oferta aos pacientes da rede de atenção psicossocial espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. O Arte na Saúde é um espaço de promoção à saúde voltado para crianças e adolescentes, onde a arte e suas diversas expressões são usadas como ferramentas para a reinserção social e desenvolvimento de habilidades. O atendimento é compartilhado com os diversos dispositivos, não havendo assim, encaminhamento e perda de vínculo com a ESF (BELO HORIZONTE, 2018). Grande parte dos municípios não tem a disponibilidade de todos os pontos da rede (BRASIL, s.d.).

A atenção hospitalar conta com as Enfermarias Especializadas e os serviços Hospitalares de Referência. As pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas que necessitam de cuidados clínicos são encaminhadas a estes leitos. Também são usados como referência para municípios onde não há CAPS III. Quando se trata de crianças e adolescentes, o Centro Psíquico da Infância e Adolescência (CEPAI) localizado em Belo Horizonte, foi único hospital especializado no Estado no período de 2002 a 2018, ano em que houve a migração da habilitação para CAPS III (BRASIL, 2011, 2013; MINAS GERAIS, 2006).

3.6 Epidemiologia dos transtornos mentais na infância e adolescência

Os transtornos mentais caracterizam-se por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais, que podem afetar as relações pessoais, sociais e laborais (WHO, 2005). Quando se trata da população de crianças e adolescentes, além dos transtornos das emoções e do comportamento, os transtornos do neurodesenvolvimento também estão muito presentes na clínica. Os transtornos mentais entre crianças são um importante problema de saúde pública devido à sua prevalência, início precoce e impacto na criança, na família e na comunidade. Há evidências crescentes de que as intervenções de prevenção e tratamento tem bom custo-efetividade. A epidemiologia é variável dependendo principalmente da região e condições socioeconômicas. Cerca de 50% de todos os transtornos mentais são desencadeados antes dos 14 anos de idade (WHO, 2005).

A clínica da infância e adolescência tem diversas especificidades, como a variabilidade dos transtornos mentais de acordo com o estágio de desenvolvimento. As situações de vulnerabilidade, como por exemplo, vítimas de abuso físico e sexual, testemunhas de violência e guerras, escravidão, falta de moradia, pobreza e dependência de substâncias psicoativas são consideradas tanto como fatores de risco quanto como consequências dos transtornos mentais nesta população (WHO, 2005).

É possível construir a cronologia de alguns transtornos mentais. Nos primeiros anos de vida, bebês e crianças podem desenvolver distúrbios de apego, caracterizados por uma notável dificuldade de se relacionar com os pais e desregulação das emoções. Os sinais e sintomas do TEA aparecem nos primeiros três anos de vida, sendo possível o diagnóstico e intervenções precoces por profissionais treinados (WHO, 2005). Entre as idades de quatro a seis anos, os transtornos mais comuns incluem o transtorno hiperativo e os transtornos do comportamento. Na adolescência podem surgir transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas. Em muitas culturas, as crianças são particularmente impressionáveis e extremamente ansiosas para se conformar às normas sociais definidas por seus pares imediatos, sendo assim, suscetíveis à experimentação e abuso de drogas. Os transtornos psicóticos e os transtornos de humor também estão mais presentes em adolescentes (WHO, 2005).

Os pacientes com transtornos mentais graves têm uma expectativa de vida cerca de 20 anos inferior à média da população (OECD, 2015). A transparência e a responsabilidade pela qualidade dos cuidados de saúde mental são um desafio atual. A maioria dos países tem dificuldade em identificar e acompanhar as pessoas que precisam desses cuidados e compreender a relação entre os cuidados recebidos e os resultados. Aumentar a qualidade e disponibilidade de dados sobre cuidados de saúde mental é necessário para o desenvolvimento de políticas públicas e a melhora da qualidade do cuidado ofertado. Alguns países já se mobilizaram para coletar e publicar estes dados, como por exemplo, Noruega, Escócia, Suécia, Itália e Inglaterra. A Noruega já dispõe de publicações com dados relevantes, enquanto a Itália introduziu em 2012 o *Nuovo Sistema Informativo Sanitario*. Na Inglaterra, os dados de saúde mental são coletados em ambientes de cuidados primários, secundários e comunitários, incluindo os resultados para o usuário dos serviços (OECD, 2015).

O Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra publicou em 2017 uma série de dados sobre as tendências em saúde mental infantil (SADLER *et al.*, 2018). Os transtornos mentais foram agrupados em quatro grandes categorias: emocionais, comportamentais, hiperatividade e outros transtornos menos comuns. Foram avaliadas crianças de cinco a 15 anos em 1999, cinco a 16 anos em 2004 e cinco a 19 anos em 2017. Entre a população de cinco a 19 anos, 12,8% tinha pelo menos um transtorno mental em 2017, um aumento de 3% quando comparado com os dados de 1999. As taxas de transtornos mentais aumentaram com a idade, correspondendo a 5,5% das crianças de dois a quatro anos, 9,5% na faixa de cinco a 10 anos, 14,4% na faixa de 11 a 16 anos e 16,9% dos adolescentes entre 17 a 19 anos. No geral, cerca de uma em cinquenta (2,5%) crianças de cinco a 19 anos estava tomando medicamentos para um problema de saúde mental na época da entrevista. Entre as crianças com transtorno, 16,4% faziam uso de psicotrópicos, sendo o transtorno de hiperatividade o mais medicado (45,9%) (SADLER *et al.*, 2018).

Os transtornos das emoções foram os mais prevalentes, chegando a 8,1%. A maioria estava relacionada ao transtorno de ansiedade: 7,2% das crianças de cinco a 19 anos, enquanto 2,1% tinham transtorno depressivo. O transtorno afetivo bipolar foi muito raro, com prevalência menor que 0,1%. A prevalência também aumentou com a idade, sendo esses distúrbios presentes em 4,1% de cinco a 10 anos, 9,0% de 11 a

16 anos e 14,9% de 17 a 19 anos. A prevalência geral de Transtorno Dismórfico Corporal em crianças de cinco a 19 anos foi estimada em 1,0% (SADLER *et al.*, 2018).

Os transtornos de comportamento acometem cerca de 4,6% das crianças e adolescentes entre cinco e 19 anos. O transtorno desafiador de oposição (TDO) foi o subtipo mais comum, estimado em 2,9%. As taxas também variaram por faixa etária, sendo mais elevadas na faixa de 11 a 16 anos (6,2%) e mais baixas na faixa de 17 a 19 anos (0,8%). Cerca de um em cada sessenta (1,6%) na faixa de cinco aos 19 anos tinha um transtorno de hiperatividade. A prevalência de distúrbios comportamentais e do transtorno de hiperatividade em crianças de cinco a 15 anos permaneceu estável ao longo do tempo. Dentre as doenças menos comuns estão o TEA, transtorno alimentar e os tiques. A prevalência destes transtornos foi de 2,1%, sendo o TEA o mais frequente (1,2%). A taxa foi maior em meninos e semelhante em todas as faixas etárias (SADLER *et al.*, 2018).

Em 2020 foi publicado um novo relatório sobre a saúde mental de crianças e jovens na Inglaterra. Destaca-se o aumento da prevalência de um provável transtorno mental de 10,8% em 2017 e 16% (uma em cada seis crianças de cinco a 16 anos) no ano da publicação. A probabilidade de ter um transtorno mental aumentou com a idade (VIZARD *et al.*, 2020).

O transtorno mental mais comum nos EUA é transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (9,4%), seguido por transtornos de comportamento (7,4%), transtornos de ansiedade (7,1%) e depressão (3,2%). É relativamente comum a ocorrência de transtornos mentais comórbidos. O número de pacientes que foram diagnosticados com depressão ou ansiedade aumentou de 5,4% em 2003 para 8,4% em 2012. A cada 10 crianças com depressão, oito receberam tratamento, e a cada 10 com transtorno de ansiedade, seis receberam tratamento. A incidência varia com a idade, sendo os transtornos do neurodesenvolvimento e do comportamento mais comuns em crianças e os transtornos das emoções (depressão, ansiedade) nos adolescentes. Entre as crianças que vivem abaixo do nível de pobreza federal, 22% tinha um transtorno mental, comportamental ou de desenvolvimento. A idade e o nível de pobreza afetaram negativamente a probabilidade de as crianças receberem tratamento para ansiedade, depressão ou problemas de comportamento (CDC, 2021).

A prevalência de transtorno mental em crianças nos EUA foi de 13% a 20% no período de 2005 a 2011. O suicídio foi a segunda principal causa de morte no país entre crianças de 12 a 17 anos em 2010. O custo com os cuidados de saúde, serviços de educação especial, justiça juvenil e diminuição da produtividade na população menor que 24 anos, portadores de sofrimento mental, foi estimado em \$ 247 bilhões anualmente. Em 2006, os transtornos mentais estavam entre as condições mais caras para tratar em crianças. As admissões hospitalares por abuso de substância aumentaram em 24% entre os anos de 2007 a 2010, assim como aumento no uso de psicotrópicos. As taxas de internação por transtornos de humor são as maiores e as que mais crescem desde 1997 (PEROU *et al.*, 2013).

Foi publicada uma metanálise em 2015, na qual foram incluídos 41 estudos conduzidos em 27 países de todas as regiões do mundo (POLANCZYK *et al.*, 2015). A prevalência combinada de transtornos mentais foi de 13,4% (IC 95% 11,3-15,9). Quanto aos transtornos específicos, a prevalência de transtorno de ansiedade representou 6,5%, transtorno depressivo 2,6%, TDAH 3,4% e transtorno disruptivos 5,7%. Não foi possível investigar as taxas individuais de TEA, suicídio, uso de substâncias e transtornos alimentares.

Um estudo epidemiológico multicêntrico foi conduzido na Turquia a fim de determinar a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. A prevalência estimada de qualquer transtorno mental foi de 37,6% (IC95% 36,31–38,8), e, quando preenchem critérios de comprometimento, 17,1% (IC95% 16,17–18,11). O transtorno mental mais prevalente foi o TDAH, alcançando 12,4% em pacientes com comprometimento, seguido por transtornos de ansiedade, enurese e transtornos disruptivos. Houve variação conforme a região geográfica, sendo a prevalência mais alta na parte mais industrializada e desenvolvida do país. Este fato se deve ao desenvolvimento socioeconômico, aos fatores ambientais que influenciam no desenvolvimento da criança, a sub ou superestimação de comportamentos patológicos e, por fim, a migração para essas áreas mais desenvolvidas (ERCAN *et al.*, 2019)

Nos últimos anos foram publicados dois estudos brasileiros que investigaram a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Em 2015, Paula *et al.* estudaram os escolares de 2^a a 6^a série residentes em quatro municípios de quatro regiões brasileiras (Sudeste, Centro, Nordeste e Norte), por meio de amostras

probabilísticas. O estudo envolveu 1.676 jovens de seis a 16 anos. A prevalência geral observada de um ou mais transtornos psiquiátricos foi de 13,1%. Os transtornos de ansiedade representavam 7,2%, os transtornos disruptivos 5,8%, o TDAH 4,5% e os transtornos depressivos 0,5%. Foram encontradas diferenças nas taxas de prevalência por município / região. As diferenças não foram interpretadas visto que os municípios participantes eram semelhantes em termos populacionais, estavam todos localizados próximo a uma capital e apresentavam Índice de Desenvolvimento Humano próximo à média nacional (PAULA *et al.*, 2015).

O ERICA foi outro estudo conduzido no Brasil com o objetivo de investigar a prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes escolares brasileiros, segundo macrorregiões (municípios com mais de 100 mil habitantes), tipo de escola, sexo e idade. Entre os 74.589 adolescentes avaliados, a prevalência dos transtornos mentais foi de 30%, sendo mais elevada em meninas e na faixa etária de 15 a 17 anos. Não houve diferença importante por macrorregião ou tipo de escola (LOPES *et al.*, 2016).

A informação sobre a epidemiologia dos transtornos mentais na infância e adolescência é desigual entre os países do mundo. As crianças e adolescentes representam praticamente um quarto da população, sendo que 85% vivem em países de baixa e média renda. Apesar disso, os dados de prevalência de transtornos mentais são pouco consistentes. Um estudo publicado em 2016 avaliou a cobertura de dados de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes entre cinco a 17 anos. As crianças de zero a quatro anos não foram incluídas por limitação dos dados. A cobertura média, ou seja, a proporção de países que informam regularmente os dados epidemiológicos foi de 26,4% para os países de alta renda, enquanto nos países de renda média e baixa, 4,5% (ERSKINE *et al.*, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo.

4.2 Local do estudo

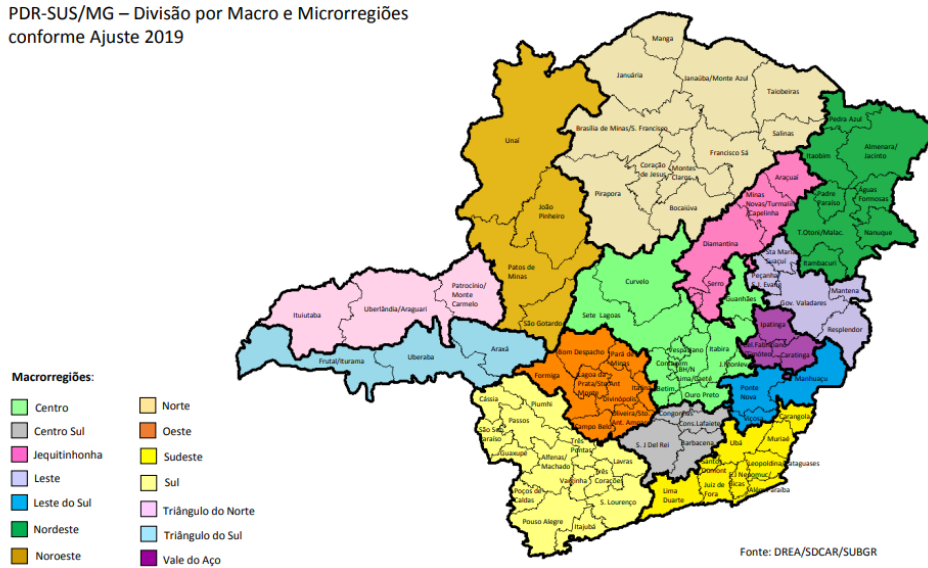
Este estudo tem como escopo os serviços de saúde mental da infância e adolescência do Estado de Minas Gerais.

O Estado de Minas Gerais é composto por 14 Regiões Ampliadas de Saúde (macrorregiões) e 89 Regiões de Saúde (microrregiões), determinadas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR). O PDR foi instituído pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) (BRASIL, 2002), com o objetivo de organizar a oferta de serviços entre os municípios, atribuindo a cada um a sua responsabilidade na assistência à saúde do Estado para que se amplie a acessibilidade ao tratamento demandado e garanta a integralidade do acesso com a escala dos níveis de atendimento. O governo do Estado utilizou os seguintes critérios para a divisão das regiões: distância, tempo, escala, escopo, fluxo e hierarquização, tendo em vista os três níveis de atenção e o agrupamento territorial (MINAS GERAIS, 2020).

A microrregião ou Região de Saúde (RS) deve ser capaz de ofertar serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade, grupo no qual os serviços de saúde mental destinados à infância e adolescência estão inseridos. A macrorregião ou Região Ampliada de Saúde (RAS) constitui a base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde (Figura 1).

Figura 1 – Divisão geográfica do Estados de Minas Gerais por macro e microrregiões

PDR-SUS/MG – Divisão por Macro e Microrregiões
conforme Ajuste 2019



Fonte: Minas Gerais, 2020, *on-line*.

O número de microrregiões abrangidas por cada macroregião varia de três a quatorze. A população das macroregiões varia entre 407.645 a 6.636.634 pessoas (MINAS GERAIS, 2020) (ANEXO A).

4.3 Recorte temporal

O período da pesquisa foi definido levando-se em consideração a disponibilidade de informações nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde. O Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) foi instituído pela Portaria n^o 276, de 30 de março de 2012 (BRASIL, 2012) (ANEXO B). Foram coletados os dados disponibilizados desde o ano de 2013 até 2019, referentes aos RAAS (SIA/SUS) e Autorização de Internação Hospitalar (AIH-SIH/SUS). Embora os registros de AIH estejam disponíveis desde o ano de 1992, foi escolhido o mesmo recorte temporal para o qual os RAAS estão disponíveis no sistema, ou seja, 2013 a 2019.

Os dados referentes à disponibilidade de serviços de saúde mental na infância e adolescência (CAPSi) e os profissionais cadastrados foram coletados em todo o período em que estão disponíveis no CNES, entre 2007 e 2020.

A coleta de dados se deu no período compreendido entre os meses de outubro de 2019 a março de 2020. Na data final da coleta, não havia dados consolidados do

RAAS e AIH referentes ao ano de 2020, por isso foi considerada a informação disponível até dezembro de 2019.

4.4 Fontes dos dados

Os dados foram obtidos em bases de domínio público, disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil. Para esta pesquisa foram utilizados dados de três sistemas.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o sistema oficial do MS de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde do País (BRASIL, s.d.).

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) recebe a transcrição e consolida os dados de produção ambulatorial (BRASIL, s.d.).

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH) transcreve todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiados pelo SUS (BRASIL, s.d.).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) disponibiliza uma ferramenta para consulta dos médicos inscritos com os respectivos registros em especialidades e áreas de atuação (CFM, s.d.). A Psiquiatria da Infância e Adolescência (PIA) é considerada uma área de atuação pelo órgão, sendo exigida formação anterior em psiquiatria. Não é possível a consulta de registros por ano de inscrição e município de atuação do médico. A especialidade em que os médicos foram vinculados ao CNES foi verificada individualmente no registro do CFM. Neste trabalho, considerou-se especialista o profissional que possui o devido registro no CFM.

Os dados da população foram obtidos através da estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nomeada como: “Projeção da população por sexo e idades simples, em 1º de julho - 2010/2060” (IBGE, 2018). Quanto à população total das macrorregiões do Estado de Minas Gerais utilizou-se-se o dado disponível no PDR (MINAS GERAIS, 2020). Nenhuma dessas duas fontes disponibiliza o dado específico da faixa etária de interesse deste estudo por macrorregião. Diante disso, a porcentagem da população entre as idades de 0 a 17 anos foi calculada a partir da estimativa do IBGE referente ao ano de 2019 de todo o Estado de MG (23,18%) (IBGE, 2020). Essa mesma proporção foi aplicada à

população das macrorregiões de forma a estimar a população alvo para os serviços de saúde mental da infância e adolescência.

4.5 Variáveis do estudo

Os dados extraídos do CNES, do SIA/SUS (RAAS) e SIH/SUS (AIH) estão sintetizados no Quadro 2. As informações extraídas destes sistemas não são identificadas.

Quadro 2 - Variáveis do estudo

Variáveis extraídas do CNES	Variáveis RAAS (SIA/SUS)	Variáveis AIH (SIH/SUS)
Mês/ ano	CNES do estabelecimento	Ano e mês de processamento da AIH
Cidade	Unidade da Federação	Especialidade do leito
Nome do serviço	Município de atendimento	Número da AIH
Tipo de estabelecimento	Tipo de do Estabelecimento	Tipo da AIH
Número do CNES	CNPJ	Município de residência do paciente
Habilitação	Data do atendimento	Data de nascimento do paciente
Endereço	Data de nascimento do paciente	Sexo do paciente
Vagas de hospitalidade noturna	Idade do paciente	Quantidade de diárias
Vagas de permanência dia	Nacionalidade do paciente	Data de internação
Médicos por especialidade	Sexo do paciente	Data de saída
Carga horária dos médicos (h/semana)	Raça/Cor do paciente	Dias de permanência na internação
Clínico (número)	Unidade da Federação e município de residência do paciente	Código do diagnóstico principal (CID10)
Pediatra (número)	CID Principal	Código do diagnóstico secundário (CID10)
Psicólogo (número)	CID Causas Associadas	Motivo de saída/permanência
Terapeuta ocupacional (número)	Data de Início	Município do estabelecimento
Fonoaudiólogo (número)	Data de Fim	Dias de permanência
Psicopedago (número)	Cobertura de Estratégia Saúde da Família	Indicador se o paciente da AIH é homônimo do paciente de outra AIH
Assistente social (número)	Ação realizada	Idade
Enfermeiro (número)	Situação de rua	CNES do hospital
Carga horária dos profissionais de saúde (h/semana)	Tipo de droga	Raça
	Quantidade de atendimentos	Etnia
		Sequencial da AIH na remessa

Fonte: elaborada pela autora.

4.6 Análise e processamento de dados

O Departamento de Informática do MS (DATASUS) é responsável por coletar, processar e disseminar as informações de saúde. O DATASUS disponibiliza ferramentas para a extração e tabulação dos dados, entre elas estão os aplicativos Tabnet e Tabwin, utilizados no presente trabalho (BRASIL, s.d.).

Ao consultar os dados do CNES relativos aos “Indicadores Habilitações – CAPS Infantil Minas Gerais” no ano de 2020 foram encontrados 40 serviços. Estes serviços são cadastrados como: “Tipo de Estabelecimento: Centro de Atenção Psicossocial” e “Subtipo de Estabelecimento: CAPS Infanto/Juvenil”. Sabendo-se que existiam outros dois serviços com características semelhantes, Centro Psíquico da Infância e Adolescência (atual CERSAMI Centro Sul CEPAI FHEMIG) e Cersami Nordeste, foi feita uma busca através do nome na página de consulta de estabelecimentos do CNES (BRASIL, s.d.). A busca também foi realizada com os descritores: “CAPS infanto juvenil”, “CAPS infantojuvenil”, “CAPS infantil” e “CAPSi”.

O CEPAI / Cersami Centro Sul foi habilitado em janeiro de 2012, com o nome fantasia “Centro Psíquico da Adolescência e Infância”, tipo de estabelecimento: hospital especializado e subtipo de estabelecimento: psiquiatria. Em agosto de 2019 foi novamente habilitado como Centro de Atenção Psicossocial, subtipo CAPS III. O Cersami Nordeste foi habilitado como Centro de Atenção Psicossocial, subtipo CAPS Alcool e Drogas III – Municipal. Outra particularidade encontrada foi a habilitação inicial do CERSAMI Noroeste como Clínica/Centro de Especialidade, subtipo “Outros” até dezembro de 2017, quando passou a ser reconhecido como Centro de Atenção Psicossocial, subtipo CAPS III. Mesmo sendo vinculado com o subtipo CAPS III, o Cersami Noroeste aparece nos indicadores de habilitação “CAPS Infantil Minas Gerais” do CNES.

Há outros quatro CAPSi em funcionamento no Estado, porém, ainda não obtiveram habilitação. São eles: CAPS infantojuvenil de Araxá, CAPS infanto Juvenil Cidah Viana (Divinópolis), CAPS infantojuvenil Reviver (Araguari) e Entrelaços Ambulatório de saúde Mental Infantojuvenil (Pará de Minas). Os dados destes serviços não foram incluídos no presente trabalho.

Em meados de 2020, havia 42 serviços em funcionamento e habilitados em Minas Gerais. É possível consultar os dados do estabelecimento, e assim, o tipo de

estabelecimento, a habilitação, a atividade e os profissionais que nele atuam. Optou-se por coletar os dados anualmente, nos meses de janeiro, visto que o conteúdo é disponibilizado em informações mensais.

O tipo de estabelecimento denominado “Ambulatório de Saúde Mental” foi explorado nos dados do CNES. Encontraram-se oito resultados, sendo que um deles tem o público infante juvenil no nome fantasia. Ao consultar as informações, tratava-se de um CAPSi localizado na cidade de Pará de Minas, o qual foi habilitado posteriormente ao período da pesquisa, em novembro de 2020. Os ambulatórios das cidades de Patos de Minas e Ouro Fino já se encontravam desativados. Não foi possível levantar os dados referentes aos atendimentos das Equipes Complementares de Belo Horizonte, visto que o serviço não é cadastrado no CNES e os profissionais são lotados nos Centros de Saúde da cidade.

A coleta dos dados dos RAAS consolidados no Estado no período de 2013 a 2019 foi possibilitada pelo DATASUS. É necessário acessar a aba de “transferência/download de arquivos”, escolher a opção “SIASUS”, em seguida os “arquivos de dados psicossocial” e por fim, o período desejado. As informações são baixadas através do TABNET, em formato DBC. Para expandir os arquivos para o formato DBF é necessário executar o TABWIN. Os dados ficam disponíveis em formato de arquivos do dBase, que podem ser visualizados e manipulados por planilhas de processamento de dados como o Microsoft Excel.

Em relação aos dados de internação hospitalar, foram pesquisados o número de leitos e a totalidade de AIH emitidas no período. Não foram encontrados leitos específicos para a saúde mental na infância e adolescência.

Ao acessar a aba de transferência/download de arquivos no site do DATASUS, escolher a opção SIH/SUS, AIH reduzida e o período desejado, no caso, janeiro de 2013 a dezembro de 2019. A descompactação dos dados do SIH/SUS foi feita através do mesmo processo que os dados do SIA/SUS.

Os dados foram tabulados pelo autor, com o auxílio do editor de planilhas Microsoft Excel.

Após a tabulação, os dados do RAAS foram filtrados pela idade, menor ou igual a 17 anos. Após aplicado este filtro, foram encontradas 579.600 RAAS. Quando foi aplicado o cálculo da idade baseado na data de nascimento e data do procedimento,

notou-se que em 1.833 registros a idade do paciente não era compatível com a data de nascimento. Após novamente filtrado, restaram 577.767 registros.

Os dados da AIH foram inicialmente filtrados a partir do diagnóstico principal atribuído à internação, sendo consideradas todas as categorias que compõem o capítulo V da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10): Transtornos Mentais e Comportamentais (WELLS *et al.*, 2011). Em seguida foram selecionados os pacientes com idade menor ou igual a 17 anos. Após aplicado este filtro, encontrou-se 5.687 AIH. Quando foi feito o cálculo da idade baseado na data de nascimento e data de internação, notou-se que em 124 registros a idade do paciente não era compatível com a data de nascimento. Após novamente filtrado, restaram 5.563 registros (Quadro 3).

O procedimento mais adequado para registro das internações que duram por mais de um mês é usar o mesmo número de registro da AIH inicial para as AIHs consecutivas. Ainda assim, alguns serviços criam novos registros, dissociando artificialmente as AIHs de uma mesma admissão. Os arquivos disponibilizados publicamente pelo DATASUS não contêm dados de identificação do paciente (nome, identidade, CPF). Portanto, para integrar as AIHs referentes a uma mesma internação são necessárias técnicas de processamento de dados por similaridade.

A metodologia para reagrupamento dessas AIHs relacionadas foi descrita por Lara e Volpe (LARA *et al.*, 2019). Após a unificação dos arquivos de todo o período de pesquisa e aplicação dos filtros citados acima, os registros foram então classificados por hospital, em seguida por data de nascimento e, finalmente, por data de internação. A partir de expressões programadas no *Excel*, foram identificadas como AIHs seriadas de uma mesma internação quando as seguintes condições foram atendidas: a) mesmo hospital; b) mesma data de nascimento; c) mesmo sexo; d) data de internação da AIH subsequente igual à data de saída da AIH anterior ou data de internação da AIH subsequente igual à data de saída da AIH anterior mais um dia ou data de internação da AIH subsequente englobada no período de internação da AIH anterior.

Após identificar e ordenar as AIHs seriadas de uma mesma internação, estas foram unificadas e os valores das variáveis passaram a ser definidos da seguinte maneira: a) a data de internação considerada foi a menor data da série de AIHs; b) a

data de saída considerada foi a maior data da série; c) o tempo de permanência foi calculado pela subtração entre a data de saída e a data da internação após a consolidação; d) a idade considerada foi a do primeiro registro da série; e) o diagnóstico (segundo a CID-10) considerado foi o do último registro da série.

Quadro 3 - Capítulo V da CID 10: transtornos mentais e comportamentais

F00 - F09	Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos
F10 - F19	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa
F20 - F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes
F30 - F39	Transtornos do humor (afetivos)
F40 - F48	Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes
F50 - F59	Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores de risco
F60 - F69	Transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos
F70 - F79	Retardo mental
F80 - F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico
F90 - F98	Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência
F99	Transtorno mental não especificado

Fonte: Wells *et al.*, 2011.

A distribuição espacial dos serviços de saúde mental bem como a dos profissionais cadastrados tomou como base a referência da Secretaria Estadual de Saúde, conforme apresentado na Figura 1. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos. Os mapas utilizados para a apresentação foram obtidos no site do Governo Estadual (MINAS GERAIS, 2020).

A cobertura populacional dos serviços pode ser calculada de diversas maneiras. O parâmetro CAPS/100.000 habitantes se refere à cobertura dos CAPS em todas as suas modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad) e foi incluído em 2007 como o principal indicador da saúde mental no Pacto pela Vida. Este parâmetro não é sensível à avaliação individual de cobertura dos CAPSi e, até o presente momento, não há um indicador normatizado pelo Ministério da Saúde para avaliação desta cobertura específica (BRASIL, 2012).

Na pactuação interfederativa de indicadores da saúde mais recente foi proposto o indicador de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, calculado pela fórmula: (BRASIL, 2016)

Atenção básica =	$\frac{\text{Número de ESF x população adscrita de uma ESF}}{\text{Estimativa populacional}}$	x 100
------------------	---	-------

Em 2020, Fernandes *et al.* publicaram um estudo longitudinal retrospectivo no qual avaliou-se a oferta de serviços de assistência à saúde mental no Brasil. Foi proposto o “Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS)”, onde considerou-se o cálculo da cobertura de cada serviço pela fórmula: (FERNANDES *et al.*, 2020)

iRAPS=	$\frac{N \times (\text{número de serviços da modalidade ofertada na área}) \times P (\text{população atendida})}{\text{População (a população da área)}}$	X 100
--------	---	-------

O indicador referente à população por profissional é apresentado na literatura através de uma medida denominada *Full Time Equivalent* (FTE). A FTE permite que a carga de trabalho total seja expressa em um número equivalente de funcionários em tempo integral. Na prática, 1,0 FTE equivale a um profissional trabalhando em tempo integral por, em média, 37,5 horas por semana (RANZCP, 2019; HEE, 2019).

Diante da variabilidade do número de horas trabalhadas pelos profissionais nos serviços, o cálculo do número de profissionais em FTE foi conduzido da seguinte maneira: somou-se o número total de horas de trabalho por semana dos profissionais em exercício no Estado e dividiu-se por 37,5 horas (consenso de tempo integral de trabalho por semana). Para o cálculo de número de atendimentos de profissional em FTE por ano, considerou-se que em um ano são trabalhadas 44 semanas e, a partir de então, foi dividido o número de atendimentos pelo número de dias trabalhados no ano e em seguida pelo número de profissionais.

As análises descritivas das variáveis do estudo foram realizadas utilizando: números absolutos e porcentagens para as variáveis categóricas; e medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas. Em alguns casos específicos, foram executadas análises comparativas para o perfil dos atendimentos. Para esse fim, utilizou-se o teste t de *Student* para a comparação de médias e o qui-

quadrado para a comparação de proporções. Para todas as análises comparativas o alfa foi definido em 0,05.

4.7 Aspectos éticos

Por se tratar de dados secundários, não identificados e por não envolver seres humanos, o presente estudo dispensou a apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais. Não há conflito de interesse na execução do trabalho por parte dos envolvidos.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em módulos: quantidade e a distribuição serviços de saúde mental e profissionais neles inseridos; disponibilidade de atendimentos e leitos e perfil dos atendimentos nos CAPSi e nos hospitais.

5.1 CAPSi

A partir dos indicadores de habilitações do CNES, encontrou-se 42 CAPS que atendem exclusivamente o público infanto juvenil, habilitados em MG em janeiro de 2020. Entre estes serviços, 39 são do subtipo CAPSi, um é CAPSad III e outros dois, CAPS III. Os três serviços cadastrados em outro subtipo localizam-se em Belo Horizonte. O número do CNES, o nome fantasia do serviço, a data da habilitação e o município e região onde o CAPSi está inserido estão listados no Quadro 4.

Quadro 4 – CAPSi habilitados no Estado de MG em janeiro de 2020

Continua

CNES	Estabelecimento	Habilitação	Município	Microrregião	Macrorregião
9081305	CAPSi	dez/17	Teófilo Otoni	Teófilo Otoni	Nordeste
7449593	CAPSi Centro de Atenção Psicossocial da Inf. e Adolescência	dez/17	Varginha	Varginha	Sul
7484895	CAPSi Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	dez/14	Salinas	Salinas	Norte
9448985	CAPSi de Carmo de Minas	set/18	Carmo de Minas	São Lourenço	Sul
9505059	CAPSi Estação Vida	dez/19	Barbacena	Barbacena	Centro Sul
6036155	CAPSi Maria Amélia Cardoso Raio de Sol	dez/08	Janaúba	Janúba	Norte
2218720	CAPSi NAPS Infantil	mar/02	Uberlândia	Uberlândia	Triângulo do Norte
7288506	CAPS IN Girassois e Miosotis	nov/13	Oliveira	Oliveira	Oeste
7737629	CAPS Infantil	set/15	Conselheiro Lafaiete	Conselheiro Lafaiete	Centro Sul
7095155	CAPS Infantil	dez/17	Lagoa Santa	Vespasiano	Centro
7928416	CAPS Infantil	dez/19	Inhapim	Caratinga	Vale do Aço
7471939	CAPS Infantil de Campo Belo	mai/15	Campo Belo	Campo Belo	Oeste
7132549	CAPS Infantil de Jequitinhonha	dez/16	Jequitinhonha	Almenara	Nordeste
7456425	CAPS Infantojuvenil de Itaobim	set/14	Itaobim	Itaobim	Nordeste

Quadro 4 – CAPSi habilitados no Estado de MG em janeiro de 2020

Continua

CNES	Estabelecimento	Habilitação	Município	Microrregião	Macrorregião
6017096	CAPS Infantojuvenil de Santa Luzia	mai/11	Santa Luzia	Belo Horizonte	Centro
7540477	CAPS Infantojuvenil Pequeno Hans	dez/16	Ervália	Ubá	Sudeste
7777094	CAPS Infantojuvenil Tucurupi	dez/16	Carangola	Carangola	Sudeste
9269436	CAPS Infantojuvenil de Brumadinho	fev/19	Brumadinho	Betim	Centro
7227191	CAPSi	dez/16	Caratinga	Caratinga	Vale do Aço
7801165	CAPSi	dez/19	Montes Claros	Montes Claros	Norte
6275044	CAPSi Centro de Atenção Psicossocial Infantil	out/09	Pirapora	Pirapora	Norte
5617359	CAPSi Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	out/09	Itabira	Itabira	Centro
9346376	CAPSi Convivendo	dez/19	Ipatinga	Ipatinga	Vale do Aço
2127628	CAPSi Marcus Vinicius de Oliveira Silva	dez/06	Sete Lagoas	Sete Lagoas	Centro
5392047	Centro de Atenção Psico da Infância e Juventude CAPS IJ	out/07	Juiz de Fora	Juiz de Fora	Sudeste
2115727	Centro de Atenção Psicossocial à Criança e ao Adolescente	dez/17	Ibirité	Contagem	Centro
7079265	Centro de Atenção Psicossocial CAPS Infantojuvenil	out/12	Matipó	Manhuaçu	Leste do Sul
7726082	Centro de Atenção Psicossocial de Manhuaçu CAPS I	dez/16	Manhuaçu	Manhuaçu	Leste do Sul
7756925	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	dez/16	Governador Valadares	Governador Valadares	Leste
2198975	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil CAPSI	nov/02	Contagem	Contagem	Centro
7945159	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Girassol	dez/17	São Sebastião do Paraíso	São Sebastião do Paraíso	Sul
2181932	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Jose C Morais	dez/02	Ribeirão das Neves	Belo Horizonte	Centro
2695693	Centro de Referência em Saúde Mental Infantil Noroeste	mar/10	Belo Horizonte	Belo Horizonte	Centro
2126036	Centro R S M Infantojuvenil	mar/02	Betim	Betim	Centro

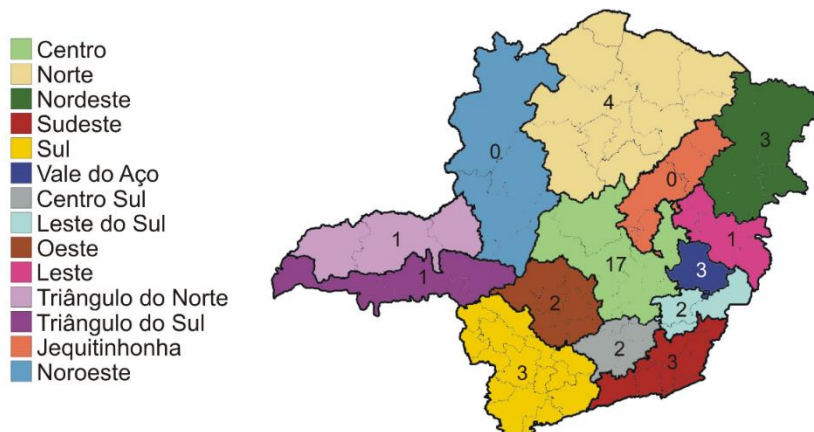
Quadro 4 – CAPSi habilitados no Estado de MG em janeiro de 2020

Conclusão

CNES	Estabelecimento	Habilitação	Município	Microrregião	Macrorregião
7673841	Crescer Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	dez/17	Mariana	Ouro Preto	Centro
2165007	CRIA Centro de Referência da Infância e Adolescência	mar/02	Uberaba	Uberaba	Triângulo do Sul
7775199	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	dez/16	Itabirito	Ouro Preto	Centro
2163462	Unidade Saúde Mental CAPS Infantil	dez/14	Ouro Preto	Ouro Preto	Centro
7089546	Centro de Saúde Mental Infantil CAPSi	dez/12	Sabará	Belo Horizonte	Centro
7102895	CAPS Infantojuvenil	out/12	Vespasiano	Vespasiano	Centro
26697	CERSAMI Centro Sul CEPAl FHEMIG	jan/02	Belo Horizonte	Belo Horizonte	Centro
9109285	CERSAMI Nordeste	dez/17	Belo Horizonte	Belo Horizonte	Centro

Fonte: Dados da pesquisa.

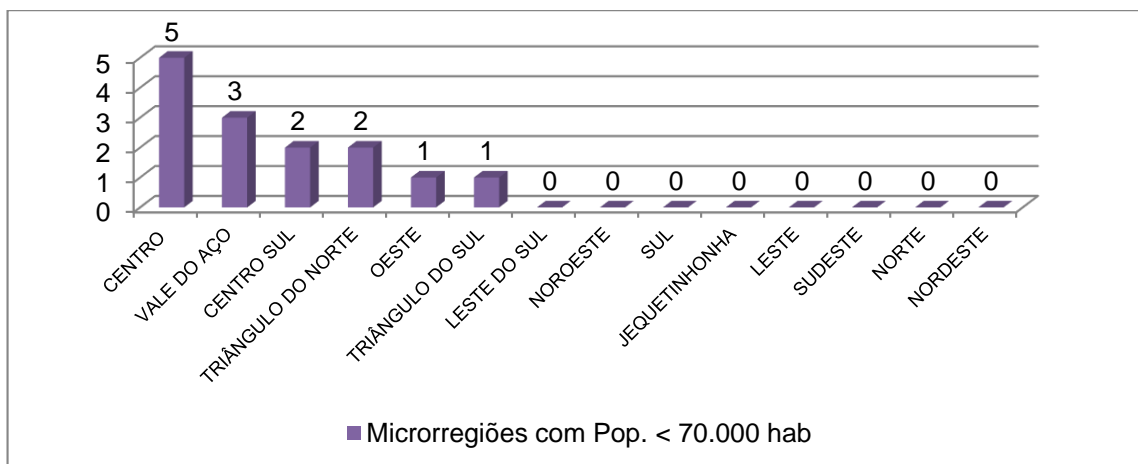
Em 2007 havia 11 CAPSi habilitados no Estado de MG, 22 CAPSi em 2013 e 42 CAPSi em 2020, representando um incremento de 381%, ou 31 serviços. Em 2020, os serviços estavam distribuídos em 12 (86%) macrorregiões e 30 (33%) microrregiões. Na macrorregião Centro, encontra-se o maior número de serviços (40%), seguido pelas regiões Norte (10%), Sul, Sudeste e Nordeste (7%). As macrorregiões Jequitinhonha e Noroeste não dispõem deste serviço no território (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição geográfica dos CAPSi em Minas Gerais, 2020

Fonte: Adaptado de Minas Gerais, 2020, on-line.

Quatorze macrorregiões possuem população adscrita menor que 70.000 habitantes e, entre elas, apenas a região de Salinas possui CAPSi. A macrorregião Nordeste é a que tem o maior número de microrregiões com a população menor que 70.000 hab. Dentre os municípios de MG, 54 possuem população maior que 70.000 habitantes (População Estimada - IBGE/TCU 2019) e 27 deles (50%) não possuem CAPSi. Quinze CAPSi estão localizados em cidades com número de habitantes menor que 70.000 (Gráfico 1).

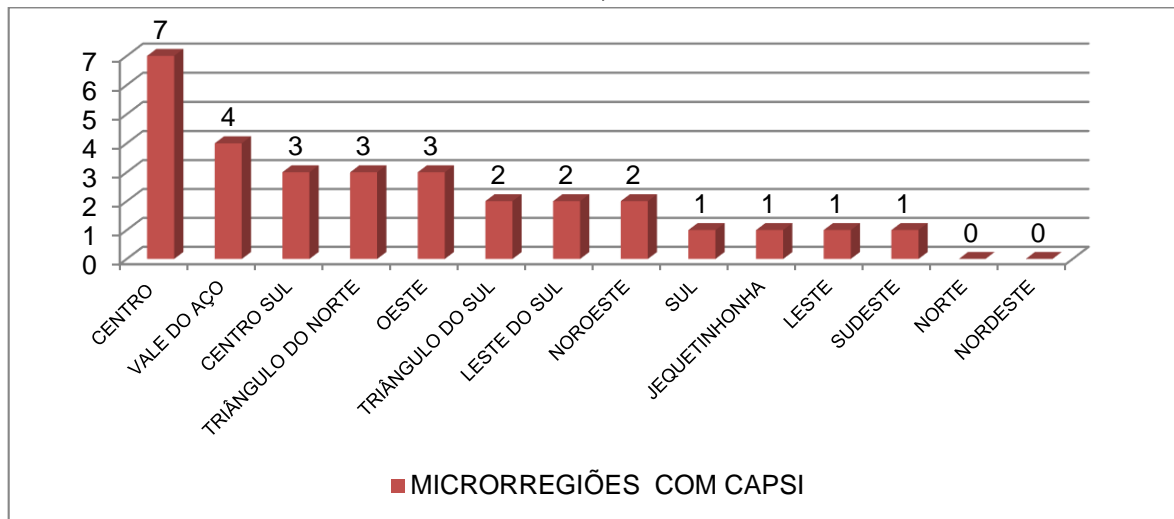
Gráfico 1 - Microrregiões com população < 70.000 habitantes por macrorregião em Minas Gerais, 2020



Fonte: Dados da pesquisa.

A quantidade de microrregiões que possuem CAPSi em cada macrorregião varia de zero nas regiões Noroeste e Jequitinhonha a sete no Centro (Gráfico 2). Considerando as microrregiões com população maior que 70.000 habitantes, 45 (60%) delas não possuem CAPSi (Tabela 2).

Gráfico 2 – Quantidade de microrregiões com CAPSi por macrorregião em Minas Gerais, 2020



Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 – Macrorregiões com população > 70.000 habitantes que não possuem CAPSi em Minas Gerais, 2020

Macrorregião (região ampliada de saúde)	Microrregiões (região de saúde)	Total
Centro	Guanhães, Curvelo, João Monlevade	3
Sul	Três Pontas, Três Corações, Poços de Caldas, Piumhi, Lavras, Itajubá, Gaxupé, Alfenas e Passos	9
Norte	Taiobeiras, Francisco Sá, Bocaiúva, Januária, Brasília de Minas	5
Vale do Aço	Coronel Fabriciano/Timóteo	1
Centro Sul	São João Del Rei e Congonhas	2
Triângulo do Norte	Ituiutaba e Patrocínio	2
Oeste	Bom Despacho, Pará de Minas, Itaúna, Formiga, Lagoa da Prata e Divinópolis	6
Triângulo do Sul	Araxá e Frutal/Iturama	2
Jequitinhonha	Araçuaí, Diamantina e Turmalina/ Minas Novas/ Capelinha	3
Leste do Sul	Ponte Nova e Viçosa	2
Noroeste	São Gotardo, Patos de Minas, João Pinheiro e Unaí	4
Sudeste	Leopoldina, Lima Duarte, Muriaé e São João Nepomuceno / Bicas	4
Leste	Mantena e Resplendor	2

Fonte: Dados da pesquisa.

5.1.1 Leitos de acolhimento noturno e diurno

Ao consultar o módulo “Hospitalar” na ficha do estabelecimento de saúde, encontram-se os leitos de Acolhimento Noturno e os leitos de Hospital Dia. A quantidade de leitos de saúde mental em Hospital Geral foi consultada, porém, não há discriminação do público atendido, impossibilitando o levantamento dos que são destinados à infância e adolescência, caso eles existam (BRASIL, s.d.).

Os leitos de Acolhimento Noturno encontram-se em sua totalidade na microrregião de Belo Horizonte / Centro, ou, seja, não existem leitos nas outras microrregiões. Até o ano de 2011, o CEPAI / Cersami Centro Sul concentrava todos eles. A partir de 2018, outros dois serviços localizados na cidade de Belo Horizonte habilitaram leitos e, no mesmo ano, o CEPAI reduziu pela metade a oferta. A disponibilidade ao longo dos anos é mostrada na Tabela 3.

Tabela 3 - Leitos de acolhimento noturno no Estado de Minas Gerais em 2007, 2013 e 2020

Região	2007	2013	2020
Centro	11	11	13
Belo Horizonte	11	11	13
CEPAI / CERSAMI Centrosul	11	11	5
CERSAMI Nordeste	0	0	4
CERSAMI Noroeste	0	0	4
Total Geral	11	11	13

Fonte: Dados da pesquisa.

O CAPS Infantojuvenil de Santa Luzia é o único serviço em MG que possui leitos de Hospital Dia cadastrados, sendo o quantitativo de três desde sua habilitação em 2008. Outros serviços no Estado oferecem uma modalidade de tratamento conhecida como “Permanência-Dia”, a qual não se encontra nos dados do CNES. No ano de 2019, não existiam ambulatórios de saúde mental infantojuvenil cadastrados no CNES.

5.1.2 Equipe técnica vinculada aos CAPSi

O levantamento da equipe técnica dos serviços foi realizado em dois blocos: médicos e profissionais da área da saúde. Os profissionais são inseridos no CNES

conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Os técnicos de nível superior pertencem às seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psicopedagogo e fonoaudiólogo. Os médicos também são cadastrados da mesma maneira, a depender da especialidade. A CBO permite o cadastro como clínico, pediatra, psiquiatra e neurologista.

Considerando o PDR vigente, havia CAPSi em quatro macrorregiões no ano de 2009, nove macrorregiões em 2013 e 12 macrorregiões em 2020. O número de profissionais de nível superior era 123, 180 e 389 respectivamente. A macrorregião Centro concentra o maior número de CAPSi e também de profissionais.

Os psicólogos estão presentes em maior quantidade, representando mais que o dobro de enfermeiros. Os fonoaudiólogos e os psicopedagogos representam a menor proporção. Os terapeutas ocupacionais encontram-se predominantemente na macrorregião Centro.

O crescimento do número de profissionais foi desigual neste período, dependendo da categoria. A categoria que mais cresceu foi a de enfermeiros (592%) e a que menos cresceu foi a de fonoaudiólogos (200%). O incremento no número de psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicopedagogos ficou aquém do aumento do número de CAPSi no Estado (Tabela 4).

Tabela 4 - Número de profissionais vinculados aos CAPSi em Minas Gerais, nos anos de 2007, 2013 e 2020

Ano	Psicólogo	Terapeuta Ocupacional	Fonoaudiólogo	Enfermeiro	Psico-pedagogo	Assistente Social
2007	57	21	10	14	5	16
2013	94	21	7	29	4	25
2020	165	44	20	83	14	63
Incremento 2007- 2020	289%	209%	200%	592%	280%	393%

Fonte: Dados da pesquisa.

A maior densidade de profissionais de nível superior na área da saúde encontra-se na Região Centro (53,47%), e, particularmente os psicólogos, se equiparam na região Triângulo do Norte. As macrorregiões Centro Sul, Nordeste e Triângulo do Norte não contam com fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional no quadro de funcionários. Os terapeutas ocupacionais também não estão presentes nas regiões

Leste, Leste do Sul, Nordeste e Sudeste. Não há psicopedagogos nas regiões Centro Sul, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul e Vale do Aço (Tabelas 5, 6).

Tabela 5 - Profissionais vinculados aos Capsi de Minas Gerais por macrorregião, nos anos de 2007, 2013 e 2020

Continua

Região / Ano	Psicólogo	Enfermeiro	Psico-pedagogo	Terapeuta Ocupacional	Assistente Social	Fonoaudiólogo
Centro						
2007	38	11	4	19	12	7
2013	63	20	2	19	18	5
2020	92	43	4	32	27	10
Centro Sul						
2007	0	0	0	0	0	0
2013	0	0	0	0	0	0
2020	7	2	0	0	2	0
Leste						
2007	0	0	0	0	0	0
2013	0	0	0	0	0	0
2020	2	2	2	0	1	1
Leste do Sul						
2007	0	0	0	0	0	0
2013	1	2	1	0	1	1
2020	3	3	1	0	2	1
Nordeste						
2007	0	0	0	0	0	0
2013	1	0	0	0	0	0
2020	7	5	2	0	3	0
Norte						
2007	0	0	0	0	0	0
2013	5	3	1	0	1	0
2020	13	9	4	2	10	2
Oeste						
2007	0	0	0	0	0	0
2013	1	1	0	1	1	0
2020	5	2	1	3	1	0
Sudeste						
2007	5	1	0	0	1	0
2013	3	1	0	0	1	0
2020	5	7	0	0	5	2

Tabela 5 - Profissionais vinculados aos Capsi de Minas Gerais por macrorregião, nos anos de 2007, 2013 e 2020

Conclusão

Região / Ano	Psicólogo	Enfermeiro	Psico-pedagogo	Terapeuta Ocupacional	Assistente Social	Fonoaudiólogo
Sul						
2007	0	0	0	0	0	0
2013	0	0	0	0	0	0
2020	6	3	0	2	4	2
Triângulo do Norte						
2007	9	1	1	0	1	1
2013	14	1	0	0	1	0
2020	11	2	0	0	3	0
Triângulo do Sul						
2007	5	1	0	2	2	2
2013	5	0	0	1	1	1
2020	7	1	0	2	2	1
Vale do Aço						
2007	0	0	0	0	0	0
2013	1	1	0	0	1	0
2020	7	4	0	3	3	1
Jequitinhonha						
2007	0	0	0	0	0	0
2013	0	0	0	0	0	0
2020	0	0	0	0	0	0
Noroeste						
2007	0	0	0	0	0	0
2013	0	0	0	0	0	0
2020	0	0	0	0	0	0
Total 2007	57	14	5	21	16	10
Total 2013	94	29	4	21	25	7
Total 2020	165	83	14	44	63	20

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 6 - Porcentagem de profissionais vinculados aos Capsi de Minas Gerais por macrorregião em 2020

Macrorregião	Psicólogo (%)	Terapeuta Ocupacional (%)	Fonoaudiólogo (%)	Psicopedagogo (%)	Assistente Social (%)	Enfermeiro (%)
Centro	55,76	72,73	50,00	28,57	42,86	51,81
Centro Sul	4,24	0,00	0,00	0,00	3,17	2,41
Leste	1,21	0,00	5,00	14,29	1,59	2,41
Leste do Sul	1,82	0,00	5,00	7,14	3,17	3,61
Nordeste	4,24	0,00	0,00	14,29	4,76	6,02
Norte	7,88	4,55	10,00	28,57	15,87	10,84
Oeste	3,03	6,82	0,00	7,14	1,59	2,41
Sudeste	3,03	0,00	10,00	0,00	7,94	8,43
Sul	3,64	4,55	10,00	0,00	6,35	3,61
Triângulo do Norte	6,67	0,00	0,00	0,00	4,76	2,41
Triângulo do Sul	4,24	4,55	5,00	0,00	3,17	1,20
Vale do Aço	4,24	6,82	5,00	0,00	4,76	4,82
Jequitinhonha	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Noroeste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Dados da pesquisa.

O número total de enfermeiros chega a 11 no Cersami Centro Sul, seguido pelo CAPSi de Contagem com sete e Cersami Nordeste, Cersami Noroeste, CAPSi de Montes Claros e CAPSi de Juiz de Fora com cinco. Os CAPSi de Sabará e Mariana não possuem enfermeiros cadastrados. Em relação ao número de Técnicos de Nível Superior (TNS) - Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Fonoaudiólogo e Psicopedagogo, os CAPSi de Jequitinhonha e Caratinga tem apenas dois. Os CAPSi de Ibirité, Vespasiano, Matipó, Itaobim e Carangola têm três. O CAPSi de Mariana tem o maior número de TNS (22), seguido por Cersami Nordeste (18), Cersami Centro Sul e CAPSi de Montes Claros (16), CAPSi de Uberlândia (14) e Cersami Noroeste (13) (Tabela 7).

Segundo a Portaria nº 336 (BRASIL, 2002), a equipe técnica mínima para atuação no CAPSi deve ser composta por um médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro e três profissionais de nível superior (BRASIL, 2002).

Tabela 7 - Total de profissionais inseridos em cada CAPSi de Minas Gerais, por categoria e região, em 2020

Continua

Regiões	Médicos	Profissionais de nível superior (exceto enfermeiro)	Enfermeiros
Centro	58	160	43
Belo Horizonte	30	66	24
Belo Horizonte - Cersami Centro Sul	15	16	11
Belo Horizonte - Cersami Nordeste	4	18	5
Belo Horizonte - Cersami Noroeste	4	13	5
Ribeirão das Neves	3	9	2
Sabará	3	6	0
Santa Luzia	1	4	1
Betim	6	17	4
Betim	5	8	3
Brumadinho	1	9	1
Contagem	7	8	9
Contagem	3	5	7
Ibirité	4	3	2
Itabira	2	8	1
Itabira	2	8	1
Ouro Preto	5	39	2
Itabirito	2	10	1
Mariana	1	22	0
Ouro Preto	2	7	1
Sete Lagoas	1	10	1
Sete Lagoas	1	10	1
Vespasiano	7	12	2
Lagoa Santa	3	9	1
Vespasiano	4	3	1
Centro Sul	4	9	2
Barbacena	1	4	1
Barbacena	1	4	1
Conselheiro Lafaiete	3	5	1
Conselheiro Lafaiete	3	5	1
Leste	3	6	2
Governador Valadares	3	6	2
Governador Valadares	3	6	2
Leste Do Sul	3	7	3
Manhuaçu	3	7	3
Manhuaçu	2	4	1
Matipó	1	3	2
Nordeste	2	12	5
Almenara	1	2	1
Jequitinhonha	1	2	1

Tabela 7 - Total de profissionais inseridos em cada CAPSi de Minas Gerais, por categoria e região, em 2020

Continua

Regiões	Médicos	Profissionais de nível superior (exceto enfermeiro)	Enfermeiros
Itaobim	0	3	1
Itaobim	0	3	1
Teófilo Otoni	1	7	3
Teófilo Otoni	1	7	3
Norte	5	31	9
Janúba	1	6	2
Janaúba	1	6	2
Montes Claros	1	16	5
Montes Claros	1	16	5
Pirapora	2	5	1
Pirapora	2	5	1
Salinas	1	4	1
Salinas	1	4	1
Oeste	2	10	2
Campo Belo	1	5	1
Campo Belo	1	5	1
Oliveira	1	5	1
Oliveira	1	5	1
Sudeste	5	12	7
Carangola	1	3	1
Carangola	1	3	1
Juiz de Fora	3	4	5
Juiz de Fora	3	4	5
Ubá	1	5	1
Ervália	1	5	1
Sul	2	6	1
São Sebastião do Paraíso	2	6	1
São Sebastião do Paraíso	2	6	1
Sul	3	8	2
São Lourenço	1	4	1
Carmo de Minas	1	4	1
Varginha	2	4	1
Varginha	2	4	1
Triângulo do Norte	3	14	2
Uberlândia	3	14	2
Uberlândia	3	14	2
Triângulo do Sul	2	12	1
Uberaba	2	12	1
Uberaba	2	12	1

Tabela 7 - Total de profissionais inseridos em cada CAPSi de Minas Gerais, por categoria e região, em 2020

Regiões	Médicos	Conclusão	
		Profissionais de nível superior (exceto enfermeiro)	Enfermeiros
Vale do Aço	5	14	4
Caratinga	3	6	2
Caratinga	2	2	1
Inhapim	1	4	1
Ipatinga	2	8	2
Ipatinga	2	8	2
Total Geral	97	301	83

Fonte: Dados da pesquisa.

NOTA: Os registros em vermelho indicam o quantitativo de profissionais aquém do preconizado pela Portaria nº 336 (BRASIL, 2002).

5.1.3 Equipe técnica vinculada aos CAPSi em números relativos

Além dos dados absolutos, a apresentação dos dados relativos se faz importante para fins de comparabilidade (Tabela 8).

Tabela 8 - Número de profissionais vinculados aos CAPSi de Minas Gerais segundo o CNES, por categoria, por 100.000 crianças e adolescentes em 2020

Categoria Profissional	Profissionais por 100.000 crianças e adolescentes
Assistente Social	1,29
Enfermeiro	1,70
Fonoaudiólogo	0,41
Psicólogo	3,38
Psicopedagogo	0,29
Terapeuta Ocupacional	0,90

Fonte: Dados da pesquisa.

5.1.4 Médicos vinculados aos CAPSi

O número total de médicos no Estado se manteve semelhante nos anos de 2007 e 2013, e dobrou em 2020. Atualmente MG possui 97 médicos cadastrados nos CAPSi, divididos entre as 12 macrorregiões, sendo que Jequitinhonha e Noroeste não possuem CAPSi e, conseqüentemente, médicos. O Centro concentra 58 médicos, seguido pelas regiões Norte, Sudeste, Sul e Vale do Aço com cinco médicos em cada. Os médicos são cadastrados no CNES conforme a CBO da especialidade, sendo elas: Psiquiatra, Pediatra, Clínico e Neuologista. A Psiquiatria da Infância e Adolescência é

considerada pelo CFM uma área de atuação da Psiquiatria, sendo estes profissionais lançados nos dados dentro desta classe (Tabela 9).

Tabela 9 - Médicos vinculados aos CAPSi de Minas Gerais segundo o CNES, pela Classificação Brasileira de Ocupações, em 2020

Macrorregião	Psiquiatra	Clínico	Pediatra
Centro	51	3	4
Centro Sul	4	0	0
Leste	2	0	1
Leste do Sul	2	1	0
Nordeste	1	0	1
Norte	3	1	1
Oeste	2	0	0
Sudeste	4	1	0
Sul	2	0	0
Sul	2	0	1
Triângulo do Norte	1	1	1
Triângulo do Sul	2	0	0
Vale do Aço	3	1	1
Total Geral	79	8	10

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao confrontar os dados do CNES com o registro de especialidades no CFM, foram notadas divergências. Dentre os 79 médicos cadastrados como “Médico Psiquiatra” no ano de 2020, 34 (43%) são Psiquiatras, 26 (33%) são Psiquiatras da Infância e Adolescência, um Pediatra, um Neurologista e 17 (21%) médicos não têm especialidade registrada. Em relação aos Pediatras, quatro deles (40%) não possuem registro da especialidade (Tabela 10).

O maior incremento entre os anos de 2007 e 2020 ocorreu entre os médicos que não são especialistas em saúde mental.

Tabela 10 - Número de médicos vinculados aos CAPSi de Minas Gerais em 2007, 2013 e 2020

Ano	PIA	Psiquiatra	Outros Médicos	TOTAL
2007	13	16	7	36
2013	11	22	4	37
2020	26	34	37	97
Incremento 2007 – 2020	200%	212%	528%	269%

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: Outros médicos: Sem especialidade (21); Clínico (8); Pediatra (7); Neurologista (1)

5.1.5 Médicos vinculados aos CAPSi em números relativos

O número de médicos especialistas vinculados aos CAPSi por 100.000 crianças e adolescentes é apresentado na Tabela 11.

Tabela 11 - Número relativo de médicos vinculados aos CAPSi no CNES, segundo especialidade registrada no CFM por 100.000 crianças e adolescentes em 2020

Médicos Vinculados aos CAPSi no CNES, segundo especialidade registrada no CFM	Número relativo por 100.000 crianças e adolescentes
Outras Especialidades*	0,74
Psiquiatra da infância e adolescência	0,53
Psiquiatra	0,72
Total	1,99

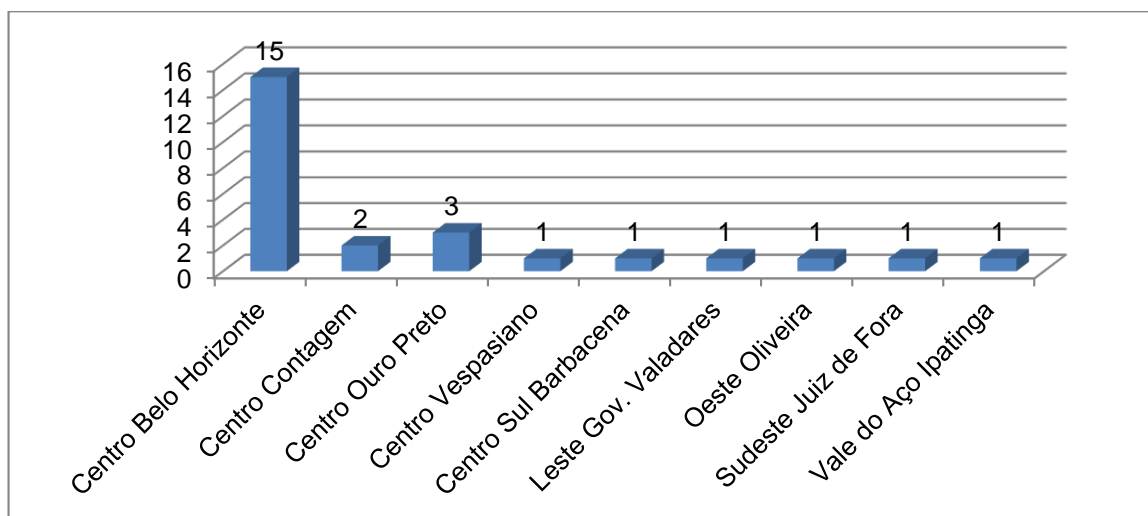
Fonte: Dados da pesquisa.

*Outras especialidades: pediatra, clínico, neurologista, médico da família e comunidade ou ausência especialidade registrada.

5.1.6 Distribuição geográfica dos psiquiatras da infância e adolescência

Os Psiquiatras da Infância e Adolescência estão distribuídos entre seis macrorregiões e nove microrregiões, sendo quatro delas pertencentes ao Centro, conforme apresentado no Gráfico 3. A grande maioria dos PIA encontra-se na região Centro (81%), particularmente na microrregião de Belo Horizonte (58%).

Gráfico 3 - Distribuição dos psiquiatras da infância e adolescência por macrorregiões e microrregiões do Estado de Minas Gerais, 2020



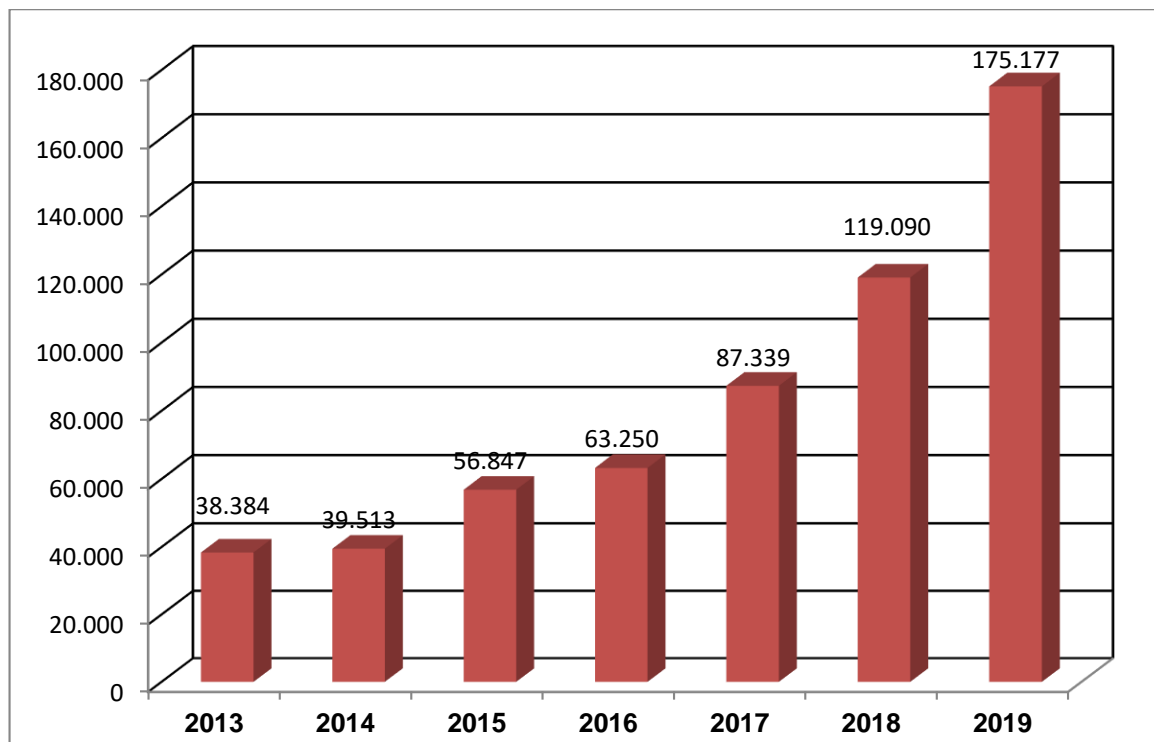
Fonte: Dados da pesquisa.

5.2 Produção ambulatorial nos CAPSi

O registro da produção ambulatorial é realizado através do RAAS-Psicossocial. Este é um instrumento de registro padronizado no Brasil e é preenchido manualmente pelo técnico de nível superior que realiza o atendimento. Portanto, o mesmo paciente pode gerar mais de um registro de atendimento em uma dada ocasião.

O RAAS foi implementado em 2013, quando foram registradas 38.384 ações. Ao longo dos anos houve aumento de 356% nos registros, alcançando a marca de 175.177 em 2019 (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Total de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde em Minas Gerais, no período de 2013 a 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

Os atendimentos a crianças e adolescentes foram prestados em todos os tipos de CAPS nos anos de 2013 e 2019 (Tabela 12). Dentre os 42 CAPSi em atividade no ano de 2019, 37 emitiram RAAS.

Tabela 12 - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde emitidos por tipo de serviço em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019

Tipo de Serviço	2013		2019	
	n	(%)	n	(%)
CAPS alcool e drogas	1.237	3,22	5.449	3,11
CAPS alcool e drogas III - municipal	577	1,50	1	0,00
CAPS I	5.080	13,23	37.435	21,37
CAPS II	3.056	7,96	7.437	4,25
CAPS III	484	1,26	2.489	1,42
CAPS infantojuvenil	27.887	72,65	121.447	69,33
Outros	63	0,16	919	0,52
Total Geral	38.384	100,00	175.177	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

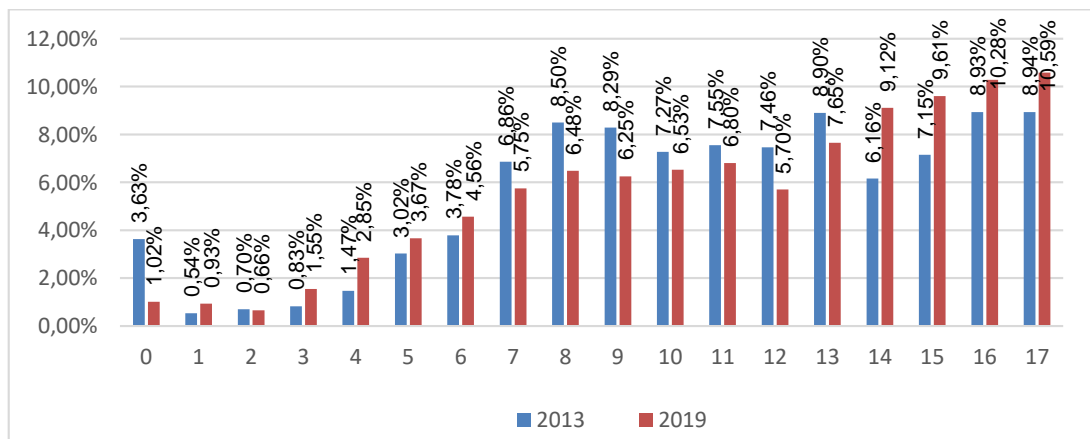
5.2.1 Caracterização do perfil dos atendimentos ambulatoriais

5.2.1.1 Idade

Em 2019 houve um aumento proporcional do número de atendimentos especialmente nos anos finais da infância e adolescência. A média de idade passou de 10,88 ($\pm 4,31$; $p < 0,01$) em 2013 para 11,36 em 2019 ($\pm 4,28$; $p < 0,01$) (Gráfico 5).

Em relação à população com idade de zero, há uma provável inconsistência na planilha disponibilizada pelo TABNET/Datasus. Mesmo corrigindo a idade pelo ano de nascimento e excluindo os registros que estavam fora da faixa etária buscada, manteve-se um número alto de bebês. O fato é reforçado por este não ser o perfil de atendimento dos serviços, não corresponder à prevalência e à idade de desencadeamento dos transtornos mentais.

Gráfico 5 - Atendimentos ambulatoriais por idade em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

5.2.1.2 Sexo

A proporção de meninos foi maior em todo o período. Em 2013 a razão de atendimentos era de uma menina para cada 1,87 meninos e em 2019 de uma menina para cada 1,71 meninos ($\chi^2 = 57,83$; $p < 0,01$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Atendimentos ambulatoriais por sexo em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019

SEXO	2013		2019	
	n	%	n	%
Feminino	13.367	34,82	64.619	36.89
Masculino	25.017	65,18	110.558	63.11
Total Geral	38.384	100,00	175.177	100,00

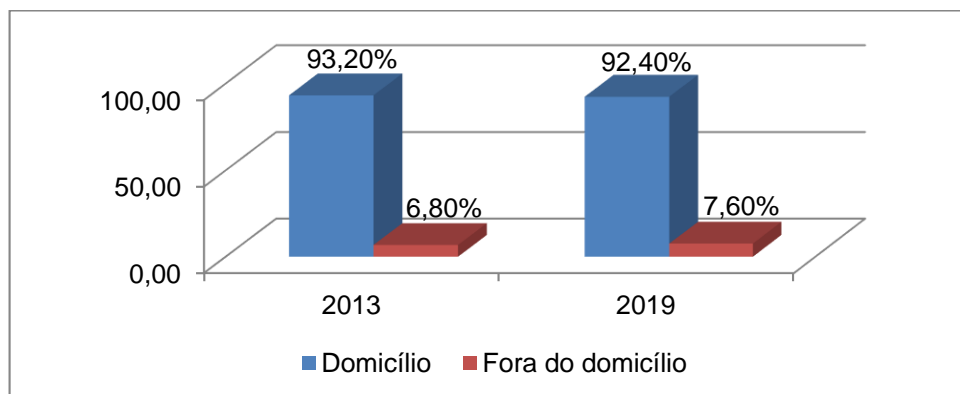
Fonte: Dados da pesquisa.

5.2.1.3 Município do atendimento

Ao comparar o município onde está localizado o estabelecimento em que o paciente foi atendido com o município de residência, nota-se que cerca de 90% dos pacientes foram atendidos no seu respectivo município, e ao longo dos anos não houve alteração neste número. Ainda assim, há uma proporção considerável de pacientes que precisam se deslocar para serem atendidos (Gráfico 6).

A população em situação de rua representou 0,9% dos atendimentos em 2013 (n=355) e 0,5% em 2019 (n=877).

Gráfico 6 – Porcentagem de atendimentos ambulatoriais por município de atendimento e município de residência em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

5.2.1.4 Diagnóstico atribuído ao paciente no atendimento

O capítulo V da CID 10 se refere aos Transtornos Mentais e Comportamentais e estão compreendidos os CIDs F00 a F99. Os transtornos do comportamento e transtornos emocionais representaram a maior parte dos atendimentos em 2013 e em 2019. Os diagnósticos de transtornos de humor, dos transtornos do desenvolvimento psicológico e de transtornos do comportamento aumentaram em 2019, enquanto os diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, retardo mental e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa reduziram. Ainda em 2019, foram registrados atendimentos aos diagnósticos de outras duas categorias: a Z, que se refere a exames e investigação e a X às lesões autoprovocadas.

A CID-10 foi publicada em 1993, portanto, já estava vigente no ano em que os RAAS foram preenchidos. Em pacientes com diagnóstico ainda em aberto, usar a categoria Z pode ser uma estratégia para evitar o erro da estimativa da prevalência dos transtornos mentais (Tabela 14).

Tabela 14 - Atendimentos ambulatoriais por categoria diagnóstica em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019

Categoria CID-10	2013		2019	
	n	%	n	%
F00-09	490	1,28	1.898	1,09
F10-19	2.599	6,77	7.638	4,38
F20-29	3.660	9,54	8.839	5,07
F30-39	4.124	10,75	21.779	12,49
F40-49	4.369	11,38	17.744	10,18
F50-59	134	0,35	397	0,23
F60-69	419	1,09	2.031	1,16
F70-79	4.261	11,10	13.146	7,54
F80-89	3.770	9,82	21.951	12,59
F90-99	14.550	37,91	77.902	44,68
X70-79	0	0,00	42	0,02
Z00-09	4	0,01	988	0,57

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda:

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
F30-F39	Transtornos do humor [afetivos]
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes

F50-F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos
F60-F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
F70-F79	Retardo mental
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico
F90-F99	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência
Z00-Z13	Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação
X70-X79	Lesão autoprovocada intencionalmente

5.2.1.5 Tipos de atendimento

5.2.1.5.1 Procedimentos

Em 2013 e 2019, os atendimentos individuais foram o tipo mais frequente, seguido por família e/ou grupo. O quantitativo de atendimentos individuais em CAPSi aumentou 470%, chegando a 79.173 em 2019 (45,2% do total) (Tabela 15).

Tabela 15 - Quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019

Procedimento	2013		2019	
	n	%	n	%
301080020	33	0,09	525	0,30
301080038	16	0,04	43	0,02
301080194	2.059	5,36	11.262	6,43
301080208	16.850	43,90	79.173	45,20
301080216	11.754	30,62	26.933	15,37
301080224	4.604	11,99	35.219	20,10
301080240	398	1,04	1.611	0,92
301080275	648	1,69	3.534	2,02
301080283	1.237	3,22	9.265	5,29
301080291	233	0,61	2.035	1,16
301080348	399	1,04	3.016	1,72
301080356	149	0,39	2.492	1,42
301080380	4	0,01	69	0,04

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda:	
301080020	Acolhimento noturno de paciente em centro de atenção psicossocial
301080038	Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial
301080194	Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial
301080208	Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial
301080216	Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial
301080224	Atendimento familiar em centro de atenção psicossocial
301080240	Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares

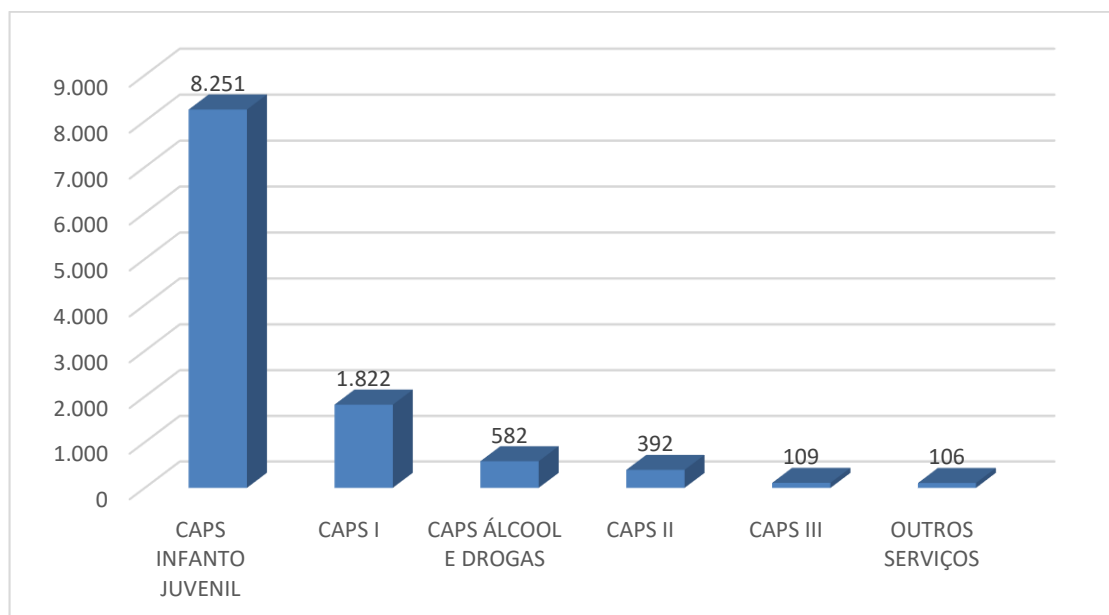
301080275	Práticas corporais em centro de atenção psicossocial
301080283	Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial
301080291	Atenção às situações de crise
301080348	Ações de reabilitação psicossocial
301080356	Promoção de contratualidade no território
301080380	Acompanhamento da população infantojuvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas-unidade de acolhimento infantojuvenil (UAI).

5.2.1.5.2 Hospitalidade diurna

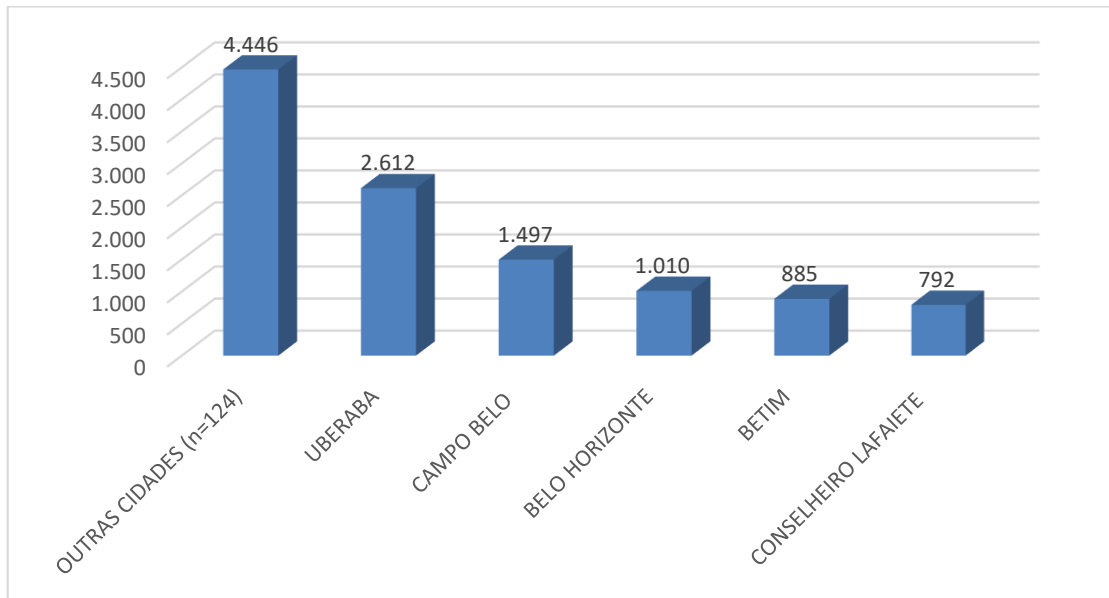
As ações de Hospitalidade Diurna (HD) ou Permanência Dia (PD) aumentaram em 5,5 vezes no período da pesquisa. Em 2019 foram 11.262 registros, e, 73,26% ocorreram em CAPSi.

Os serviços localizados na cidade de Uberaba foram responsáveis por 23,19% dos registros de HD, seguido pelos serviços de Campo Belo com 13,29% e Belo Horizonte, 8,97% (Gráfico 7, 8). Estes estabelecimentos não têm leitos de hospital dia cadastrados no CNES.

Gráfico 7 - Hospitalidade diurna por tipo de estabelecimento em Minas Gerais, no ano de 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 8 - Hospitalidade diurna por cidade em Minas Gerais, no ano de 2019

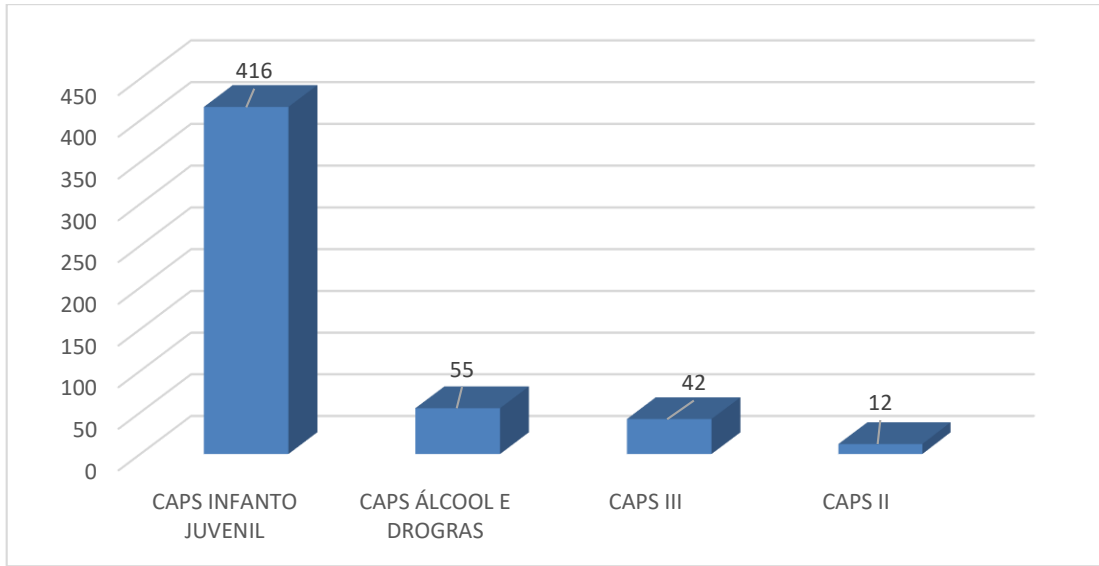
Fonte: Dados da pesquisa.

A proporção de pacientes do sexo masculino inseridos em hospitalidade diurna (HD) se manteve próxima entre os anos de 2013 (64,30%) e de 2019 (66,09%; $\chi^2=2,47$; $p=0,12$). A média de idade foi de 10,84 anos ($\pm 5,48$) em 2013 e 11,54 anos ($\pm 4,65$) em 2019 ($p<0,01$). As categorias diagnósticas mais prevalentes foram: transtornos do comportamento e transtornos emocionais (36,18%), transtornos do humor (13,22%), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (12,11%), transtornos do desenvolvimento psicológico (10,55%) e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (8,09%).

5.2.1.5.3 Hospitalidade noturna

Em 2013 foram lançados 33 acolhimentos noturnos no RAAS, sendo 48% deles realizados em CAPS infantojuvenil e 36% em CAPS III. Em 2019 ocorreram 525 ações de hospitalidade noturna, sendo 79,24% em CAPS infantojuvenil, 10,48% em CAPS álcool e drogas e 8,00% em CAPS III (Gráfico 9).

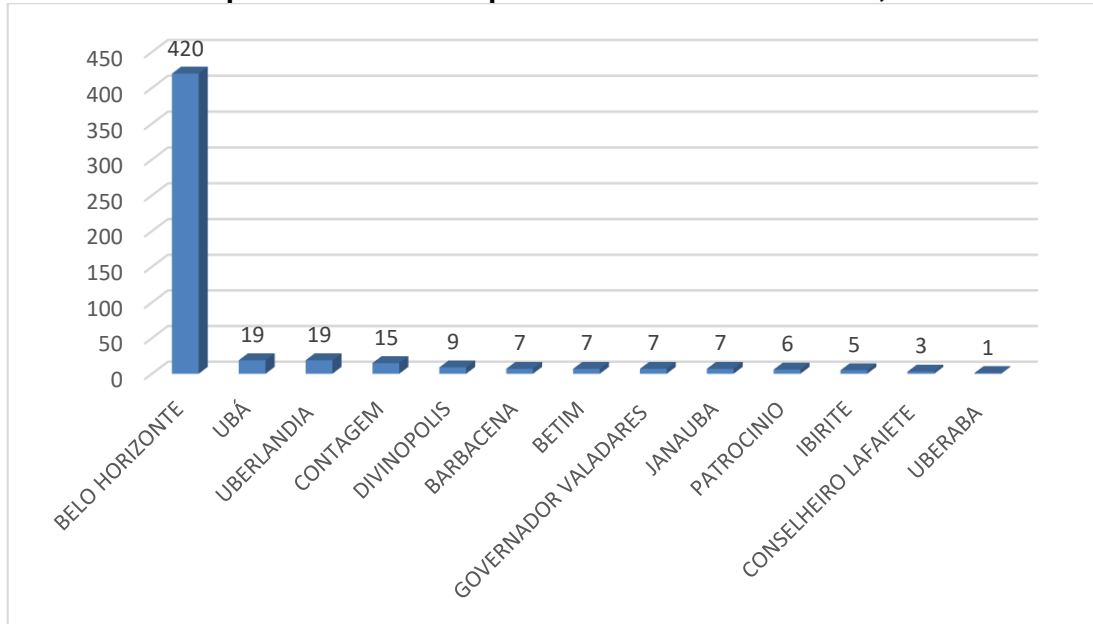
Gráfico 9 - Hospitalidade noturna por tipo de estabelecimento em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

Os serviços localizados na cidade de Belo Horizonte foram responsáveis por 80,00% dos acolhimentos noturnos em 2019, seguido por Ubá e Uberlândia com 3,62%. (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Hospitalidade noturna por cidade em Minas Gerais, no ano de 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

Os registros de HN em CAPSi ocorreram na macrorregião Centro – onde se localizam os serviços que dispõem dos leitos em MG. Os CAPS III e AD que informaram

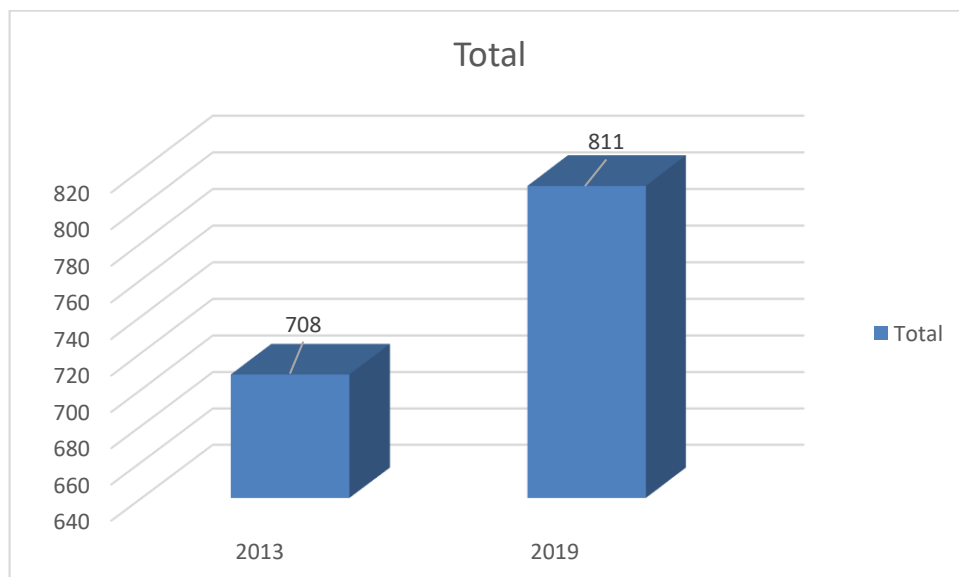
o mesmo procedimento encontram-se nas regiões Centro, Centro Sul, Sudeste, Leste, Triângulo do Norte e do Sul, Oeste e Norte.

Em relação ao perfil dos pacientes inseridos em HN, a média de idade aumentou de 10,48 anos ($\pm 7,11$) em 2013 para 13,57 anos, ($\pm 4,51$) em 2019 ($p < 0,01$). A proporção de pacientes do sexo masculino diminuiu de 81,82% em 2013 para 60,95% ($\chi^2=5,75$; $p=0,02$) em 2019. A maior parte das ações (70,3%) ocorreu no município de residência do paciente. As categorias diagnósticas mais prevalentes foram: transtornos do humor (25,10%), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (21,10%), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (17%) e retardo mental (12,5%).

5.3 Produção hospitalar

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é um documento emitido para a identificação do paciente e dos serviços prestados durante a internação hospitalar. Além disso, a AIH alimenta o Sistema de Informação Hospitalar. No ano de 2013 foram emitidas 708 guias de AIH em MG, onde a causa principal da internação era um transtorno mental. Houve um aumento de 14,55% nas internações em 2019, chegando a 811 (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Total de Autorizações de Internação Hospitalar emitidas em Minas Gerais por um transtorno mental, nos anos de 2013 e 2019



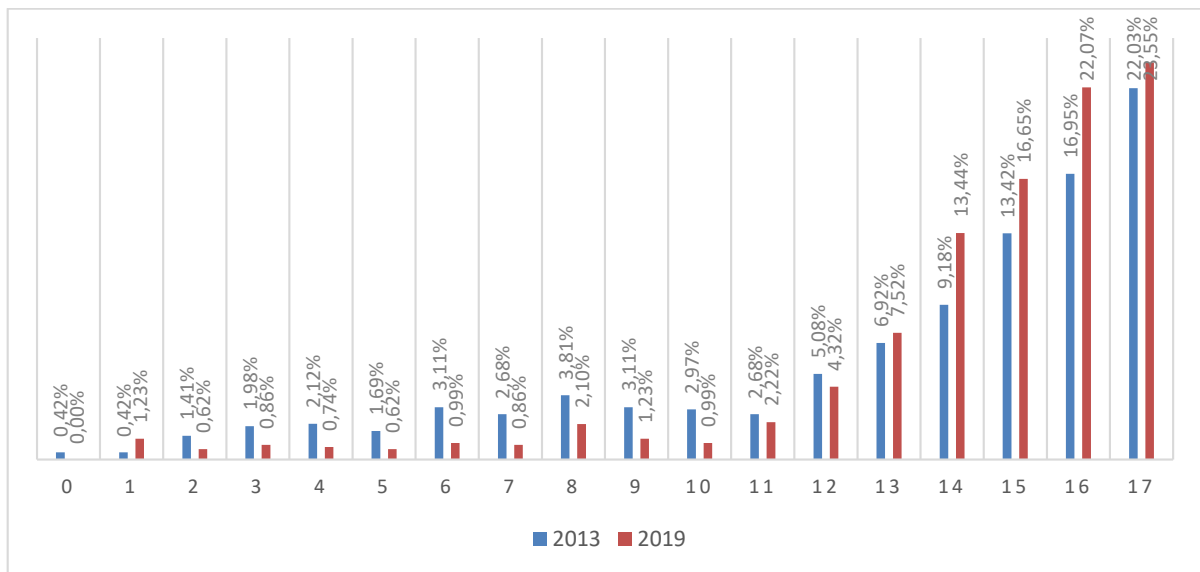
Fonte: Dados da pesquisa.

5.3.1 Caracterização do perfil dos atendimentos hospitalares

5.3.1.1 Idade

O volume de internações aumentou conforme a idade, alcançando o ápice nos anos finais da adolescência. A média passou de 13,08 ($\pm 4,23$) em 2013 para 14,26 ($\pm 3,33$) em 2019 ($p < 0,01$) (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Atendimentos hospitalares em Minas Gerais por idade, nos anos de 2013 e 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

5.3.1.2 Sexo

A proporção de meninos internados era de 59,04% em 2013 e 44,51% em 2019 ($\chi^2 = 31,93$; $p < 0,01$) (Tabela 16).

Tabela 16 - Atendimentos hospitalares em Minas Gerais por sexo, nos anos de 2013 e 2019

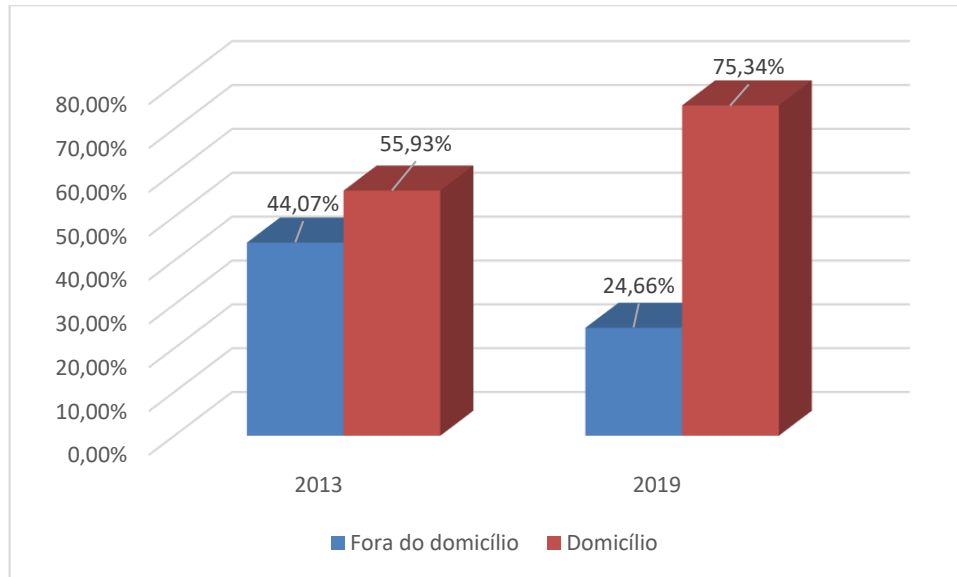
Sexo	2013		2019	
	n	%	n	%
Feminino	290	40,96	450	55,49
Masculino	418	59,04	361	44,51
Total Geral	708	100,00	811	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

5.3.1.3 Município do atendimento

A maior parte das internações (75,34%) ocorreu no município de domicílio do paciente em 2019 (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Porcentagem de atendimentos hospitalares por município de atendimento e município de residência em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

5.3.1.4 Diagnóstico atribuído ao paciente na internação

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa eram a principal causa de internação em 2013 (33,33%), seguido pelos transtornos mentais orgânicos (23,02%), transtornos psicóticos (15,11%), retardo mental (9,32%) e transtornos de humor (9,04%). Em 2019, os transtornos de humor representaram 23,30% das internações, os transtornos psicóticos 20,72%, os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa 18,25% e os transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência 16,52% (Tabela 17).

Tabela 17 - Internações por categoria diagnóstica em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019

Categoria CID-10	2013		2019	
	n	%	n	%
F00-09	163	23,02	52	6,41
F10-19	236	33,33	148	20,72
F20-29	107	15,11	168	20,72
F30-39	64	9,04	189	23,30
F40-49	25	3,53	38	4,69
F50-59	2	0,28	4	0,49
F60-69	16	2,26	18	2,22
F70-79	66	9,32	35	4,32
F80-89	18	2,54	25	3,08
F90-99	11	1,55	134	16,52
Total Geral	708	100,00	811	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

5.3.1.5 Tempo de internação

A soma total de dias de internação ocorridos em Minas Gerais no ano de 2013 foi de 9.177 dias de internação. A mediana da duração das internações foi de três dias. Em 2019, houve uma redução de 54,76% no total e a mediana também foi igual a três dias (Tabela 18).

Tabela 18 - Soma de dias de internação em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019

Ano	Dias de permanência
2013	9.177
2019	4.152

Fonte: Dados da pesquisa.

5.3.1.6 Tipos de atendimento

5.3.1.6.1 Procedimentos

Os procedimentos realizados em maior número no ano inicial da pesquisa foram tratamento em psiquiatria (por dia) (36,72%) e tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais (31,50%). Em 2019, o tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo foi realizado em 33,29%

das internações e tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio (30,09%) (Tabela 19).

Tabela 19 - Quantidade de procedimentos realizados em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019

Procedimento	2013		2019	
	n	%	n	%
301060010	24	3,39	38	4,69
301060070	2	0,28	2	0,25
301060088	6	0,85	14	1,73
303030020	0	0,00	2	0,25
303030046	0	0,00	3	0,37
303040017	0	0,00	3	0,37
303040084	0	0,00	1	0,12
303040165	0	0,00	1	0,12
303040190	0	0,00	1	0,12
303040270	0	0,00	1	0,12
303070102	0	0,00	1	0,12
303080078	0	0,00	1	0,12
303100010	0	0,00	1	0,12
303100044	0	0,00	3	0,37
303130059	1	0,14	0	0,00
303160039	0	0,00	1	0,12
303170093	260	36,72	8	0,99
303170107	4	0,56	28	3,45
303170131	25	3,53	244	30,09
303170140	37	5,23	270	33,29
303170158	10	1,41	20	2,47
303170166	1	0,14	11	1,36
303170174	3	0,42	9	1,11
303170182	33	4,66	40	4,93
303170190	0	0,00	7	0,86
308020030	79	11,16	56	6,91
407040161	0	0,00	1	0,12
414020413	223	31,50	43	5,30
415010012	0	0,00	1	0,12
Total Geral	708	100,00	811	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda:

Código	Procedimento
301060010	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica pediátrica
301060070	Diagnostico e/ou atendimento de urgência em clínica cirúrgica
301060088	Diagnostico e/ou atendimento de urgência em clínica médica
303130059	Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas (por dia)

303170093	Tratamento em psiquiatria (por dia)
303170107	Tratamento em psiquiatria em hospital dia
303170131	Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio
303170140	Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo
303170158	Tratamento clínico para avaliação diagnóstica e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas
303170166	Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool
303170174	Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de "crack"
303170182	Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas
308020030	Tratamento de intoxicação ou envenenamento por exposição a medicamento e substâncias de uso não medicinal
414020413	Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais

5.3.1.6.2 Especialidade do leito

Os leitos hospitalares cadastrados no CNES estão desmembrados por especialidade. O número de internações em leitos pediátricos e clínicos manteve-se estável ao longo dos anos. Em relação aos leitos psiquiátricos (Hospital Psiquiátrico), inicialmente eles representavam a maior quantidade e ao longo dos anos foram substituídos por leitos de saúde mental (Hospital Geral) (Tabela 20).

Tabela 20 – Internações por especialidade do leito em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019

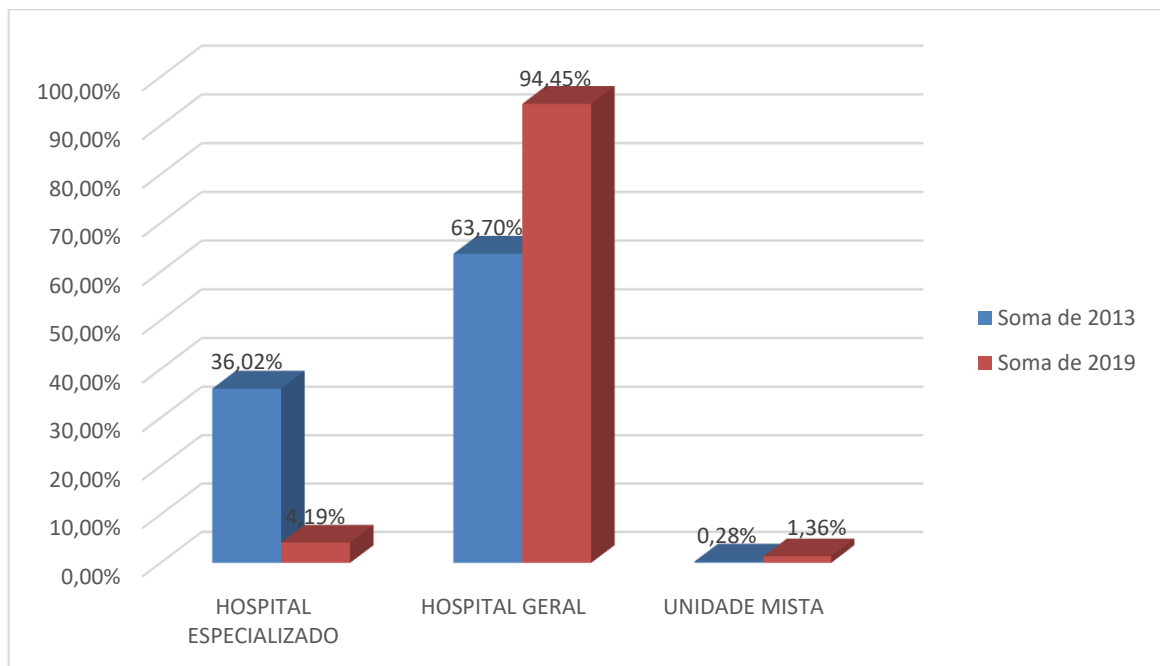
Especialidade do leito	2013		2019	
	n	%	n	%
Cirurgia	145	20,48	43	5,30
Clínica médica	94	13,28	116	14,30
Obstetrícia	1	0,14	0	0,10
Outros	4	0,56	0	0,00
Cuidados prolongados	1	0,14	1	0,12
Pediatria	111	15,68	114	14,06
Psiquiatria	342	48,31	48	5,92
Saúde mental	8	1,13	488	60,17
Tratamento realizado em Hospital Dia	2	0,28	1	0,12
Total Geral	708	100,00	811	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

5.3.1.6.3 Estabelecimentos que emitiram AIH

Os hospitais gerais emitiram 62,00% das AIH em 2013 e 93,80% em 2019. Essas admissões estão dispersas em 116 instituições, com pequeno número de admissões de cada uma (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Estabelecimentos que emitiram Autorização de Internação Hospitalar em Minas Gerais, nos anos de 2013 e 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

5.4 Oferta de leitos e consultas ambulatoriais em Minas Gerais, em números relativos

Atualmente o Estado dispõe de 0,27 leitos em CAPSi para 100.000 crianças e adolescentes, e todos estes leitos encontram-se na capital. Não foi possível levantar a quantidade de leitos em Hospital Geral pela indisponibilidade de dados específicos para a infância e adolescência. Não existe hospital psiquiátrico para este público no Estado.

Em relação aos leitos de Hospital Dia, apenas um serviço os tem cadastrado no CNES. Através dos dados coletados no RAAS foi possível levantar o número total de diárias, mas não o número de pacientes assistidos.

Considerando todos os atendimentos realizados nos CAPSi em 2019, o número relativo de consultas por 100.000 crianças e adolescentes foi de 3.592, e o número de internações em hospitais, conforme AIH, foi de 16,63. O quantitativo de procedimentos de hospitalidade noturna não foi incluído no número de internações pois ele se refere ao número de dias, não ao número de pacientes (Tabela 21).

Tabela 21 - Número relativo de leitos, consultas e internações por 100.000 crianças e adolescentes em Minas Gerais, no ano de 2019

Informações extraídas do CNES, RAAS e AIH	Número relativo por 100.000 crianças e adolescentes (2019)
Leitos em CAPSi	0,27
Número de consultas em CAPSi	3.592
Número de internações	16,63

Fonte: Dados da pesquisa.

5.5 Formação e disponibilidade de psiquiatras da infância e adolescência

A Psiquiatria da Infância e Adolescência é considerada pelo Conselho Federal de Medicina uma área de atuação da Psiquiatria. Para obter o título, é necessário a graduação na faculdade de medicina, cursar três anos de Residência Médica em Psiquiatria Geral e, por fim, um ano adicional de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Segundo dados do Ministério da Educação (MEC), em 2014, existiam 21 programas de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Brasil e apenas um em MG (BRASIL, 2015). No ano de 2019 totalizavam 23 programas e 68 vagas, sendo três deles em MG e com oferta de oito vagas (duas vagas no Hospital das Clínicas de MG e seis vagas no Centro Psíquico da Adolescência e Infância – CEPAI/FHEMIG) (SCIVOLETTO *et al.*, 2020). O programa da Universidade Federal de Juiz de Fora ofertou uma vaga até o ano de 2018.

Em 2020, havia 613 Psiquiatras da Infância e Adolescência com o registro ativo no CFM do Brasil e um total de 94 em Minas Gerais (CFM, s.d.). Este número equivale a 1,92 PIA para cada 100.000 crianças e adolescentes no Estado e 1,14 PIA por 100.000 crianças e adolescentes no país.

6 DISCUSSÃO

6.1 Estimativa da oferta, do uso e da necessidade de serviços de saúde mental na infância e adolescência

No ano de 2019, a população na faixa etária de 0 a 17 anos correspondia a aproximadamente um quarto do total em MG, totalizando 4.877.225 (IBGE, 2020). Considerando as estimativas de prevalência onde 13,4% das crianças e adolescentes tem um transtorno mental (POLANCZYK *et al.*, 2015), há pelo menos 653.548 mineiros pertencentes a este grupo. Uma pesquisa domiciliar conduzida no período de 2013-14 na Austrália avaliou que 13,9% da população de 4 a 17 anos tinha um transtorno mental na época, o que equivale a 560.000 crianças e adolescentes australianos (LAWRENCE *et al.*, 2015).

A estimativa de prevalência de transtornos mentais baseado no comprometimento funcional é um dado escasso na literatura. A Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência considera que em 9% dos casos de transtornos mentais na população de crianças e adolescentes dos EUA, se trate de um quadro grave (AACAP, 2018). Entre o grupo de 13,9% de crianças e adolescentes australianos com diagnóstico de transtorno mental, 8,3% apresentavam um comprometimento leve, 3,5% moderado e 2,1% grave (LAWRENCE *et al.*, 2015). A estimativa do Ministério da Saúde se aproxima dos dados australianos. Considera-se que pelo menos 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental por apresentarem transtornos mais severos e persistentes, o que representa 1,46 a cada 100.000 crianças e adolescentes em MG (BRASIL, 2005).

Para além dos pacientes com transtornos mentais graves e refratários, os transtornos moderados e alguns leves, porém refratários aos tratamentos iniciais, também necessitam de acompanhamento psiquiátrico. Utilizando como referência a pesquisa australiana, aproximadamente 1,71 a cada 100.000 crianças e adolescentes em MG tem um transtorno mental moderado (LAWRENCE *et al.*, 2015).

A partir dos dados coletados, foi possível acessar o número de atendimentos nos CAPSi. O número de pacientes em acompanhamento e a frequência dos atendimentos foram impossibilitados pela impessoalidade dos dados.

A estimativa da necessidade e do uso de serviços de saúde não é bem estabelecida na literatura. A Austrália tem feito levantamentos sistemáticos do uso dos serviços de saúde mental especializados em infância e adolescência. No período de 2013-14, 3,3% das crianças com transtornos mentais na faixa etária de 4 a 17 anos utilizou estes serviços, e, dentre os pacientes considerados graves, 27% deles havia consultado com um psiquiatra (LAWRENCE *et al.*, 2015). Segundo dados dos países europeus, a proporção de pacientes em acompanhamento nos serviços de saúde mental variou de menos de 1% a 6% da população de crianças e adolescentes, sendo que a proporção mais frequente foi entre 1,4 a 3% (SIGNORINI *et al.*, 2017). Considerando as estimativas de uso dos serviços acima citadas e que houvesse serviços disponíveis para tal atendimento, entre 0,68 e 1,46 a cada 100.000 crianças e adolescentes estariam em acompanhamento nos CAPSi em Minas Gerais.

A Finlândia se destaca por dispor de um percentual maior de pacientes com comprometimento moderado a grave que usam serviços de saúde mental da infância e adolescência. Em 2013, 50,7% das crianças com transtornos mentais que apresentavam comprometimento em dois ou três domínios cognitivos usaram os serviços de saúde mental (LEMPINEN *et al.*, 2019).

Diante da impossibilidade de atender à totalidade da população, o Ministério da Saúde da Inglaterra (NHS) estipulou a meta de tratar 35% das crianças e jovens com uma condição de saúde mental diagnosticável. No ano compreendido entre 2021/21, mais de 420.000 crianças e jovens foram tratados nos serviços comunitários do país, totalizando 39,6% da população alvo (NHS, 2017; s.d.).

O Brasil se encontra entre os 37% dos países que possuem dados específicos de saúde mental relativos apenas aos serviços públicos. Assim como para a maior parte dos países, construir indicadores de saúde mental que incluam os setores público e privado continua sendo um desafio (WHO, 2018).

Fatori *et al.* (2019) conduziram um estudo por meio de entrevista diagnóstica com crianças de seis a 12 anos, matriculadas em escolas nas cidades de São Paulo e Porto Alegre (Brasil). Do total, 2,6 a cada 100 crianças tinham um transtorno mental, e entre elas, 81,0% não receberam nenhum tratamento no período de um ano. Em 2014 havia sido publicado um estudo com proporções semelhantes, em que 19,8% das crianças e adolescentes com transtorno psiquiátrico usaram serviços de saúde mental nos 12 meses anteriores (PAULA *et al.*, 2014).

Oito diagnósticos respondem por 75% da carga global de transtornos mentais: depressão, esquizofrenia, outras psicoses além da esquizofrenia, suicídio, epilepsia, demência, abuso de álcool e uso de drogas ilícitas e transtornos mentais pediátricos (transtornos de conduta ou de comportamento, intelectuais e emocionais da infância) (WHO, 2008).

Embora 20% dos jovens dos EUA tenham sofrido de algum transtorno mental, que culminou em deficiência severa em algum momento durante sua vida, menos da metade já recebeu qualquer tratamento (MERIKANGAS *et al.*, 2011). Estima-se que existam 15 milhões de crianças e adolescentes que necessitem de uma consulta com um psiquiatra da infância e adolescência no país. A falta de profissionais treinados atrasa a intervenção, em média, 8 a 10 anos após o início dos sintomas. Destaca ainda que o tratamento eficaz está disponível e que este atraso ocorre nos anos críticos de desenvolvimento da criança (AACAP, 2018).

6.2 Serviços ambulatoriais de saúde mental destinados à infância e adolescência

6.2.1 Oferta de serviços

Em 2020, Minas Gerais contava com 42 CAPSi habilitados no seu território. O número de serviços aumentou em 91% no período de 2013 a 2020. Considerando o critério de habitantes por região para a implantação dos CAPSi, MG tem 75 microrregiões elegíveis (>70.000 hab) e, pensando unicamente na população, há a possibilidade de implantação de 300 CAPSi. No ritmo de crescimento atual, seriam necessários 90 anos para que toda a população do Estado estivesse coberta.

Conforme apresentado na metodologia, foi construído o cálculo de cobertura dos CAPSi a partir do proposto pela atenção básica (BRASIL, 2012) e pelo iRAPS (FERNANDES *et al.*, 2020).

Considerando o cálculo de cobertura da atenção básica, tem-se:

Cobertura populacional estimada pelos CAPSi	=	$\frac{42 \text{ (número de CAPSi)} \times 70.000 \text{ (população adscrita de um Capsi)}}{21.040.662 \text{ (estimativa populacional)}}$	x 100 = 0,14 ou 14%
---	---	--	---------------------

Considerando o iRAPS, tem-se:

Cx (cobertura do CAPSi)	=	$\frac{42 \text{ (número de serviços da modalidade ofertada na área)} \times 70.000 \text{ (população atendida)}}{21.040.662 \text{ (a população da área)}}$	= 0,14 ou 14%
-------------------------	---	--	---------------

Assim, através das duas propostas de cálculo de cobertura, encontra-se o mesmo valor, 14%. Se este resultado for interpretado através do parâmetro CAPS/100.000 habitantes, MG têm uma cobertura baixa (de 0,20 a 0,34) de CAPSi. Para além da baixa cobertura em números absolutos, a situação é agravada pela distribuição geográfica desigual.

Optou-se por exemplificar a cobertura de serviços com informações de países desenvolvidos, os quais dispõem deste dado. A disponibilidade de serviços ambulatoriais comunitários de saúde mental de atendimento à infância e adolescência na atenção primária na Europa foi classificada como ausente ou insuficiente em 59% dos países, e, quando se refere aos ambulatórios de saúde mental o déficit chega a 61% (SIGNORINI *et al.*, 2017).

A Austrália possui um banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde mental, que está em construção desde o ano de 2005 (AIHW, 2019). Os serviços comunitários de saúde mental de atendimento à infância e adolescência totalizam 287 no país. Entre os estados, varia de dois a 110 (AIHW, 2019). Minas Gerais tem uma população correspondente à 81,90% da população de toda a Austrália. MG tem, em números absolutos, 245 serviços ambulatoriais a menos do que a Austrália. Em números relativos, MG tem 82,13% menos serviços.

Os atendimentos ambulatoriais ocorrem, em sua totalidade, nos CAPSi em MG. Em 2020, não havia ambulatórios de saúde mental em funcionamento no Estado. Nota-se que mesmo em países de alta renda, apesar do quantitativo maior de serviços de atenção à saúde mental na infância e adolescência, ainda é insuficiente.

O número relativo de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes variou de 12,9 por 100.000 jovens na Finlândia a 0,5 por 100.000 jovens na Bulgária (SIGNORINI *et al.*, 2017). Em MG, o número relativo de CAPSi é de 0,86 por 100.000 crianças e adolescentes.

Nos EUA existem 1.826 serviços ambulatoriais e 1.400 centros comunitários especializados em saúde mental da infância e adolescência, o que representa em torno de 4,46 serviços a cada 100.000 crianças e adolescentes no país (CUMMINGS *et al.*, 2016; SAMHSA, 2019).

6.2.2 Distribuição geográfica dos serviços

Minas Gerais segue o padrão mundial de centralização dos serviços em regiões metropolitanas. Os CAPSi estão presentes em 86% das macrorregiões e 33% das microrregiões de saúde do Estado. A macrorregião Centro concentra 40% dos serviços, estando três localizados na capital e outros nove na região metropolitana. As macrorregiões Jequinhonha e Noroeste não possuem serviços, totalizando 258.128 crianças e adolescentes sem assistência na macrorregião de residência. Em todas as 14 macrorregiões existem lacunas na assistência, e, as regiões mais descobertas são: Jequitinhonha, Noroeste, Sul e Oeste.

Na Austrália, a distribuição geográfica dos serviços não é compatível com a população. A maior parte dos serviços está em Nova Gales do Sul, onde se encontra a capital do país (AIHW, 2019).

Dentre os países da Europa, 39% relataram disponibilidade dos serviços apenas em áreas geográficas restritas, enquanto 18% não oferecem prestação de cuidados (SIGNORINI *et al.*, 2017).

É notável que o vazio assistencial, principalmente em regiões com renda menor e mais afastadas da capital, ocorre tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Dimensionar o problema se torna uma tarefa difícil diante da indisponibilidade desses dados em países de média e baixa renda.

6.2.3 Leitos de acolhimento noturno e diurno

A disponibilidade de leitos de hospitalidade noturna e diurna será discutida em paralelo com os leitos hospitalares.

Em 2020, Minas Gerais dispunha de 0,27 leitos de hospitalidade noturna em CAPSi para 100.000 habitantes. Este número é semelhante ao publicado no levantamento da saúde mental do Brasil publicado pela OMS em 2007 (WHO, 2007).

Os leitos de encontram-se em sua totalidade na microrregião de Belo Horizonte/Centro, ou seja, não existem leitos disponíveis nas outras 88 microrregiões do Estado.

Apenas um serviço localizado na microrregião de Belo Horizonte tem leitos de hospitalidade diurna cadastrados no CNES.

6.2.4 Disponibilidade de técnicos de nível superior

Os profissionais da atenção primária fornecem o cuidado para a maior parte dos pacientes, enquanto os especialistas em saúde mental (psiquiatras, enfermeiros e especialistas em saúde psicossocial) fazem a gestão dos pacientes mais graves, além de serem responsáveis pela formação, apoio e supervisão dos não especialistas (WHO, 2008).

A equipe técnica mínima para atendimento de no máximo 25 pacientes por dia no CAPSi é composta por quatro TNS e um médico (BRASIL, 2002). Na Inglaterra, a equipe necessária para fornecer atendimento em nível ambulatorial para crianças de 0 a 17 anos em uma população geral de 100.000 é de 16,0 FTE (RCP, 2013).

Há discrepâncias regionais entre o quantitativo de profissionais disponível em MG. As macrorregiões Noroeste e Jequitinhonha não possuem CAPSi, e, conseqüentemente, médicos e TNS. O CAPSi de Itaobim é o único que não possui médico registrado. Os CAPSi de Sabará e Mariana não dispõem de enfermeiro e os CAPSi de Jequitinhonha e de Caratinga não alcançaram o mínimo recomendado de profissionais de nível superior. Assim como na distribuição territorial dos médicos, os TNS se concentram na macrorregião Centro (53,47%).

Não foi objetivo deste estudo levantar a força de trabalho de profissionais de nível médio.

Apesar do Ministério da Saúde adotar o conceito de TNS para condução dos casos, sabe-se da importância da estimulação dos diversos domínios cognitivos da criança. Diante disto, para além da presença de um número mínimo de TNS, se faz necessário a diversidade destes profissionais nos serviços. Três categorias se destacam negativamente nos CAPSi de Minas Gerais: terapeuta ocupacional (TO) com 0,21 profissionais por 100.000 habitantes, fonoaudiólogo com 0,09 e psicopedagogo com 0,07. Os assistentes sociais totalizam 0,30 por 100.000 habitantes, os enfermeiros 0,39 e os psicólogos 0,78. Apesar do quantitativo de psicólogos ser maior, ainda assim, é insuficiente diante da demanda, sobretudo ao considerar a escassez da oferta de atendimento na atenção básica.

Segundo o Atlas de Saúde Mental (WHO, 2018), o quantitativo de profissionais disponíveis para atendimento em saúde mental na infância e adolescência é variável em todo o mundo. O número de enfermeiros varia entre 0,3 por 100.000 habitantes em países de baixa renda, 6,8 em países de renda média alta e 23,4 nos de renda alta. Os terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos encontram-se na proporção de 0,25 por 100.000 habitantes em todos os níveis de renda, com exceção do grupo de renda alta onde são 1,39 TO e 0,68 fonoaudiólogos por 100.000 habitantes (WHO, 2018). O Brasil encontra-se no grupo de renda média alta, sendo assim, MG apresenta um quantitativo de profissionais menor que os países do mesmo grupo, em todas as categorias.

Considerando os 384 técnicos de nível superior e os 15,3 médicos em FTE inseridos nos CAPSi de MG no ano de 2020, e, que em um ano são trabalhadas 44 semanas, tem-se uma média de 439 atendimentos por profissional no ano e 1,99 por dia. Não é possível levantar a quantidade de pacientes atendidos pela falta de identificação nos dados.

O número de atendimentos por profissional em MG é aproximadamente 10% maior do que na Inglaterra, onde a média de atendimentos por profissional em FTE é de 404 por ano, o que corresponde a cerca de 1,8 atendimento por FTE/dia. Em relação ao quantitativo de pacientes em acompanhamento por um médico em FTE na Inglaterra, havia em média 34 (HEE, 2019). Não é possível levantar o quantitativo de

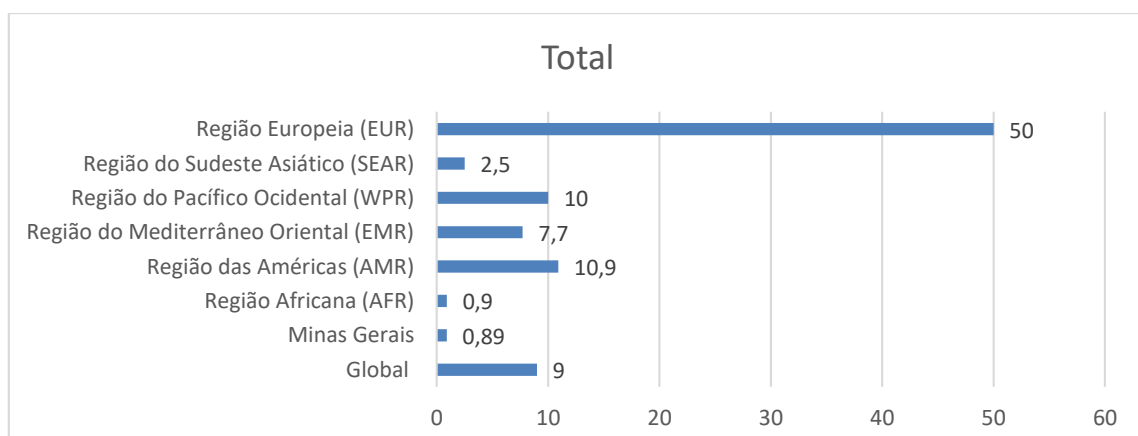
pacientes por médico em MG visto que o registro é feito junto ao dos atendimentos dos outros TNS.

A força de trabalho de saúde mental na Inglaterra cresceu muito pouco nos últimos 10 anos. Em contrapartida, o número de pessoas em contato com os serviços de saúde mental aumentou em 21% no período compreendido entre 2016 e 2019. O acesso à formação e o tempo para prática reflexiva para o pessoal piorou nos últimos dois anos (BMA, 2019). Os serviços comunitários contam com o total de 10.994 funcionários em FTE, sendo 3% médicos, 20% psicólogos, 5% psicoterapeutas e 29% de enfermagem (HEE, 2019).

O quantitativo de trabalhadores da saúde mental da infância e adolescência em FTE na Austrália em 2019 foi de 15,3 por 100.000 habitantes nos hospitais e 41,1 nos serviços comunitários. A concentração de profissionais entre os estados foi próxima (RANZCP, 2019).

Segundo dados do CNES, o número total de profissionais de saúde mental trabalhando em MG, incluindo psiquiatras, psiquiatras infantis, outros médicos, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicopedagogos é de 486 ou 2,31 por 100.000 habitantes. Este número é menor do que o encontrado em países de renda média baixa (6,2 por 100.000 habitantes). A média global é de nove profissionais por 100.000 habitantes e, neste cenário, MG conta com apenas 26% desta força de trabalho para assistir as crianças e adolescentes do Estado (WHO, 2018) (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Força de trabalho em saúde mental por 100.000 habitantes, por região da OMS



Fonte: Dados da pesquisa.

A necessidade estimada de profissionais de saúde mental é de 22,30 por 100.000 habitantes em países de baixa renda e de 26,70 por 100.000 habitantes em países de renda média. Entre os 58 países do estudo, 51 apresentam escassez de profissionais. Faltavam psiquiatras em 67% dos países, enfermeiros em 95% e outros especialistas em saúde psicossocial em 79% (BRUCKNER *et al.*, 2011). Considerando que o Brasil é um país de renda média, há um déficit de 24,39 profissionais por 100.000 crianças e adolescentes em MG.

6.2.5 Disponibilidade de médicos

A distribuição de médicos no território brasileiro é desigual, mesmo quando se compara as grandes regiões do país, estados e grupos de municípios por estratos populacionais. A proporção de médicos na capital em MG é de 36,2%. Considerando o tamanho da população, a densidade demográfica e o pertencimento do município a uma região metropolitana, os municípios rurais localizados dentro de regiões metropolitanas têm as razões mais baixas de médico por habitante. Metade dos médicos atua concomitantemente nos setores público e privado, 21,5% trabalham exclusivamente no setor público e 28,3% no setor privado (SCHEFFER *et al.*, 2020). Os psiquiatras correspondem a 2,8% do conjunto de especialistas no Brasil, enquanto países como a Suíça, França e Alemanha dispõem de mais de 6% (OECD, 2019).

Em 2020 havia 97 médicos vinculados aos CAPSi em Minas Gerais. Em relação à distribuição geográfica, 59,8% deles estavam concentrados na macrorregião Centro.

Atualmente existem 1,92 PIA para cada 100.000 crianças e adolescentes em MG e 1,14 PIA por 100.000 crianças e adolescentes no país. Em relação aos profissionais inseridos nos serviços públicos de MG, a taxa é de 0,53 por 100.000 crianças e adolescentes. Sabendo-se que em 2020 a jornada de trabalho de todos os PIA inseridos nos CAPSi do Estado totalizava 573 horas/semana, torna possível apresentar a taxa em FTE. Portanto, MG dispõe do total de 15,3 FTE ou 0,30 FTE por 100.000 crianças e adolescentes.

Considerando a recomendação da OMS de 3,33 PIA por 100.000 crianças e adolescentes, Minas Gerais apresenta um déficit de 1,41 PIA /100.000, o equivalente a 69 profissionais. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde publicada em 2020 (IBGE, 2020), 71,5% dos brasileiros usam exclusivamente o Sistema Único de Saúde.

Através deste dado, estima-se que seriam necessários pelo menos mais 89 PIA trabalhando nos CAPSi. Estes números são agravados pelo fato de que a OMS se refere a profissionais em dedicação exclusiva, o que não é o caso do Estado (WHO, 2005). Países como o Reino Unido e os EUA fazem recomendações semelhantes à OMS, por meio da Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência e do Royal College of Psychiatrists (AACAP, 2015; RCP, 2013). A proporção de PIA/100.000 em Minas Gerais é 5,7 vezes menor que a mediana dos EUA, e ainda assim, maior que a de alguns países da Europa, Austrália e Nova Zelândia (AACAP, 2018; CHUDAL *et al.*, 2017; LAWRENCE *et al.*, 2015; RANZCP, 2015).

A AACAP divide as taxas de PIA por 100.000 crianças em três faixas: suprimento suficiente (mais de 47 PIA / 100.000); escassez alta (18 a 46 PIA / 100.000) e escassez severa (1 a 17 PIA / 100.00). Segundo essa classificação, 81% dos estados americanos encontram-se em situação de escassez severa, a qual também se apresenta em Minas Gerais (AACAP, 2018).

Segundo o censo realizado na Inglaterra em 2019, 12,14% das vagas destinadas a Psiquiatras da Infância e Adolescência estão desocupadas nos serviços públicos e privados do país. Em relação às regiões, as taxas de vacância variam de 4,17% na região leste a 16,88% na região de Trent (RCP, 2019). A taxa de preenchimento de vagas de treinamento para Psiquiatria da Infância e Adolescência estava em torno de 40% em 2018 (BMA, 2019).

A AACAP sinaliza a demanda crescente de atendimentos em serviços de saúde mental infantil e a oferta insuficiente de PIA nos EUA. A dificuldade na ampliação do número de profissionais se deve principalmente à redução do financiamento da pós-graduação em educação médica, apoio inadequado às instituições acadêmicas e a uma imagem desvalorizada da profissão. Apesar disso, as pesquisas e o conhecimento relacionado à neurociência e ao neurodesenvolvimento caminham a passos largos (AACAP, 2003). Assim como em MG, nos EUA há uma má distribuição dos profissionais especialmente nas áreas rurais e urbanas pobres, onde o acesso é significativamente reduzido.

A Austrália e a Nova Zelândia vivem a mesma realidade: os PIA representam 10% da força de trabalho em Psiquiatria, além de estarem mal distribuídos geograficamente (RANZCP, 2019).

6.2.6 Produção ambulatorial

O RAAS é uma ferramenta rica e se apresenta com possibilidades diversas de extração de informações tanto do ponto de vista de gestão quanto clínico. O cabeçalho do documento contendo as informações pessoais e as informações clínicas é preenchido pelo primeiro profissional que atende o paciente, seja no acolhimento ou no início do mês corrente. Acontecem episódios em que já no acolhimento, mesmo sem avaliação médica, é atribuído um CID ao paciente, ou seja, isso leva à possibilidade de um registro equivocado de diagnósticos. Por outro lado, se faz necessário um estudo para orientação técnica de como proceder diante do preenchimento do documento. Os atendimentos subsequentes dentro do mesmo mês são registrados no mesmo formulário.

No período compreendido entre 2013 e 2019, houve um aumento de 365% no número de registros. No ano de 2019 houve 175.177 registros de atendimentos ambulatoriais nos CAPSi em MG. Do total, 71% dos registros foi realizado em serviços destinados à infância e adolescência e, entre os CAPSi no Estado, 88% emitiram RAAS no ano de 2019.

A taxa de registros melhorou em 5% quando se compara ao panorama publicado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental em 2017, onde 17% dos CAPS em MG não havia registrado a produção (BRASIL, 2017).

Dentre os atendimentos ofertados em 2019, 29% ocorreram em serviços destinados a adultos, o que correspondeu a 50.801 atendimentos. Isto é um indicativo de que provavelmente houve dificuldade de acesso aos serviços especializados. Apesar de estar previsto em portarias do Governo Federal que os mesmos ocorram, o objetivo é que os atendimentos em serviços destinados a adultos representem a menor parte.

6.2.6.1 Caracterização do perfil dos atendimentos ambulatoriais

6.2.6.1.1 Perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos ambulatorialmente

Seguindo a tendência de outros países e em consonância com a prevalência dos transtornos mentais, o número de atendimentos nos CAPSi em MG aumentou proporcionalmente à idade e, entre o total em 2019, 59,7% eram adolescentes.

Segundo dados ingleses, a probabilidade de ter um transtorno mental aumenta com a idade, alcançando a marca de 14,4% na faixa de 11 a 16 anos (SADLER *et al.*, 2017; VIZARD *et al.*, 2020) O estudo ERICA encontrou a prevalência de 30% de transtornos mentais em adolescentes brasileiros na faixa etária de 15 a 17 anos. (LOPES *et al.*, 2016)

Fatores como sexo feminino e nível educacional baixo da família impactam negativamente no acesso à assistência. Morar em regiões menos desenvolvidas do país e pertencer a famílias de classe média e baixa também estão associados a uma quantidade menor de atendimentos em saúde mental (PAULA *et al.*, 2014). Em 2019, em torno de 60% dos pacientes atendidos nos CAPSi de Minas Gerais era do sexo masculino.

Segundo dados do RAAS, cerca de 90% dos pacientes foram atendidos no seu município de residência. Diante da indisponibilidade de CAPSi em diversas regiões do Estado, levanta-se o questionamento sobre o atendimento das crianças e adolescentes com transtornos mentais nestas áreas descobertas. Este dado sugere que o acesso aos serviços no município de domicílio pode estar dificultado.

Em 2002 havia 32 CAPSi habilitados no Brasil. Destes, somente sete registraram os atendimentos durante todos os meses do ano no SIA/SUS. Estas unidades geraram 8.539 registros referentes ao atendimento de 1.456 pessoas. Do total, 62,8% eram do sexo masculino e a média de idade foi de 11,1 anos (HOFFMAN *et al.*, 2008). A porcentagem de pacientes do sexo masculino e a média de idade são muito semelhantes as encontradas no presente estudo.

Os registros de um ambulatório de saúde mental destinado à infância e adolescência no Nepal mostraram que a idade média entre os pacientes em atendimento no ano de 2016 foi de 14,8 anos ($\pm 2,8$). O sexo masculino constituiu 44,67%, dado que diverge do encontrado em MG. A maioria dos indivíduos era de origem rural (66%) (POUDEL *et al.*, 2017).

6.2.6.1.2 Perfil nosológico dos pacientes atendidos ambulatorialmente

Existem poucas publicações referentes aos atendimentos ambulatoriais no mundo, o que dificulta a comparação dos dados.

Os sintomas de transtornos externalizantes e dos transtornos emocionais favoreciam o acesso aos serviços de saúde mental em 2013 (LEMPINEN *et al.*, 2018).

Os grupos de diagnósticos atribuídos aos pacientes com maior frequência nos CAPSi brasileiros em 2003 foram: transtornos do comportamento e transtornos emocionais (44,5%); transtornos neuróticos (19,8%); transtornos do desenvolvimento psicológico (14,2%); esquizofrenia e transtornos esquizotípicos (3%) e transtornos do humor (8,7%) (HOFFMAN *et al.*, 2008). Em 2019, os transtornos do comportamento e transtornos emocionais e os transtornos do desenvolvimento psicológico mantiveram-se em porcentagem semelhante. Os transtornos psicóticos e os transtornos de humor aumentaram 2 e 4%, respectivamente. Os transtornos neuróticos apresentaram redução importante em 2019, provavelmente pelo uso reduzido dos serviços de saúde mental por pacientes com quadros leves.

Não é possível fazer uma relação direta entre a frequência dos diagnósticos encontrada nos RAAS e a prevalência dos transtornos mentais na comunidade. Como dito anteriormente, os formulários são preenchidos desde o primeiro contato do paciente com o serviço, sendo levado em consideração o motivo ou sintoma que o levou a buscar o atendimento e não propriamente uma elucidação do diagnóstico.

Os transtornos das emoções e os transtornos dos comportamentos aparecem entre os mais prevalentes, tanto a nível de diagnóstico quanto em número de pacientes atendidos nos serviços de saúde mental. Estes dados foram publicados na Inglaterra, nos EUA e também em uma metanálise de prevalência combinada de transtornos mentais no mundo (PAULA *et al.*, 2015; POLANCZYK *et al.*, 2015; SADLER *et al.*, 2018).

Apesar dos dados de prevalência de transtornos mentais em crianças de 0 a 4 anos serem limitados, sobretudo nos países de renda média e baixa, os transtornos do neurodesenvolvimento já representam o grupo diagnóstico mais frequente (até 81%) nos atendimentos dos serviços de saúde mental destinados à infância e adolescência na Europa (SIGNORINI *et al.*, 2017), dado este muito discrepante da realidade de MG.

Nota-se que em alguns países o perfil de transtornos mentais em acompanhamento nos serviços difere. Podemos citar como exemplo os dados no Nepal, onde os diagnósticos mais comuns são epilepsia, transtorno dissociativo e

cefaléia primária (POUDEL *et al.*, 2017). Na Índia, o transtorno dissociativo, a enurese noturna, o retardo mental leve e as alterações comportamentais secundárias ao transtorno convulsivo são mais frequentes (RAMYA *et al.*, 2020).

Segundo dados ambulatoriais Australianos referentes ao período de 2014 a 2019, os sintomas emocionais estavam presentes em 89,10% dos pacientes em cuidados ambulatoriais, em crianças de 11 a 17 anos. A automutilação foi considerada um problema significativo em 42,9% dos casos. Os diagnósticos mais frequentes foram episódio depressivo (14,10%), transtornos de ansiedade (16,7%), reação ao estresse e transtorno de ajustamento (14,6%) (AIHW, 2020). Este dado se difere da realidade dos CAPSi de MG, sobretudo pela ausência dos transtornos do comportamento, o diagnóstico mais frequente nos atendimentos do Estado.

Interessantemente, o perfil dos pacientes em cada país é diverso. Este é um indicativo da diversidade na estruturação das redes de saúde e na maneira de registrar os atendimentos e não propriamente diferenças gerais na prevalência dos transtornos mentais.

6.2.6.1.3 Modalidades de atendimento

Os atendimentos individuais em CAPSi representaram 45,2% do total em 2019. Os atendimentos são lançados no RAAS como serviços recebidos pelo paciente e não como produção do profissional que o realiza. Sendo assim, o levantamento do tipo de atendimento por categoria profissional fica impossibilitado.

Diferente dos serviços destinados a adultos, na infância e adolescência o atendimento à família é uma prática muito frequente. Os pais e/ou responsáveis são essenciais na condução do tratamento.

A permanência dia é uma possibilidade intermediária de oferta intensiva de cuidado. Apesar da escassez de dados referente à disponibilidade de leitos nesta modalidade, houve 11.262 registros em 2019 e 76,26% ocorreram em serviços especializados em infância e adolescência.

Conclui-se que ocorrem ações de hospitalidade diurna em Minas Gerais, porém, a informação do quantitativo de leitos disponibilizados para tal é incompleta.

Incluir essa modalidade nos bancos de informação oficiais de saúde é uma necessidade.

As ações de hospitalidade noturna aumentaram em dezesseis vezes no período de 2013 a 2019, ano em que alcançaram 525 registros. Nova Gales do Sul (Austrália) tem uma população 2,58 vezes menor que Minas Gerais. Em 2013, o Estado registrou mais de 1.000 admissões em serviços comunitários de saúde mental destinados à infância e adolescência (HAZELL *et al.*, 2016). Proporcionalmente à população, as admissões no Brasil são 79,63% menores.

Do total de HN em 2019, 79,24% ocorreram em serviços destinados à infância e adolescência e todos estão localizados em Belo Horizonte. Isso significa que mais de 1/3 das crianças e adolescentes estão sendo atendidos em serviços de adulto. Essas ações hospitalidade noturna registradas em serviços destinados a adultos ocorreram em cidades do interior do Estado.

Como a hospitalidade noturna e diurna são terminologias adotadas no Brasil, para fins de comparação com outros contextos, essa discussão será abordada no capítulo seguinte.

6.3 Produção hospitalar

A internação de crianças e adolescentes com transtornos mentais deve ocorrer em um contexto no qual há comprometimento significativo do funcionamento, existência de risco para si e para terceiros e indisponibilidade de recursos familiares e comunitários (BRASIL, 2014). O diagnóstico isoladamente não se constitui como o principal critério para a admissão. Apesar das taxas de internação apresentarem redução nos últimos anos, ela continua sendo uma opção de tratamento necessária, segura e eficaz em casos graves e de crise. A maior parte dos pacientes deve ser acompanhada nos serviços comunitários de saúde mental, com o envolvimento da família e da comunidade (EVANS *et al.*, 2020).

No documento intitulado “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”, o Ministério da Saúde considerou que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofra de transtornos mentais e, desse total, 3% a 4% necessita de tratamento intensivo. Também refere que, entre os diagnósticos mais frequentes, estão a deficiência mental, o transtorno do espectro autista, a psicose

infantil e os transtornos de ansiedade. Ainda sinalizou um aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes (BRASIL, 2005).

Constatou-se através do levantamento das AIH que existem crianças e adolescentes sendo internados em leitos hospitalares, porém, não são leitos específicos de atenção à saúde mental na infância e adolescência e não há dados disponíveis sobre eles para consulta.

Em 2019, ocorreram 16,63 internações hospitalares por 100.000 crianças e adolescentes em Minas Gerais.

6.3.1 Caracterização do perfil dos atendimentos hospitalares

6.3.1.1 Perfil sociodemográfico dos pacientes admitidos em leitos hospitalares

A idade média dos pacientes internados em MG é muito próxima a encontrada nos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes (CAMHS) da Austrália. Hazell *et al.* (2016) analisaram o perfil sociodemográfico dos pacientes internados no estado de Nova Gales do Sul, no período de 2002 a 2013. A idade média dos pacientes internados em unidades pediátricas por motivos de saúde mental foi de 13,01 anos, nos CAMHS 14,60 anos e em unidades de saúde mental aguda para adultos 15,82 anos.

Os meninos representaram até 41% das admissões (HAZELL *et al.*, 2016) na Austrália. Em MG no ano de 2019 predominaram indivíduos do sexo feminino nos serviços de internação hospitalar (55,49%) enquanto o sexo masculino predominou na hospitalidade noturna em CAPSi (60,95%).

O perfil dos pacientes internados no período de 2014 a 2017 em uma ala destinada a crianças e adolescentes em um hospital psiquiátrico no Chile foi descrito por Barker (Barker *et al.*, 2020). A idade média dos pacientes foi de 11.5 (\pm 2,3) anos. A maior parte dos pacientes eram do sexo masculino (70,40%), 82,60% pertenciam ao grupo de baixo status socioeconômico e 91,80% eram filhos de pais com transtornos mentais (Barker *et al.*, 2020).

Em Botswana não havia psiquiatra da infância até o ano de 2017. O atendimento hospitalar das crianças e adolescentes no país é realizado em um único hospital psiquiátrico destinado a adultos, sem uma unidade de cuidados especializada. Em um período de quatro anos, ocorreram 251 internações no país. A

média de idade dos pacientes foi de 12,41 anos. Pacientes do sexo masculino corresponderam a 60,50% dos casos (OLASHORE *et al.*, 2017).

Na China, a idade média dos pacientes internados foi de 15 anos, não houve diferença entre os sexos e os transtornos psicóticos e de humor eram os mais comuns (GENG *et al.*, 2020). Os dados chineses são semelhantes aos encontrados em MG, com discreto aumento na idade média e maior prevalência de transtornos psicóticos.

O perfil dos pacientes internados em leitos hospitalares e dos que estiveram em HN no ano de 2019 em Minas Gerais foi semelhante. A média de idade foi de 14,26 e 13,57 anos, respectivamente. A porcentagem de pacientes acolhidos no município de residência foi de aproximadamente 70% em ambos.

6.3.1.2 Perfil nosológico dos pacientes admitidos em leitos hospitalares

Os diagnósticos atribuídos nas internações variam discretamente entre as regiões. Em unidades que recebem pacientes nos anos finais da adolescência, predominam os transtornos de humor, transtornos psicóticos e os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (BARKER *et al.*, 2020; FRITH, 2017; HAZELL *et al.*, 2016), enquanto os transtornos do neurodesenvolvimento e os transtornos alimentares se destacam nas unidades pediátricas. A maior parte das internações em Minas Gerais ocorre na adolescência.

A Inglaterra apresenta uma particularidade: o transtorno alimentar foi o motivo mais frequente de internação. Os transtornos relacionados ao uso de drogas ou álcool, depressão, ansiedade e psicose vem em seguida. Assim como em MG, o número de internações aumenta a cada ano de idade (FRITH, 2017).

Em Botswana, os diagnósticos mais frequentes em crianças de 5 a 9 anos foram transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (60%) e transtorno do espectro autista (58,30%) e em adolescentes de 14 a 17 anos foram as psicoses (80%) e depressão (88,9%) (OLASHORE *et al.*, 2017). As internações de crianças até nove anos representaram apenas 9,25% do total em MG.

A principal razão que levou à hospitalização de crianças e adolescentes em um hospital psiquiátrico no Chile foi o risco de machucar a si e aos outros. Os diagnósticos

mais frequentes foram os transtornos do comportamento, transtornos depressivos e transtornos do desenvolvimento da personalidade (BARKER *et al.*, 2020).

Os transtornos afetivos, seguidos pelos transtornos de ansiedade e somatização representaram os transtornos mais prevalentes nos pacientes internados em Nova Gales do Sul, Austrália (HAZELL *et al.*, 2016).

Entre os pacientes internados em leitos hospitalares e os que estiveram em HN no ano de 2019 em Minas Gerais, os diagnósticos mais comuns foram: transtornos de humor, transtornos psicóticos e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias. O retardo mental foi atribuído como diagnóstico principal em 12,5% das HN e 4,32% das internações.

6.3.1.3 Tempo de internação

A mediana da duração das internações em Minas Gerais se manteve em três dias nos anos de 2013 e 2019. Este número é menor do que o encontrado em outros países. Na Austrália, o tempo médio de internação de crianças e adolescentes variou 7,38 dias para unidades médicas pediátricas e 19,03 dias para unidades CAMHS. A quantidade de diárias de internação por 1.000 habitantes foi de 12,3 (CHR, 2018; HAZELL *et al.*, 2016). O tempo médio de internação no Chile é maior, alcançando 41,8 dias em 2020 (BARKER *et al.*, 2020).

O número de internações de crianças e adolescentes vem caindo ao longo dos anos na Inglaterra. Em 2019, a taxa de ocupação dos leitos de saúde mental foi de 79% (HEE, 2019).

O “Mental Health Act”, publicado na Inglaterra em 2009 (National Mental Health Development Unit, UK, 2009), especificou os cuidados que devem ser adotados com crianças e adolescentes internados para tratamento de transtornos mentais:

- Instalações físicas adequadas;
- Equipe com o treinamento, habilidade e conhecimentos adequados para compreender e atender às suas necessidades como crianças e jovens;
- Rotina hospitalar que permita que seu desenvolvimento pessoal, social e educacional continue o mais normalmente possível; e
- Igualdade de acesso às oportunidades educacionais de seus pares, na medida em que seja compatível com a capacidade de aproveitá-las, considerando seu estado mental (NMH DU, 2009, *on-line*).

A totalidade de internações hospitalares em Minas Gerais no ano de 2019, não ocorreu em hospitais especializados para o atendimento de saúde mental infantojuvenil. As ações de hospitalidade noturna em serviços de adulto representaram 34,50% do total, número discretamente inferior ao apresentado pela Austrália e China (HAZELL *et al.*, 2016; GENG *et al.*, 2020).

Assim como na produção ambulatorial, entra a questão a situação de crianças e adolescentes serem internados em unidades destinadas a adultos. Na Austrália, a admissão de um paciente com menos de 16 anos de idade em uma unidade para adultos é considerada um incidente sério e deve ser notificado aos órgãos regulatórios. A proporção de pacientes internados em unidades de saúde mental destinadas a adultos caiu de 71% para 43% no período entre 2002 e 2013 e o tempo médio de internação era menor nestas unidades (6,99 dias) (HAZELL *et al.*, 2016).

A admissão em enfermarias pediátricas também gera preocupação relacionada principalmente à segurança do paciente.

6.4 Oferta de leitos e consultas ambulatoriais

Optou-se or discutir a disponibilidade de leitos de hospitalidade noturna e diurna em paralelo com os leitos hospitalares, visto que não há dados oficiais relativos a leitos em serviços comunitários de saúde mental em Minas Gerais.

Em 2019, os atendimentos ambulatoriais destinados à saúde mental na infância e adolescência em MG totalizaram 833 por 100.000 habitantes (3.592 por 100.000 crianças e adolescentes). Este quantitativo é cinco vezes maior que o número médio global e aproximadamente metade do que é ofertado em países de alta renda (WHO, 2018).

No mesmo ano, Minas Gerais dispunha de 0,06 leitos de hospitalidade noturna em CAPSi para 100.000 habitantes (0,27 por 100.000 crianças e adolescentes), e todos eles encontram-se na capital. Este número é maior que o publicado no levantamento da saúde mental no Brasil publicado pela OMS em 2007, quando o país contava com aproximadamente 0,02 leitos em CAPSi por 100.000 habitantes, reservados para crianças e adolescentes (WHO, 2007.)

O número médio global de leitos para crianças e adolescentes é inferior a um por 100.000 habitantes e varia de menos de 0,2 em países de baixa e média baixa

renda a mais de 1,5 em países de alta renda (WHO, 2018). Minas Gerais tem 70% menos leitos que os países de renda baixa e média baixa (Tabela 22).

Tabela 22 - Resumo das recomendações mundiais de leitos por 100.000 habitantes e disponibilidade

Localidade	Leitos recomendados por 100.000 hab.	Leitos disponíveis por 100.000 hab.
Países de baixa e média baixa renda (WHO, 2018)	Sem informação disponível	< 0,2
Países de alta renda (WHO, 2018)	Sem informação disponível	>1,5
Minas Gerais Brasil (Ministério da Saúde)	2015: - 4,34 leitos (população total) - 0,13 leitos (crianças e adolescentes) (BRASIL, 2015; WHO, 2007)	0,06
Inglaterra (Royal College of Psychiatrists)	2005: Crianças: 0,8 a 1,6 Adolescentes: 1,6 a 2,4 (RCP, 2005) 2014: 2 a 4 leitos (NHS England, 2014).	2001: 3,4 leitos para a população com menos de 18 anos (NICAPS) 2015: 2,5 (FRITH, 2017)
China	Sem informação disponível	2020: 0,06 (GENG <i>et al.</i> , 2020) 2015: Suíça: 1,2 Espanha: 2,4 Itália: 3,2 França: 16,4 Dinamarca: 18,5 Finlândia: 32,3 Holanda: 56,6 Alemanha: 64
Europa (SIGNORINI <i>et al.</i> , 2017).	Sem informação disponível	
Austrália (CHR, 2018)	Sem informação disponível	2018: 5,4

Fonte: Dados da pesquisa.

A China tem uma população de mais de 1,3 bilhão de habitantes, da qual aproximadamente um quarto são crianças e adolescentes. O país dispõe de um total de 804 leitos psiquiátricos destinados à infância e adolescência. Destes, 504 estão localizados em regiões desenvolvidas e os outros 300 em regiões menos desenvolvidas (GENG *et al.*, 2020)

Na Europa há uma heterogeneidade em termos de disponibilidade de leitos de saúde mental. Países como Portugal, Espanha e Suécia têm por volta de dois leitos

por 100.000 jovens, enquanto a Alemanha e a Holanda têm mais de 55 leitos por 100.000 jovens (SIGNORINI *et al.*, 2017).

Os leitos hospitalares destinados à saúde mental são divididos em agudos e não agudos na Austrália. Os pacientes são acolhidos nos leitos agudos, e, quando necessário prolongar a internação, são transferidos para leitos não agudos. Os leitos destinados à infância e adolescência totalizam 303 no país, sendo 269 agudos e 34 não agudos. Em números relativos, a oferta de leitos na no país varia de 6,6 leitos por 100.000 habitantes no estado de Nova Gales do Sul a inexistência de leito em três estados (37% do país) (CHR, 2018).

Segundo dados referentes à localização dos leitos de internação para saúde mental na infância e adolescência na Inglaterra, eles estão concentrados em torno de grandes centros populacionais. Os leitos destinados à adolescentes têm uma distribuição razoável, enquanto as unidades para menores de 13 anos e unidades subespecializadas são distribuídas de maneira menos uniforme. Existem áreas do país sem qualquer provisão local e outras com capacidade insuficiente. Os centros de excelência, como por exemplo as unidades de segurança média para adolescentes, são oferecidos em poucas unidades. Ainda são destacados os efeitos prejudiciais diretamente relacionados às admissões fora da área (NHS, 2014). Em Minas Gerais os leitos de hospitalidade noturna não são disponibilizados por faixa etária e, assim como na Inglaterra, existem áreas sem qualquer provisão local.

Confirmou-se a escassez de leitos psiquiátricos na China, especialmente em seis regiões provinciais onde não há nenhum leito. A maior parte deles se encontra em hospitais localizados em regiões desenvolvidas socioeconomicamente. Considerando todas as internações psiquiátricas do período, 7,5% dos pacientes eram crianças e adolescentes. A proporção atual de leitos juvenis no país é 3,2%, o que é indicativo de que o recurso oferecido não é proporcional à necessidade (GENG *et al.*, 2020).

Através do número de registros de hospitalidade noturna nos CAPSi não é possível inferir o número de admissões e o número de dias de permanência por paciente. Realizou-se o levantamento dos dias totais de internação (quantidade de ações de hospitalidade noturna registradas no RAAS).

O número total de internações hospitalares em MG no ano de 2019 foi de 16,63 por 100.000 crianças e adolescentes. A soma dos dias de internação com os de hospitalidade noturna totalizou 4.677, o que equivale a 8,74 dias por 100.000 crianças e adolescentes. O número de diárias por 100.000 habitantes na Austrália chega a 1.230 (CHR, 2018).

O número total de hospitais psiquiátricos destinados ao atendimento de crianças e adolescentes nos EUA é de 239, sendo 52 hospitais públicos e 187 privados. O país dispõe de 141 hospitais gerais com leitos destinados a essa população. A distribuição dos serviços varia pouco entre as quatro regiões do país, e, ainda assim, há lacunas geográficas substanciais, sobretudo nas áreas rurais (CUMMINGS *et al.*, 2016; SMHSA, 2019). No período compreendido entre 1990 e 2008, houve redução de 60% no número total de leitos (SMHSA, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda que haja 4,34 leitos de saúde mental para 100.000 habitantes do país, entretanto, não há uma orientação referente ao número de leitos destinados à crianças e adolescentes (BRASIL, 2015). Considerando o levantamento feito pela OMS em 2007, do total, 2% dos leitos de internação psiquiátrica de base comunitária e 1% dos leitos em hospital psiquiátrico eram reservados para crianças e adolescentes no Brasil (WHO, 2007). Caso essa porcentagem de reserva se mantivesse, deveria haver pelo menos 0,13 leitos por 100.000 habitantes destinado exclusivamente ao público infantojuvenil em MG, o que corresponderia a 27 leitos.

Comparando com as estimativas mundiais, MG tem dez vezes menos leitos que os países de baixa e média baixa renda. Países como a Itália e a Inglaterra, que investem fortemente em políticas de saúde mental focadas no atendimento comunitário, dispõe de um quantitativo maior que 2,5 leitos por 100.000 habitantes. Mesmo que o Estado alcançasse a meta proposta pelo MS de 0,13 leitos por 100.000 crianças e adolescentes, continuaria com a disponibilidade de leitos inferior à média dos países de renda baixa e média (LMIC).

Um estudo brasileiro publicado em 2015 investigou os fatores de predição referentes à internação psiquiátrica entre usuários ambulatoriais de saúde mental em um serviço destinado a adultos. Dentre estes usuários, cerca de 18% já havia sido hospitalizado, pelo menos uma vez ao longo da vida (REIS *et al.*, 2015). Ao aplicar essa estimativa ao número de crianças e adolescentes considerados graves e que

deveriam estar inseridas nos CAPSi do Estado, estima-se que 288.901 pacientes necessitariam de internação em algum momento.

Conforme os resultados apresentados, mais de 70% das internações em MG no ano de 2019 e 90% dos atendimentos em CAPSi ocorreram no município de residência dos pacientes. Este dado reforça a ideia do abismo assistencial que existe, sobretudo, nas áreas descobertas.

O cenário atual dos fluxos relativos à internação de crianças e adolescentes em MG é permeado por incertezas. Desde a municipalização do único hospital psiquiátrico de referência para este público no Estado, os municípios do interior têm se organizado para que as internações de seus pacientes ocorram em hospitais gerais. Apesar disso, não há estimativa de quantos destes leitos são ofertados, assim como não há equipes treinadas para o acompanhamento destes pacientes dentro do hospital. Todos os leitos em CAPSi estão localizados em Belo Horizonte e só atendem a população local.

A rede privada de saúde não possui leitos psiquiátricos destinados à infância e adolescência. Sabe-se que as situações de crise e urgência precisam ser atendidas a tempo e com rigor técnico. A escassez destes serviços no Estado oferece risco aos pacientes e sobrecarrega o trabalho aos profissionais lotados nos CAPSi.

Diante da indisponibilidade de leitos no Estado, não é possível afirmar que o aumento da cobertura dos serviços e o aumento da força de trabalho, sobretudo de psiquiatras da infância e adolescência, diminuiria o número de internações. Para além das lacunas na assistência, há uma enorme demanda reprimida no atendimento em saúde mental na infância e adolescência.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os dados obtidos no CNES apresentam fragilidades. O registro é alimentado manualmente pelas gestões municipais ou estaduais – dependendo do tipo de estabelecimento. Não há uma regularidade na atualização dos dados. Especificamente no caso dos médicos, a CBO não considera as áreas de atuação dentro das especialidades, impossibilitando assim o registro de Psiquiatras da Infância e Adolescência, por exemplo. Também ocorrem inconsistências nos registros: profissionais registrados no CNES em determinada especialidade, a qual não confere com o registro no CFM.

Em relação aos RAAS, não é possível afirmar se todos os atendimentos prestados pelos serviços são registrados. Há dados incompletos nas diversas variáveis do documento. A hipótese diagnóstica é considerada desde o primeiro acolhimento no serviço, sendo preenchida pelo profissional que o atendeu no momento. A confirmação do diagnóstico não foi objeto do estudo, porém, é uma informação de extrema importância no que tange ao levantamento dos transtornos mentais mais prevalentes entre os pacientes inseridos em tratamento. Não há como diferenciar os atendimentos por categoria profissional, impossibilitando o cálculo de consultas por especialidade.

As AIH foram emitidas, em sua totalidade, em hospitais gerais. Os dados foram filtrados através do diagnóstico e, em seguida, pela idade do paciente. Deve-se considerar que os leitos não são direcionados especificamente a este público, que não há equipe treinada nos hospitais e que o volume de internações é pequeno. Apesar de estas serem as informações disponíveis em relação às internações, elas podem não representar de maneira fidedigna o perfil destes pacientes e a real demanda de leitos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A clínica psiquiátrica na infância e adolescência é singular e sua prática com excelência depende de formação específica. Os furos na assistência são corroborados pela fragilidade da rede de atendimento, dos investimentos, da indisponibilidade de dados, de programas de formação e de especialistas.

Os CAPSi existem em quantidade aquém do necessário, considerando o número de microrregiões com perfil populacional elegível para instalação dos mesmos. O quadro é agravado pela concentração de serviços e profissionais em áreas próximas à capital do Estado. Os resultados deste estudo ratificaram a ideia de que a indisponibilidade de serviços no território diminui ainda mais o acesso à assistência. Os CAPSi prestam atenção secundária em saúde, o que reforça a importância da assistência técnica especializada.

Constatou-se que a força de trabalho em saúde mental na infância e adolescência em Minas Gerais é menor que em países de baixa renda. Além da mão de obra escassa de psiquiatria da infância e adolescência, menos de um terço dos profissionais estão vinculados ao serviço público.

Para além dos casos de transtornos mentais graves e refratários pertencentes ao grupo alvo de intervenção dos CAPSi, têm-se diversos outros pacientes com transtornos moderados que necessitam de acompanhamento especializado. Diante da inexistência de serviços ambulatoriais no Estado, essa população é direcionada aos CAPSi. Há uma diversidade de transtornos mentais que se apresentam em menor prevalência, porém, o bom prognóstico está diretamente associado às intervenções. Este é o caso dos transtornos do neurodesenvolvimento, que já representam a maior parcela de atendimento nos serviços comunitários de saúde mental da Europa.

Além dos pacientes que necessitam acessar os serviços, é preciso considerar os atendimentos subsequentes, visto que os transtornos mentais são, em sua maioria, crônicos. Também deve ser considerada a importância de acompanhar o desenvolvimento psíquico da criança, com a finalidade de promoção da saúde.

Os poucos leitos de saúde mental destinados à infância e adolescência em Minas Gerais encontram-se em Belo Horizonte. A inexistência destes leitos no interior do Estado é alarmante. A construção de um fluxo para direcionamento dos casos que

necessitam de internação merece estudo e aprimoramento. As condições físicas e humanas para prestação da assistência e a disponibilização de leitos em hospitais gerais necessitam igualmente de atenção.

O ritmo de formação de PIA por ano é lento diante da escassez atual e da crescente demanda. Deve-se considerar que Minas Gerais é um dos estados que oferta o maior número de vagas de residência médica.

Foi evidenciada a impossibilidade de acompanhamento próximo até mesmo dos pacientes mais graves, em diversas regiões do Estado. A falta de manejo adequado e das intervenções a tempo torna os casos mais graves, aumenta a necessidade de hospitalização, o custo do tratamento e das consequências sociais, familiares e funcionais acarretadas.

A construção, a implementação e o acompanhamento de indicadores são de fundamental importância para a otimização da assistência à saúde mental na infância e adolescência. O preenchimento correto dos formulários oficiais fornece subsídios para o desenvolvimento destes indicadores e deve ser fomentado.

Todas essas fragilidades apontadas se prestam ao planejamento de estratégias e ações de saúde específicas para que sejam alcançadas melhorias na assistência à saúde mental na infância e adolescência no Estado de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS²

AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. **AACAP releases workforce maps illustrating severe shortage of child and adolescent psychiatrists.** Washington, 2018. [on-line]. Disponível em: https://www.aacap.org/AACAP/Press/Press_Releases/2018/Severe_Shortage_of_Child_and_Adolescent_Psychiatrists_Illustrated_in_AAACP_Workforce_maps.aspx. Acesso em: 01 de junho de 2021.

AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. **Workforce maps by state.** Washington, 2015. Disponível em: https://www.aacap.org/AACAP/Advocacy/Federal_and_State_Initiatives/Workforce_Maps/Home.aspx. Acesso em: 27 de junho de 2021.

AIHW - Australian Institute of Health and Welfare Mental Health Services in Australia. **Profile of specialised mental health care facilities.** 2019. [on-line]. 23p. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/d54d7afa-b44a-4bfd-8d56-bbcc13e7535/PDF-14-15-Specialised-mental-health-care-facilities.pdf.aspx>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

AIHW - Australian Institute of Health and Welfare Mental Health Services in Australia. **Specialised mental health care facilities tables.** 2019. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/6afeca71-79bb-4bf7-8d71-c50f8884a324/Specialised-mental-health-care-facilities-tables.xlsx.aspx>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

AIHW - Australian Institute of Health and Welfare Mental Health Services in Australia. **Consumer perspectives of mental health care.** 2020.20p. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/63a4428c-2018-4fba-a16e-bb623e8ccef0/Consumer-outcomes-in-mental-health-care-2018-19.pdf.aspx>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BARKER, M.J.; LEYTON, F.; STOJANOVA, J. *et al.* A cross-sectional study on the characteristics and factors associated with the clinical course of child and adolescent patients hospitalized in a public child and adolescent psychiatric unit of Chile. **Medwave**, v.20, n.2, p.e7853, 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021.** Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BMA - British Medical Association. **Measuring progress: commitments to support and expand the mental health workforce in England.** Londres: British Medical Association, 2019. 24p. Disponível em: <https://www.bma.org.uk/media/2405/bma-measuring-progress-of-commitments-for-mental-health-workforce-jan-2020.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

² Formatadas de acordo com a ABNT NBR 6023/2018.

BRASIL. **Indicadores/Habilitações. Habilitações - 0620- CAPS infantil.** Minas Gerais. [s.d.]. [on-line]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=0620&VListar=1&VEstado=31&VMun=&VComp=&VContador=36&VTitulo=H. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Indicadores;** leitos, estado, tipo leito, clínico; saúde mental. [s.d.]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Leitos_Listar.asp?VCod_Leito=87&VTipo_Leito=2&VListar=1&VEstado=31&VMun=&VComp=). Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Consulta estabelecimento;** identificação. [s.d.]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Consulta – Leitos.** [s.d.]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=31. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações ambulatoriais do SUS. **Consulta de produção ambulatorial.** [s.d.] Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [s.d.]. **Consulta de estabelecimentos.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado. **Consulta internações hospitalares.** [s.d.]. Disponível em: <http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Tutorial tabnet. [s.d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Tutorial-TABNET-2020.pdf>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 95** de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde.** Brasília, 2001. 37p. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Sala5406.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, v.139, n.40, 2002, p.52-68. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria373.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 76p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 23 fev 2006. Seção 1, p.43-51. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 85p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1216.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325**, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília, 22 fev 2008. p.37-41. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0696.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados - 5**, Ano III, nº 5, outubro de 2008. Brasília, 2008. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 22p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_05.pdf. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados - 11**, Ano VII, nº 11, outubro de 2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 36p. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 276**, de 30 de março de 2012. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276_30_03_2012.html. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 854**, de agosto de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 62p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.631**, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados – 12**, ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, 2016**. 74p. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28151749-caderno-de-diretrizes-objetivos-metas-e-indicadores-2016.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 8**, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008_24_11_2016.html. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES. Secretaria de Atenção à Saúde. **Panorama e diagnóstico da política nacional de saúde mental**. Brasília, 2017. 49p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 3.588** de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 3**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Série Parâmetros SUS. Volume 1 – Caderno 1. 81p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 32p. Brasília, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRUCKNER, T. A.; SCHEFFLER, R. M.; SHEN, G. *et al.* The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: a needs-based approach. **Bulletin of the World Health Organization**, v.89, n.3, p.184–194, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.10.082784> . Acesso em: 01 de junho de 2021.

NHS - National Health Service England. **Child and Adolescent Mental Health Services Tier 4 Report**. Inglaterra: NHS England, 2014. 135p. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/07/camhs-tier-4-rep.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

CDC - Centers for Disease Control. [on-line]. **Data and statistics on children's mental health**. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Busca por médicos**. [s.d.]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/busca-medicos/?nome=&uf=MG&crm=&municipio=&inscricao=&tipoSituacao=A&situacao=&especialidade=58&areaAtuacao=55&pageNumber=1&pageSize=10>. Acesso em: 03 de junho de 2021.

CHR- Centre for Healthcare Redesign. **Improving access to non-acute mental health beds.** [on-line]. 2018. Disponível em: <https://aci.health.nsw.gov.au/ie/projects/improving-access-to-beds>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

CHUDAL, R.; SKOKAUSKAS, N.; ANSARI, A. *et al.* Overview of child and adolescent psychiatry across countries in the Eurasian Child Mental Health Study. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v.56, n.10, p.S205-S206, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320631299_311_Overview_of_Child_and_Adolescent_Psychiatry_across_Countries_in_the_Eurasian_Child_Mental_Health_Study. Acesso em: 01 de junho de 2021.

CMHS - Center for Mental Health Services. Estimation methodology for children with a serious emotional disturbance (SED). **Federal Register**, v.62, n.193, p.52139, 1997. Disponível em: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-1997-10-06/pdf/97-26372.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

CUMMINGS, J. R.; CASE, B. G.; JI, X. *et al.* Availability of Youth Services in U.S. Mental Health Treatment Facilities. **Administration and Policy in Mental Health**, v.43, n.5, p.717-727, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0685-2>. Acesso em: 01 de junho de 2021

ERCAN, E. S.; POLANCZYK, G.; AKYOL ARDIC, U. *et al.* The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). **Nordic Journal of Psychiatry**, v.73, n.2, p.132-140, 2019. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-prevalence-of-childhood-psychopathology-in-a-Ercan-Polanczyk/227623e57e5fb24d7805a0e14685bbdc0a5200b9>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

ERSKINE, H. E.; BAXTER, A.; PATTON, G. *et al.* The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v.26, n.4, p.395-402, 2017. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-global-coverage-of-prevalence-data-for-mental-Erskine-Baxter/983d902f2b2da2bed4d04272fbfb51a325464aaf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

EVANS, N.; EDWARDS, D.; CARRIER, J. Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care: a scoping review. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v.18, n.2, p.275-308, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-004020>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

FATORI, D.; POLANCZYK, G. V. The role of digital technology in bridging the child mental health care gap. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry**, v.28, n.4, p.425-426, 2019. Disponível em: doi: 10.1007/s00787-019-01316-6. PMID: 30888504. Acesso em: 01 de junho de 2021.

FATORI, D.; SALUM, G. A.; ROHDE, L. A. *et al.* Use of mental health services by children with mental disorders in two major cities in Brazil. **Psychiatric Services**, v.70, n.4, p.337-341, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800389>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

FERNANDES, C. J.; LIMA, A. F.; OLIVEIRA, P. R. S. *et al.* Índice de cobertura assistencial da rede de atenção psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, v.36, n.4, p.e00049519, 2020.

FRITH, E. **Inpatient provision for children and young people with mental health problems**. Londres: Education Policy Institute, 2017. 33p. Disponível em: https://epi.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/EPI_Inpatient-care_mental-health.pdf. Acesso em: 01 de junho de 2021.

GENG, F.; JIANG, F.; RAKOFSKY, J. *et al.* Psychiatric inpatient beds for youths in China: data from a nation-wide survey. **BMC Psychiatry**, v.20, n.1, p.398, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02802-x>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

HAZELL, P.; SPRAGUE, T.; SHARPE, J. Psychiatric hospital treatment of children and adolescents in New South Wales, Australia: 12-year trends. **BJPsych Open**, v.2, n.1, p.1-5, 2016. Disponível em: doi:10.1192/bjpo.bp.1 15.000794. Acesso em: 01 de junho de 2021.

HEE - Health Education England. **Children and young people's mental health services workforce report**. Inglaterra: NHS England, 2019. Disponível em: <https://www.hee.nhs.uk/news-blogs-events/news/children-young-people%E2%80%99s-mental-health-services-workforce-report-published-today>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

HFMA - Healthcare Financial Management Association. **Sustainability and transformation partnerships**. Developing robust governance arrangements. HFMA Briefing, 2017. 11p. Disponível em: <https://www.hfma.org.uk/docs/default-source/publications/Briefings/stp-paper-for-publication.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

HOFFMANN, M. C.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por centros de atenção psicossocial infanto-juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.3, p.633-642, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18327451/>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNS 2019. **IBGE Pesquisa nacional de saúde 2019**. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tabelas 2018**. Projeções da população do Brasil e unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060. [s.d.]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

KIM, W. J.; AACAP - The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Task Force on Workforce Needs. Child and adolescent psychiatry workforce: a critical shortage and national challenge. **Academic Psychiatry**, v.27, p.277-282,

2003. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1176/appi.ap.27.4.277#citeas>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

LARA A.P.M.; VOLPE F.M. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. **Cienc Saude Colet.** 2019;24(2):659-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.14652017> . Acesso em: 04 de abril de 2022.

LAWRENCE, D.; JOHNSON, S.; HAFEKOST, J.; *et al.* **The mental health of children and adolescents.** Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. Canberra: Department of Health, 2015. 236p. Disponível em: <https://www.health.gov.au/resources/publications/the-mental-health-of-children-and-adolescents>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

LEMPINEN, L.; LUNTAMO, T.; SOURANDER, A. Changes in mental health service use among 8-year-old children: a 24-year time-trend study. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v.28, n.4, p.521-530, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30220075/>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

LOPES, C. S.; ABREU, G. A.; SANTOS, D. F. *et al.* ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v.50,supl.1, 14s, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000200308&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 16 de agosto de 2020.

MERIKANGAS, K. R.; HE, J. P.; BURSTEIN, M. *et al.* Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.50, n.1, p.32-45, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4408275/pdf/nihms-257236.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

MINAS GERAIS. **Portaria SAS/MS nº224**, de 29 de janeiro de 1992. O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto Nº 99244 de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4 da Portaria 189/91, acatando Exposição de Motivos (17/12/91), Coordenação à Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em: 01 de junho de 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf. Acesso em: 27 de junho de 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Marta Elizabeth de Souza (coord.). Belo Horizonte, 2006. 238 p.

NHS - National Health Service England. **The five year forward view for mental health: one year on**. Inglaterra: NHS England, 2017. 32p. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/fyfv-mh-one-year-on.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

NHS - National Health Service England. **Children and young people**. [s.d.]. [online]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/cyp/>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

NHS - National Health Service England. **Mental health services monthly statistics - number of children and young people accessing NHS funded community mental health services in England, April 2018 to March 2019**. Inglaterra: NHS England, 2019. Disponível em: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-services-monthly-statistics/number-of-children-and-young-people-accessing-nhs-funded-community-mental-health-services-in-england-april-2018-to-march-2019-experimental-statistics>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

NHS - National Health Service England. **CAMHS tiers**. 2021. Disponível em: <https://www.hpftcamhs.nhs.uk/coming-to-camhs-what-to-expect/our-hpft-camhs-services/camhs-tiers/>. Acesso em: 14 de junho de 2021.

NMHDU - National Mental Health Development Unit. **Working together to provide age-appropriate environments and services for mental health patients aged under 18**. A briefing for commissioners of adult mental health services and child and adolescent mental health services, 2009. Disponível em: <http://www.chimat.org.uk/resource/item.aspx?RID=71881>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

O'HERLIHY, A.; LELLIOT, P.; BANNISTER, D. *et al*. Increased inequity in provision of child and adolescent mental health inpatient services in England between 1999 and 2006. **Psychiatric Bulletin**, v.31, p.454–456, 2007.

O'HERLIHY, A.; WORRALL, A.; BANERJEE, S. *et al*. **National inpatient child and adolescent psychiatry study (NICAPS)**. Londres: Department of Health and Royal College of Psychiatrists Research Unit, 2001. 102p. Disponível em: https://www.academia.edu/13227636/National_In_Patient_Child_and_Adolescent_Psychiatry_Study_NICAPS_. Acesso em: 01 de junho de 2021.

OECD - The Organization for Economic Co-operation and Development. **Health at a glance 2015**: OECD Indicators, Paris: OECD Publishing, 2015. 220p. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-en.pdf?expires=1634156611&id=id&accname=guest&checksum=A0F0B30C5475F35BA7D2042C65131FD2. Acesso em: 01 de junho de 2021.

OECD - The Organization for Economic Co-operation and Development. **Health at a glance 2017**: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2019. 243p. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en. Acesso em: 01 de junho de 2021.

OLASHORE, A. A.; FRANK-HATITCHKI, B.; OGUNWOBI, O. Diagnostic profiles and predictors of treatment outcome among children and adolescents attending a national psychiatric hospital in Botswana. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v.11, n.8, p.1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0144-9>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

PAULA, C. S.; BORDIN, I. A.; MARI, J. J. *et al.* The mental health care gap among children and adolescents: data from an epidemiological survey from four Brazilian regions. **PLoS One**, v.9, n.2, p.e88241, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088241>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

PAULA, C. S.; COUTINHO, E. S.; MARI, J. J. *et al.* Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.37, n.2, p.178-179, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015000200178&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 de agosto de 2020.

PEROU, R.; BITSKO, R. H.; BLUMBERG, S. J. *et al.* Mental health surveillance among children — United States, 2005–2011. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.62, n.02, p.1-35, 2013. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6202a1.htm?s_cid=su6202a1_w. Acesso em: 01 de junho de 2021.

PHS - Public Health Scotland. **Child and adolescent mental health services in Scotland**: waiting times quarter ending 31 December 2019. Escócia, 2019. Disponível em: <https://www.isdscotland.org/Publications/index.asp>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

PICCHIAI, D. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais**. Pesquisa acadêmica - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, 2009. 267p. Disponível em: [https:// pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/publicacoes/RELAT_ORIO1_05_11_2009%20_2_.pdf](https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/publicacoes/RELAT_ORIO1_05_11_2009%20_2_.pdf). Acesso em: 01 de junho de 2021.

POLANCZYK, G. V.; SALUM, G. A.; SUGAYA, L. S. *et al.* Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **J. Child Psychol. Psychiatry**, v.56, n.3, p.345-365, 2015.

POUDEL, R.; SHAH, S.; GUPTA, U. Child and adolescent patients attending psychiatric out-patient department. **Journal of Psychiatrists Association of Nepal**, v.6, n.2, p.36-41, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/328967752_Child_and_Adolescent_Patients_attending_Psychiatric_Out-Patient_Department. Acesso em: 01 de junho de 2021.

RAMYA, C.; PAVAN KUMAR, K.; KARTHIK, S. Psychiatric morbidity in children attending child guidance clinic in a tertiary care teaching hospital. **International Journal of Contemporary Pediatrics**, v.7, n.6, p.1313-1318, 2020. Disponível em: <https://www.ijpediatrics.com/index.php/ijcp/article/view/3366>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

RANZCP - Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists. Commonwealth of Australia. **The mental health of children and adolescents**. Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing. Canberra, 2015. Disponível em: <https://www.ranzcp.org/files/resources/reports/fcap-workforce-discussion-paper-board-approved-may.aspx> //. Acesso em: 27 de junho de 2021.

RANZCP - Royal Australian and a New Zealand College of Psychiatrists. Discussion Paper prepared by the Faculty of Child and Adolescent Psychiatry. **Child and adolescent psychiatry: meeting future workforce needs**. June 2019. Disponível em: <https://www.ranzcp.org/files/resources/reports/fcap-workforce-discussion-paper-board-approved-may.aspx>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

RCP - Royal College of Psychiatrists. **Building and sustaining specialist CAMHS: workforce, capacity and functions of tiers 2, 3 and 4 specialist CAMHS services across England, Ireland, Northern Ireland, Scotland and Wales**. London: Royal College of Psychiatrists. 2005.

RCP - Royal College of Psychiatrists. **Building and sustaining specialist CAMHS to improve outcomes for children and young people update of guidance on workforce, capacity and functions of CAMHS in the UK**. College Report CR182. London: Royal College of Psychiatrists. 2013. 80p. Disponível em: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr182.pdf?sfvrsn=8662b58f_2. Acesso em: 01 de junho de 2021.

RCP - Royal College of Psychiatrists. **Pre-report summary of the 2019 census**. London: Royal College of Psychiatrists, 2019. Disponível em: [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/news-and-features/media-centre/pre-report-census-summary-\(2019\)-final-mt2.pdf](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/news-and-features/media-centre/pre-report-census-summary-(2019)-final-mt2.pdf). Acesso em: 01 de junho de 2021.

RCP - Royal College of Psychiatrists. **Guidance for the staffing of child and adolescent inpatient units**. Clinical Report 62. London: Royal College of Psychiatrists, 1999.

REY J.M.; ASSUMPÇÃO F.B.; BERNAD C.A. *et. al.* History of child and adolescent psychiatry. **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health**. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015. Disponível em: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/49c28ec074bbeffc0ea48df2deea1c6fc1de0a60/J.10-History-Child-Psychiatry-update-2018.pdf. Acesso em: 27 de junho de 2021.

REIS, L. N.; SIMPLICIO, J. C. R.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. *et al.* Probabilidades de internação psiquiátrica de pacientes de um ambulatório de saúde mental. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas** (Ed. port.), v.11, n.2, p.61-69, 2015 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000200002&lng=pt&nrm=iso. acessos em 21 set. 2021.

SADLER, K.; VIZARD, T.; FORD, T. *et al.* **Mental health of children and young people in England, 2017: trends and characteristics.** 2018. 145p. Disponível em: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/2017/2017>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **Behavioral health, United States, 2012.** HHS Publication No. (SMA) 13-4797; Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013. 416p. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174670/pdf/Bookshelf_NBK174670.pdf. Acesso em: 01 de junho de 2021.

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration; N-MHSS - National Mental Health Services Survey. **Data on mental health treatment facilities, 2019.** Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; GUERRA, A. *et al.*, **Demografia médica no Brasil 2020.** São Paulo: FMUSP, CFM, 2020. 312p. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em: 01 de junho de 2021.

SCIVOLETTO, S.; FONDELLO, M. A.; OTOCH, L. N.; *et al.* Child and adolescent psychiatry training in Brazil, Argentina, Uruguay and Chile: current panorama and future challenges. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v.29, n.1, p.71-81, 2020. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/35512>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

SHAFFER, D.; FISHER, P.; DULCAN, M. K. *et al.* The NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders study. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry's**, v.35, n.7, p.865-877, 1996.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; GUILLOUX, A. G. A. *et al.* **Demografia médica no Brasil.** São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SIGNORINI, G.; SINGH, S. P.; BORICEVIC-MARSANIC, V. *et al.* Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. **The Lancet Psychiatry**, v.4, n.9, p.715-724, 2017. Disponível em: doi: 10.1016/S2215-0366(17)30127-X. Acesso em: 01 de junho de 2021.

VIZARD, T.; SADLER, K.; FORD, T. *et al.* **Mental health of children and young people in England, 2020.** 2020. 196p. Disponível em: https://files.digital.nhs.uk/AF/AECD6B/mhcyp_2020_rep_v2.pdf. Acesso em: 01 de junho de 2021.

WELLS, R. H. C.; BAY-NIELSEN, H.; BRAUN, R.; *et al.* **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** [S.l.: s.n.], São Paulo: EDUSP. 2011.

WHO - World Health Organization. **AIMS report on mental health system in Brazil.** Brasília: WHO and Ministry of Health, 2007. 51p. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf?ua=1#:~:te

xt=EXECUTIVE%20SUMMARY-,The%20World%20Health%20Organization%20Assessment%20Instrument%20for%20Mental%20Health%20Systems,baseline%20for%20monitoring%20the%20change. Acesso em: 01 de junho de 2021.

WHO - World Health Organization. Mental health atlas, 2017. Geneva: World Health Organization; 2018. 68p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514019>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

WHO - World Health Organization. Mental Health Policy And Service Guidance Package. **Mental health policies and programmes in the workplace**. Geneva, 2005. 96p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43337/9241546794_eng.pdf. Acesso em: 27 de junho de 2021.

WHO - World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package. **Child and adolescent mental health policies and plans**. Geneva, 2005. 85p. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf. Acesso em: 27 de junho de 2021.

WHO - World Health Organization. mhGAP: Mental Health Action Programme. **Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders**. Geneva: World Health Organization; 2008. 36p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43809>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

WHO - World Health Organization. **The WHO special initiative for mental health (2019-2023)**: universal health coverage for mental health. Geneva, 2019. 7p. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

ANEXO A - Tabela de Macrorregiões, Microrregiões e População

Macrorregião/Microrregião/Polo/Município	População Estimada IBGE/TCU 2019)
CENTRO: Polo Macro e Polo Estadual: BELO HORIZONTE Polo Macro Complementar: SETE LAGOAS/ITABIRA Polo Macro Complementar de Apoio: BETIM/CONTAGEM	6.636.634
Polo Estadual:BELO HORIZONTE - CENTRO SUL (BARBACENA)	790.973
Polo Estadual: BELO HORIZONTE - JEQUITINHONHA (DIAMANTINA)	407.645
Polo Estadual: BELO HORIZONTE - LESTE (GOVERNADOR VALADARES)	691.136
Polo Estadual: BELO HORIZONTE - LESTE DO SUL - Polo Macro: PONTE NOVA Polo Macro Complementar: MANHUAÇU	695.672
Polo Estadual: BELO HORIZONTE - NORDESTE (TEÓFILO OTONI)	83.3701
Polo Estadual: BELO HORIZONTE - NOROESTE (PATOS DE MINAS)	705.938
Polo Estadual: BELO HORIZONTE - NORTE (MONTES CLAROS)	1.684.710
Polo Estadual: BELO HORIZONTE - OESTE (DIVINOPOLIS)	1.292.038
Polo Estadual: BELO HORIZONTE - SUDESTE (JUIZ DE FORA)	1.677.090
Polo Estadual: BELO HORIZONTE- SUL - Polos Macros: ALFENAS/ PASSOS / POUSO ALEGRE/ POÇOS DE CALDAS / VARGINHA)	2.812.944
Polo Estadual: BELO HORIZONTE - TRIÂNGULO DO NORTE (UBERLÂNDIA)	1.305.961
Polo Estadual:BELO HORIZONTE - TRIÂNGULO DO SUL (UBERABA)	790.206
Polo Estadual: BELO HORIZONTE - VALE DO AÇO - (IPATINGA)	844.143

Fonte: https://saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf

ANEXO B - Formulário RAAS

Ministério da Saúde		SUS		RAAS		Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde		Formulário de Registro de Atenção Domiciliar		pg 1/2			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE										CNES			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE													
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS													
Nº DO PRONTUÁRIO		NOME DO PACIENTE											
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						SEXO		DATA DE NASCIMENTO		NACIONALIDADE			
RAÇA/COR		ETNIA INDÍGENA		NOME DA MÃE									
NOME DO RESPONSÁVEL						MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				UF			
CÓD. IBGE MUNICÍPIO		CEP DE RESIDÊNCIA		ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)									
COMPLEMENTO		DDD		TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE		DDD		TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE					
DADOS DO ATENDIMENTO													
DATA DE ADMISSÃO		MÊS ATENDIMENTO		ORIGEM DO PACIENTE									
				<input type="checkbox"/> Serviço de Urgência		<input type="checkbox"/> Atenção Básica		<input type="checkbox"/> Internação Hospitalar		<input type="checkbox"/> Centro Oncológico		<input type="checkbox"/> Outros	
CID10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL											
CID10 CAUSAS ASS.		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS											
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		CNES									
DESTINO DO PACIENTE										DATA DE CONCLUSÃO			
<input type="checkbox"/> Permanência		<input type="checkbox"/> Alta Clínica		<input type="checkbox"/> Encaminhamento AD1		<input type="checkbox"/> Alta Administrativa		<input type="checkbox"/> Admissão na Urgência		<input type="checkbox"/> Internação Hospitalar		<input type="checkbox"/> Óbito	
AÇÕES REALIZADAS													
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE		DATA (DDMM)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE							
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE		DATA (DDMM)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE							
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE		DATA (DDMM)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE							
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE		DATA (DDMM)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE							
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE		DATA (DDMM)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE							
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE		DATA (DDMM)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE							
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE		DATA (DDMM)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE							

ANEXO C – Artigo

ANAIIS DO FÓRUM CIENTÍFICO – FHEMIG • SEÇÃO DE ARTIGO • Belo Horizonte, MG • NOV 2021 •
DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i4.7286> p. 1-13

A DISPARIDADE ENTRE A DEMANDA E A OFERTA DE PSQUIATRAS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA EM MINAS GERAIS

THE DISPARITY BETWEEN THE DEMAND AND SUPPLY OF CHILDHOOD AND ADOLESCENT PSYCHIATRISTS IN MINAS GERAIS

LA DISPARIDAD ENTRE DEMANDA Y OFERTA DE PSQUIATRAS DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN MINAS GERAIS

Amanda Zanon Resende

Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, Belo Horizonte, MG, Brasil

Fernando Madalena Volpe

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais; Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve o objetivo de avaliar a oferta e a demanda de Psiquiatras da Infância e Adolescência no Estado de Minas Gerais, considerando a população alvo e o território. **Método:** Os dados foram obtidos em bases de domínio público do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil e do Conselho Federal de Medicina. **Fundamentação teórica:** As crianças e adolescentes representam 23% da população brasileira, e, dentre eles, até 20% sofrem de algum transtorno mental. A clínica psiquiátrica na infância e adolescência é singular e impacta diretamente no desenvolvimento da criança, na família e na sociedade. **Resultados:** O número de psiquiatras especializados em exercício em Minas Gerais está aquém do estipulado pela Organização Mundial de Saúde. Os serviços de saúde mental, as vagas de residência médica e a distribuição geográfica dos profissionais também deixam a desejar. **Conclusões/Contribuições:** Investimentos na formação, na rede de saúde, na construção de políticas públicas e de indicadores urgem objetivando melhorias na assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Psiquiatria da infância e adolescência. Saúde mental. Assistência secundária de saúde.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to assess the supply and demand of Child and Adolescent Psychiatrists in the State of Minas Gerais, considering the target population and territory. **Method:** Data were obtained from public domain databases of the Informatics Department of the Brazilian Unified Health System and the Federal Council of Medicine. **Theoretical foundation:** Children and adolescents represent 23% of the Brazilian population, and among them, up to 20% suffer from some mental disorder. The psychiatric clinic in childhood and adolescence is unique and directly impacts the development of children, families and society. **Results:** The number of psychiatrists specialized in exercise in Minas Gerais is below that stipulated by the World Health Organization. Mental health services, medical residency vacancies and the geographic distribution of professionals are also lacking. **Conclusions/Contributions:** Investments in training, in the health network, in the construction of public policies and indicators are urgently needed to improve care.

KEYWORDS: Child and adolescent psychiatry. Mental health. Secondary health care.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo evaluar la oferta y demanda de Psiquiatras Infancia y Adolescencia en el Estado de Minas Gerais, considerando la población-objetivo y el territorio. **Método:** Los datos se obtuvieron de las bases de datos de dominio público del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud de Brasil y del Consejo Federal de Medicina. **Fundamento teórico:** Los niños y adolescentes representan el 23% de la población brasileña y, entre ellos, hasta el 20% se presenta con algún trastorno mental. La clínica psiquiátrica en la infancia y la adolescencia es única e impacta directamente en el desarrollo de los niños, en las familias y en la sociedad. **Resultados:** El número de psiquiatras especializados en ejercicio en Minas Gerais es inferior a lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud. También faltan los servicios de salud mental y las vacantes de residencia médica, bien como la distribución geográfica de los profesionales es desigual. **Conclusiones / Aportes:** Se necesitan urgentemente inversiones en capacitación, en la red de salud, en la construcción de políticas públicas e en indicadores para mejorar la atención.

PALABRAS-CLAVE: Psiquiatria del niño y del adolescente. Salud mental. Atención médica secundaria.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais que acometem crianças e adolescentes representam um grave problema de saúde pública devido à sua prevalência e ao impacto gerado no desenvolvimento da criança, na família e na comunidade. Há evidências crescentes de que as intervenções de prevenção e tratamento precoce são

custo-efetivas (HECKMAN, 2008). A sua epidemiologia é variável dependendo principalmente da região e de condições socioeconômicas. Cerca de 50% de todos os transtornos mentais são desencadeados antes dos 14 anos de idade (WHO, 2005). Os pacientes com quadros graves têm uma expectativa de vida de 20 anos a menos que a média da população (OECD, 2015).

A psiquiatria da infância e adolescência é uma especialidade relativamente nova, que tem ganhado força desde a década de 1970. O psiquiatra da infância e adolescência (PIA) acompanha o paciente e seus cuidadores, assim como media a relação entre eles. É primordial conhecer os marcos do desenvolvimento físico e mental da criança, as etapas e os processos da educação, a construção das relações sociais e as articulações com a assistência social e a segurança pública, que não estão diretamente relacionados à saúde, mas têm impacto importante na mesma.

A clínica psiquiátrica na infância e adolescência é singular e exige formação específica. A mão de obra especializada é escassa, assim como a rede de saúde mental que assiste a essa população. Aumentar a cobertura da assistência garantindo a suficiência dos recursos humanos é um desafio para o Estado de Minas Gerais (MG), assim como é para o país. Não há, até o presente momento, um levantamento da disponibilidade de psiquiatras da infância e adolescência em MG, assim como a demanda dos serviços e da população.

Este estudo tem o objetivo de avaliar a oferta e a demanda de psiquiatras da infância e adolescência em MG, considerando a população alvo e o território. Para tal, se faz necessário conhecer as redes de atendimento pública e privada, além da formação e disponibilidade destes profissionais.

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2005), existem três razões vitais para o desenvolvimento de intervenções eficazes para crianças e adolescentes: (a) os transtornos mentais específicos ocorrem em certos estágios do desenvolvimento da criança e do adolescente, sendo assim, os programas de triagem e intervenção devem ser direcionados; (b) uma vez que existe um alto grau de continuidade entre os transtornos na infância e adolescência e aqueles na idade adulta, a intervenção precoce pode prevenir ou reduzir a probabilidade de comprometimento em longo prazo; e (c) intervenções eficazes reduzem os desfechos negativos dos transtornos mentais sobre o indivíduo e a família, e reduzem os custos para o sistema de saúde e as comunidades. Além dos portadores de transtorno mental, muitos mais apresentam sintomas que não atendem aos critérios diagnósticos e que se beneficiariam com as intervenções.

Foi publicada uma metanálise em 2015 na qual foram incluídos 41 estudos conduzidos em 27 países de todas as regiões do mundo (POLANCZYK *et al.*, 2015). A prevalência combinada de transtornos mentais foi de 13,4%. Quanto aos transtornos específicos, a prevalência foi de 6,5% de transtorno de ansiedade, 2,6% de transtorno depressivo, 3,4% de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e 5,7% de transtorno disruptivo. Não foi possível investigar as taxas individuais de Transtorno do Espectro Autista (TEA), suicídio, uso de substâncias e transtornos alimentares. Estima-se que 13% a 20% das crianças dos Estados Unidos da América (EUA) têm um transtorno mental e destes, 20% recebem atendimento especializado (CDC, 2013).

A Psiquiatria da Infância e Adolescência é considerada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) uma área de atuação da Psiquiatria. Para obter o título, é necessário se formar na Faculdade de Medicina, cursar três anos de Residência Médica em Psiquiatria Geral e, por fim, um ano adicional de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Segundo dados do Ministério da Educação (MEC), em 2014, existiam 21 programas de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Brasil e apenas um em MG. No ano de 2019 totalizavam 23 programas e 68 vagas, sendo três deles em MG e com oferta de oito vagas (duas vagas no Hospital das Clínicas de MG e seis vagas no Centro Psíquico da Adolescência e Infância –

CEPAI/FHEMIG). O programa da Universidade Federal de Juiz de Fora ofertou uma vaga até o ano de 2018 (BRASIL, 2015; BRASIL, s.d.).

A OMS recomenda 3,3 PIA trabalhando em período integral para cada 100.000 crianças e adolescentes (WHO, 2005). O Reino Unido sugere que haja 3,6 a 4,8 PIA trabalhando em tempo integral no serviço por 100.000 crianças e adolescentes, e não estão incluídos pacientes com doenças mentais graves e / ou complexas (RCP, 2013). Já nos EUA, considera-se necessário o quantitativo de 12,0 PIA por 100.000 habitantes, para atendimento integral dos pacientes (AACAP, 2015).

A comparação entre os dados referentes ao número de psiquiatras da infância e adolescência é dificultada pela falta de padronização. Há divergências na construção do indicador, como por exemplo, a faixa etária da população alvo e o número de horas de trabalho do profissional. Algumas referências usam o número de PIA por 100.000 pessoas, outros por 100.000 crianças e adolescentes.

Uma força-tarefa dos psiquiatras da infância e adolescência brasileiros estimou que, em 2008, havia um PIA para 621.504 crianças e adolescentes no país (MORAES *et al.*, 2008). Aproximadamente 20% das crianças com transtornos mentais obtêm acesso a cuidados adequados (AMARAL, 2020). Segundo o Atlas de Saúde Mental, a mediana global de trabalhadores de saúde mental é nove por 100.000 habitantes. Considerando todos os níveis de renda *per capita*, há 0,01 psiquiatras infantis por 100.000 habitantes. O Brasil se encontra no grupo de renda médio-alta e a proporção é de 0,09 por 100.000. Nos países de alta renda o número de psiquiatras infantis é de 1,19 por 100.000. Ainda segundo o documento, 88% da força de trabalho está alocada no setor de saúde dos governos (WHO, 2018).

Em 2003 havia cerca de 6.300 psiquiatras da infância e adolescência nos EUA. Mesmo com a tendência de aumento na procura de atendimentos, a oferta de profissionais não tem acompanhado a demanda. Este fato se deve a fragilidades nas instituições acadêmicas e de pós-graduação, além da má distribuição dos profissionais, sobretudo nas áreas rurais e de maior vulnerabilidade (KIM, 2003). O levantamento mais recente ocorreu em 2018, sendo conduzido e publicado pela Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AAACP). O estudo avaliou a taxa de PIA por 100.000 pessoas de 0-17 anos, por estado. Segundo o estudo, existiam 8.300 PIA nos EUA, sendo que a proporção variava por estado e a mediana era de 11 PIA por 100.000 crianças no país (AACAP, 2018).

O número estimado de PIA é de 1,6 por 100.000 habitantes na Austrália e 1,0 por 100.000 habitantes na Nova Zelândia. Segundo o Colégio de Psiquiatras e a Faculdade de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Austrália e da Nova Zelândia, em um período de 12 meses, 22% das crianças com um transtorno grave havia consultado com um psiquiatra, enquanto a sugestão é que pelo menos 70% o faça, mesmo que seus cuidados possam ser gerenciados por outros profissionais de saúde mental (RANZCP, 2015; 2019). Na Europa e Ásia, a proporção de PIA por 100.000 indivíduos na população com idade <14 anos varia de 0,01 (Nepal) a 48,30 (Suíça). O número de PIA aumentou conforme o aumento do Índice de Desenvolvimento Humano nos países da Europa, enquanto na Ásia não há um padrão. Tal achado ratifica a demanda reprimida de PIA em diversos países no mundo (CHUDAL *et al.*, 2017).

O serviço especializado no atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil é o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi). Os CAPS cumprem a função de atendimento público, acolhendo prioritariamente os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes e respeitando a lógica territorial. São serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam em estrutura física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. O regime de tratamento dos pacientes é definido em função do quadro clínico, sendo eles: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O serviço pode ser implantado em municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

A Portaria Nº 336, publicada em fevereiro de 2002 definiu, no Art. 4º, item 4.I.2, os recursos humanos necessários para a implantação e funcionamento do CAPSi:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPSi II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:
a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

- b - 01 (um) enfermeiro.
- c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002, *on-line*).

A maneira como a rede complementar (privada) de saúde se organiza para o atendimento deste público não é clara. Atualmente no Estado de Minas Gerais não existe pronto-atendimento psiquiátrico destinado à infância e adolescência, assim como não há leitos exclusivos. Há um número escasso de médicos especialistas credenciados nos convênios.

O número médio global de consultas ambulatoriais de saúde mental da infância e adolescência é de 164 por 100.000 habitantes. Em países de alta renda o número de visitas é maior, chegando a 1.609 por 100.000 habitantes, enquanto nos países de baixa renda são 11 visitas por 100.000 habitantes (WHO, 2018). Um levantamento feito em 2007 constatou que do total de atendimentos prestados em saúde mental no Brasil, a porcentagem destinada a crianças e adolescentes foi de: 1% em hospitais psiquiátricos, 2% em serviços residenciais terapêuticos, 5% em unidades de internação e 4% em permanência dia. O número de crianças e adolescentes assistidos é baixo em todos os tipos de instalações e os dados referentes ao atendimento ambulatorial não estavam disponíveis (WHO, 2007). No modelo de registro vigente, o Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde (atenção psicossocial), é possível levantar o número de atendimentos por serviço, mas não por profissional.

Em muitos países, os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes são considerados um subconjunto dos serviços gerais de saúde mental ou infantil, ou uma extensão destes. A maior parte do financiamento é dedicada às políticas destinadas a adultos, dificultando assim a construção de uma rede adequada ao atendimento deste público (WHO, 2005).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo no qual os dados foram obtidos em bases de domínio público, sendo elas o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-DATASUS), as Informações em Saúde (TABNET) e o CFM. O período da pesquisa foi definido levando-se em consideração a instituição do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) pela Portaria n° 276, de 30 de março de 2012 (BRASIL, 2012). Foram selecionados os dados disponibilizados desde o ano de 2013 até 2019, referentes ao RAAS (Sistema de Informação Ambulatorial), CNES e do Sistema de Informação Hospitalar. A coleta foi realizada no período compreendido entre os meses de outubro de 2019 a março de 2020. O quantitativo de psiquiatras da infância e adolescência registrados no CFM foi atualizado em fevereiro de 2021.

No CNES, foram consultados os estabelecimentos localizados em Minas Gerais, com os descritores: “CAPS infante juvenil”, “CAPS infantojuvenil”, “CAPS infantil” e “CAPSi”. No ano corrente, existem 42 serviços em funcionamento. É possível consultar os dados do estabelecimento, e assim, o tipo de estabelecimento, a habilitação, a atividade e os profissionais que nele atuam.

O CFM disponibiliza uma ferramenta para consulta dos médicos inscritos com os respectivos registros em especialidades e áreas de atuação. A Psiquiatria da Infância e Adolescência é considerada uma área de atuação pelo órgão, sendo exigida formação anterior em psiquiatria. Não é possível a consulta de registros por ano de inscrição e município de atuação do médico. O levantamento do número de vagas de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência foi feito em buscas pelos editais de processos seletivos.

A população foi obtida através da estimativa do [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística](#) (IBGE), nomeada como: “Projeção da população por sexo e idades simples, em 1° de julho - 2010/2060” (IBGE, 2018). Quanto à população total das macrorregiões do Estado de Minas Gerais usou-se o dado

disponível no Plano Diretor de Regionalização (PDR), publicado em 2020 (MINAS GERAIS, 2020). Ao buscar a informação referente à população residente por município e faixa etária detalhada, obteve-se resposta referente ao ano 2012, não sendo possível acessar as estimativas para os anos seguintes. O dado foi solicitado ao IBGE, porém, não está disponível. Diante disso, calculou-se a porcentagem da população entre as idades de 0 a 17 anos na estimativa do IBGE (23,18%) referente ao ano de 2018, e em seguida, aplicou-a à população das macrorregiões.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para fins de discussão da assistência psiquiátrica prestada no Estado de Minas Gerais, considerou-se principalmente a rede pública de saúde mental na infância e adolescência. Não foi possível levantar informações referentes ao sistema privado de saúde, tanto em convênios quanto em consultórios médicos, por indisponibilidade de dados e de uma rede de assistência.

Atualmente existem 613 PIA com o registro ativo no Brasil e um total de 94 em Minas Gerais (CFM, s.d.). Este número equivale a 1,92 PIA para cada 100.000 crianças e adolescentes no Estado e 1,14 PIA por 100.000 no país. Em relação aos profissionais inseridos nos serviços públicos de MG, a taxa é de 0,53 por 100.000.

Considerando a recomendação da OMS de 3,33 PIA por 100.000 crianças e adolescentes, Minas Gerais apresenta um déficit de 1,41 PIA /100.000, o equivalente a 69 profissionais. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde publicada em 2020 (IBGE, 2020), 71,5% dos brasileiros usam exclusivamente o Sistema Único de Saúde. Através deste dado, estima-se que seriam necessários pelo menos mais 89 PIA trabalhando nos CAPSi. Estes números são agravados pelo fato de que a OMS se refere a profissionais em dedicação exclusiva, o que não é o caso do estado (WHO, 2005). Países como o Reino Unido e os EUA fazem recomendações semelhantes à citada acima (AACAP, 2015; RCP, 2013). A proporção de PIA/100.000 em Minas Gerais é 5,7 vezes menor que a mediana dos EUA, e ainda assim, maior que a de alguns países da Europa, Austrália e Nova Zelândia (AACAP, 2018; CHUDAL *et al.*, 2017; LAWRENCE *et al.*, 2015; RANZCP, 2015).

A AACAP divide as taxas de PIA por 100.000 crianças em três faixas: suprimento suficiente (mais de 47 PIA / 100.000); escassez alta (18 a 46 PIA/ 100.000) e escassez severa (1 a 17 PIA/100.00). Segundo essa classificação, 81% dos Estados americanos encontram-se em situação de escassez severa, a qual também se apresenta em Minas Gerais (AACAP, 2018).

Os transtornos mentais severos ou pacientes com comprometimento funcional extremo representam 5% a 15% do total de casos em crianças e adolescentes (CMHS, 1997; LAWRENCE *et al.*, 2015; SHAFFER *et al.*, 1996). Transportando para o nosso contexto, entre 32.871 e 98.613 crianças e adolescentes em Minas Gerais têm transtornos mentais severos e necessitam de acompanhamento próximo e regular. Estes números desconsideram os transtornos mentais moderados e alguns pacientes com transtornos mentais leves, porém refratários aos tratamentos iniciais, os quais também necessitam de acompanhamento psiquiátrico. O Brasil não dispõe de tal dado direcionado ao público infantil. Segundo os parâmetros publicados pelo Ministério da Saúde em 2001, 0,9% da população adulta apresenta transtornos psiquiátricos considerados graves (BRASIL, 2001).

Conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) publicado em 2020, o Estado é dividido em 14 regiões ampliadas de saúde e 89 regiões de saúde. O número de microrregiões abrangidas por cada macrorregião varia de três a quatorze. As microrregiões ou regiões de saúde são responsáveis pela atenção básica e a secundária, enquanto as macrorregiões ou regiões ampliadas de saúde são responsáveis pelos níveis de atenção terciária, secundária e básica (MINAS GERAIS, 2020). Os CAPSi integram a atenção secundária, enquanto os CAPS que ofertam serviço de emergência com leitos psiquiátricos constituem a atenção terciária.

Segundo os dados do CNES, existem 42 CAPSi habilitados em MG (Tabela 1). O número total de médicos se manteve nos anos de 2007 e 2013, e dobrou em 2020. Atualmente Minas Gerais possui 97 médicos cadastrados nos CAPSi, divididos entre 12 macrorregiões, sendo que Jequitinhonha e Noroeste não possuem este serviço e, conseqüentemente, médicos cadastrados. O Centro concentra 58 médicos, seguido pelas regiões Norte, Sudeste, Sul e Vale do Aço com cinco médicos em cada. Os médicos especialistas são cadastrados no CNES conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sendo eles: Psiquiatra, Pediatra e Clínico (Tabela 2). A Psiquiatria da Infância e Adolescência é uma área de atuação, portanto, os dados são lançados dentro do conjunto da Psiquiatria.

Tabela 1 - CAPSi habilitados em Minas Gerais por macrorregião e médicos vinculados segundo registro de especialidade no Conselho Federal de Medicina

Macrorregião	Estabelecimento / Cidade	2007		2013		2020	
		Outras Especialidades ¹	PIA ²	Outras Especialidades ¹	PIA ²	Outras Especialidades ¹	PIA ²
Nordeste	CAPSi Teófilo Otoni	0	0	0	0	1	0
Nordeste	CAPSi Jequitinhonha	0	0	0	0	0	0
Nordeste	CAPSi Itaobim	0	0	0	0	0	0
Norte	CAPSi Salinas	0	0	0	0	1	0
						Continua	
Norte	CAPSi Montes Claros	0	0	0	0	0	0
Norte	CAPSi Pirapora	0	0	1	0	0	0
Norte	CAPSi Janáuba	0	0	1	0	1	0
Sul	CAPSi Varginha	0	0	0	0	1	0
Sul	CAPSi Carmo de Minas	0	0	0	0	1	0
Sul	CAPSi São Sebastião do Paraíso	0	0	0	0	2	0
Centro Sul	CAPSi Barbacena	0	0	0	0	1	1
Centro Sul	CAPSi Conselheiro Lafaiete	0	0	0	0	3	0
Triângulo do Norte	CAPSi Uberlândia	1	0	1	1	1	0
Triângulo do Sul	CAPSi Uberaba	1	0	2	0	2	0
Oeste	CAPSi Oliveira	0	0	1	0	1	1
Oeste	CAPSi Campo Belo	0	0	0	0	1	0
Vale Do Aço	CAPSi Inhapim	0	0	0	0	1	0
Vale Do Aço	CAPSi Caratinga	0	0	0	0	1	0
Vale Do Aço	CAPSi Ipatinga	0	0	0	0	1	1
Sudeste	CAPSi Juiz de Fora	2	2	1	0	2	1
Leste do Sul	CAPSi Matipó	0	0	1	0	1	0
Leste do Sul	CAPSi Manhuaçu	0	0	0	0	1	0
Leste	CAPSi Governador Valadares	0	0	0	0	2	1
Sudeste	CAPSi Ervália	0	0	0	0	1	0
Sudeste	CAPSi Carangola	0	0	0	0	0	0
Centro	CAPSi Brumadinho	0	0	0	0	1	0
Centro	CAPSi Ibirité	1	0	0	0	3	0
Centro	CAPSi Santa Luzia	0	0	1	0	1	0
Centro	CAPSi Sete Lagoas	5	2	3	1	1	0
Centro	CAPSi Contagem	0	0	2	1	3	2
Centro	CAPSi Lagoa Santa	0	0	0	0	2	1
Centro	CAPSi Ribeirão das Neves	3	2	2	0	3	3

ANAIIS DO FÓRUM CIENTÍFICO – FHEMIG - 2021

							Conclusão
Centro	CERSAMI Noroeste Belo Horizonte	3	2	0	0	2	0
Centro	CAPSi Betim	4	0	5	2	4	0
Centro	CAPSi Mariana	0	0	0	0	1	1
Centro	CAPSi Itabira	0	0	1	0	2	0
Centro	CAPSi Itabirito	0	0	0	0	3	0
Centro	CAPSi Ouro Preto	5	2	2	2	2	2
Centro	CAPSi Sabará	0	0	1	1	3	1
Centro	CAPSi Vespasiano	0	0	1	1	2	0
Centro	CERSAMI Centro Sul Belo Horizonte	11	3	11	2	15	9
Centro	CERSAMI Nordeste Belo Horizonte	0	0	0	0	3	2

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do CNES.

1: Outras Especialidades: Psiquiatra, Pediatra, Clínico e Neurologista

2: PIA: Psiquiatra da Infância e Adolescência

Tabela 2 - Médicos vinculados aos Capsi no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em 2020, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações

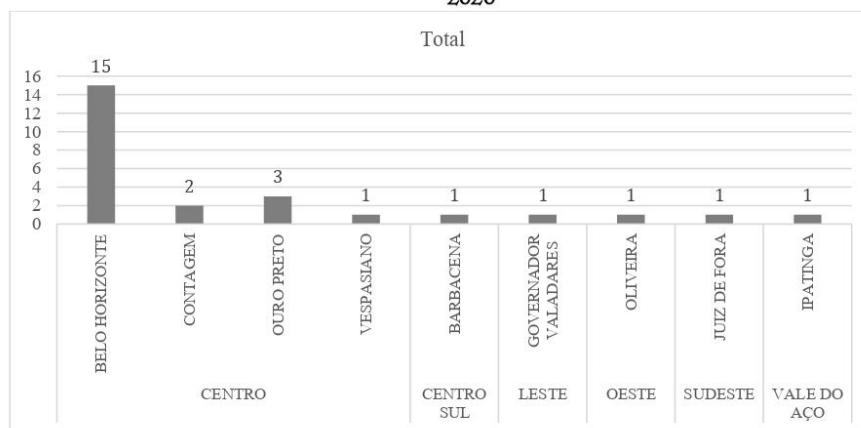
Macrorregiões	Psiquiatra	Clínico	Pediatra
Centro	51	3	4
Centro Sul	4	0	0
Leste	2	0	1
Leste Do Sul	2	1	0
Nordeste	1	0	1
Norte	3	1	1
Oeste	2	0	0
Sudeste	4	1	0
Sul	2	0	0
Sul	2	0	1
Triângulo do Norte	1	1	1
Triângulo do Sul	2	0	0
Vale do Aço	3	1	1
Total Geral	79	8	10

Fonte: Elaborada pelos autores com dados do CNES.

Ao comparar os dados do CNES com o registro de especialidades no CFM, foram notadas divergências. Dentre os 79 médicos cadastrados como “Médico Psiquiatra”, 34 (43%) são psiquiatras, 26 (33%) são psiquiatras da infância e adolescência, um pediatra, um neurologista e 17 (21%) médicos não têm especialidade registrada. Em relação aos pediatras, quatro deles não possuem registro da especialidade.

Os psiquiatras da infância e adolescência estão distribuídos em sete macrorregiões e nove microrregiões, sendo quatro delas pertencentes ao Centro, conforme apresentado no Gráfico 1. A grande maioria dos PIA encontra-se na região Centro (81%), particularmente na microrregião de Belo Horizonte (58%).

Gráfico I - Distribuição dos Psiquiatras da Infância e Adolescência no Estado de Minas Gerais, em 2020



Fonte: Elaborado pelos autores com dados do CNES.

Segundo os parâmetros assistenciais do Ministério da Saúde, inicialmente, considerava-se que um médico psiquiatra poderia realizar três consultas por hora. Já os parâmetros atuais dizem da necessidade de 5,8 psiquiatras por 100.000 habitantes e o número de consultas por hora em Psiquiatria não está especificado (BRASIL, 2001, 2017). Não há registro de profissionais em regime de dedicação exclusiva nos CAPSi de Minas Gerais, dificultando assim a comparação com dados internacionais. A quantidade de horas trabalhadas por médico/semana variou entre 4 e 30. Em um recorte do mês de janeiro nos anos de 2013 e 2020, o quantitativo semanal resultante do trabalho de todos os PIA foi de 224 e 581 horas, respectivamente.

Sob a ótica das horas reais trabalhadas, considera-se descontar 20% do total da semana por taxas de absenteísmo (PICCHIAI, 2009). O tempo restante é dividido entre atendimentos, reuniões e outros serviços administrativos, como por exemplo, emissão de relatórios para fins diversos. Os CAPSi apresentam ainda particularidades como atendimentos de urgência sobrepostos aos atendimentos ambulatoriais e a necessidade de consultas subsequentes no período máximo de 60 dias. O número de consultas / hora determinado para a psiquiatria não parece adequado quando se trata de infância e adolescência, visto que são atendidos o paciente e a família e, inclusive, esse registro de “duplo” atendimento é lançado no RAAS separadamente.

O serviço público de Minas Gerais dispõe de 398 horas reais por semana de trabalho de psiquiatras da infância e adolescência. Supondo que o tempo hábil para a realização de uma consulta nesta especialidade seja 30 minutos, seriam realizadas 3.184 consultas por mês e até 6.368 pacientes poderiam receber um acompanhamento regular. Segundo este cálculo, existem entre 26.503 e 92.245 crianças e adolescentes com transtornos mentais graves que não têm acesso ao atendimento psiquiátrico nos CAPSi, e isto corresponde a uma oferta que atende a, apenas, entre 6,5 e 19,4% da demanda. O tempo dedicado a reuniões e outros serviços administrativos não foi considerado nesta estimativa.

CONCLUSÃO

A clínica psiquiátrica na infância e adolescência é singular e sua prática com excelência depende de formação específica. Os furos na assistência são corroborados pela fragilidade da rede de atendimento, dos investimentos, da indisponibilidade de dados, de programas de formação e de especialistas.

Constatou-se que além da mão de obra escassa de psiquiatria da infância e adolescência, menos de um terço dos profissionais estão vinculados ao serviço público. Os CAPSi também existem em quantidade aquém do necessário, considerando o número de microrregiões com perfil elegível para instalação dos mesmos. Estes serviços prestam atenção secundária e terciária, o que reforça a importância da assistência médica especializada.

Mais de 80% dos PIA encontra-se na macrorregião Centro, onde está localizada a capital do estado. Existem sete macrorregiões e nestas, 80 microrregiões onde não há psiquiatria da infância e adolescência na rede pública. Além do número de profissionais, é preciso considerar a necessidade de atendimentos subsequentes, visto que os transtornos mentais são, em sua maioria, crônicos. Também se deve considerar a importância de acompanhar o desenvolvimento psíquico da criança, com a finalidade de promoção da saúde.

O ritmo de formação de PIA por ano é lento diante da escassez atual e da crescente demanda. Deve-se considerar que Minas Gerais é um dos estados que oferta o maior número de vagas de residência médica, e que grande parte dos profissionais que se formam aqui, não permanecem.

Os dados disponíveis na literatura são pouco objetivos, o que dificulta a discussão da necessidade de consultas/habitante. É sabida a impossibilidade de acompanhamento próximo até mesmo dos pacientes mais graves em diversas regiões do estado. A falta de manejo adequado e das intervenções a tempo tornam os casos mais graves, aumentam a necessidade de hospitalização e consequentemente o custo do tratamento e das consequências sociais e funcionais acarretadas. A construção e o acompanhamento de indicadores são de fundamental importância para a otimização da assistência à saúde mental na infância e adolescência.

REFERÊNCIAS

AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. **AACAP releases workforce maps illustrating severe shortage of child and adolescent psychiatrists**. Washington, DC, April 12, 2018. Disponível em: https://www.aacap.org/AACAP/Press/Press_Releases/2018/Severe_Shortage_of_Child_and_Adolescent_PsychiatristsIllustrated_in_AAACP_Workforce_maps.aspx. Acesso em: 27 de junho de 2021.

AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. **Workforce maps by state**. Washington, DC, 2015.

AMARAL, L. H. Novos arranjos em psiquiatria da infância e adolescência no Brasil do século XXI: a prevenção e o controle de risco em foco. **Política & Sociedade**, v.19, n.46, p.141-174, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/74912/45349> // PAg 4. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residência médica**. Boletim Informativo. Comissão Nacional de Residência Médica. [s.d.]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde**. Brasília, fevereiro 2001. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Sala5406.pdf>. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece ementas à Lei 10.216, de 06/04/01. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 276**, de 30 de março de 2012. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276_30_03_2012.html. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados**. Brasília, 2015. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. // <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Regulação, avaliação e controle de sistemas critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Série Parâmetros SUS.
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention. **Key findings: children's mental health report**. 2013. Disponível em: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/features/kf-childrens-mental-health-report.html>. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. **Busca por médicos**. [s.d.]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/busca-medicos/?nome=&uf=MG&cm=&municipio=&inscricao=&tipoSituacao=A&situacao=&especialidade=58&areaAtuacao=55&pageNumber=1&pageSize=10>. Acesso em: 03/06/2021.
- CHUDAL, R.; SKOKAUSKAS, N.; ANSARI, A.; BRUNSTEIN, K. A.; PORNNOPPADOL, C. *et al.* Overview of child and adolescent psychiatry across countries in the Eurasian Child Mental Health Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v.56, n.10, p.S205-S206, October 2017.
- CMHS - Center for Mental Health Services. Estimation methodology for children with a serious emotional disturbance (SED). *Federal Register*, v.62, n.193, p.52139, October 1997.
- HECKMAN, J. J. **Schools, skills, and synapses**. Working Paper I4064. National Bureau of Economic Research: Cambridge, June 2008. Disponível em: <http://www.nber.org/papers/w14064> I050. Acesso em: 15 de junho de 2021.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabelas 2018. **Projeções da população do Brasil e unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNS 2019. **IBGE Pesquisa nacional de saúde 2019**. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KIM, W. J. Child and adolescent psychiatry workforce: a critical shortage and national challenge. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Task Force on Workforce Needs. *Acad. Psychiatry*, v.27, n.4, p.277-282, Winter 2003.

LAWRENCE, D.; JOHNSON, S.; HAFEKOST, J.; BOTERHOVEN, D. H. K.; SAWYER, M.; AINLEY, J.; ZUBRICK, S. R. **The mental health of children and adolescents**. Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. Canberra: Department of Health, 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. **Plano diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf. Acesso em: 01 de junho de 2021.

MORAES, C.; ABUJADI, C.; CIASCA, S. M.; RIBEIRO, M. V. M. Força-tarefa brasileira de psiquiatras da infância e adolescência. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.30, n.3, p.290-301, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ibp/a/N6vT8p8J9Sx7YrMfz3kX98d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

OECD - The Organisation for Economic Co-operation and Development. **Health at a glance**. OECD Indicators 2015, OECD Health Statistics 2015. Paris, 2015

PICCHIALI, D. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais**. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, 2009.

POLANCZYK, G. V.; SALUM, G. A.; SUGAYA, L. S.; CAYE, A.; ROHDE, L. A. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J. Child Psychol. Psychiatry*, v.56, n.3, p.345-365, 2015.

RANZCP - Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists. Commonwealth of Australia. **The mental health of children and adolescents**. Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing. Canberra, 2015. Disponível em: <https://www.ranzcp.org/files/resources/reports/fcap-workforce-discussion-paper-board-approved-may.aspx> //. Acesso em: 27 de junho de 2021.

RANZCP - Royal Australian and a New Zealand College of Psychiatrists. **Discussion Paper prepared by the Faculty of Child and Adolescent Psychiatry**. Child and adolescent psychiatry: meeting future workforce needs. June 2019. Disponível em: <https://www.ranzcp.org/files/resources/reports/fcap-workforce-discussion-paper-board-approved-may.aspx>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

RCP - Royal College of Psychiatrists. **Building and sustaining specialist CAMHS to improve outcomes for children and young people**: update of guidance on workforce, capacity and functions of CAMHS in the UK. United Kingdom, 2013.

SHAFFER, D.; FISHER, P.; DULCAN, M. K.; DAVIES, M.; PIACENTINI, J.; SCHWAB-STONE, M. E., et al. The NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the*

epidemiology of child and adolescent mental disorders study. *J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry*, v.35, n.7, p.865-877, 1996.

WHO - World Health Organization. **Mental health policies and programmes in the workplace**. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva, 2005. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43337/9241546794_eng.pdf. Acesso em: 27 de junho de 2021.

WHO - World Health Organization. **Child and adolescent mental health policies and plans**. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: World Health Organization, 2005.

WHO - World Health Organization. World Health Organization & Ministry of Health Brazil.

WHO-AIMS Report on mental health system in Brazil. Brasília, 2007.

WHO - World Health Organization. **Mental health atlas 2017**. Geneva: World Health Organization, 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.