



ARTIGO ORIGINAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA NO SUL DO BRASIL NO PERÍODO DE 2004 A 2012**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CHILDREN AND TEENAGERS ATTENDED IN AN PSYCHIATRIC AMBULATORY IN SOUTH BRAZIL BETWEEN 2004 AND 2012**

Ana Paula Goulart¹
Verônica Jordani²
Thiago Mamôru Sakae³
Gislene Rosa Feldman Moretti Sakae⁴
Taisa Fantini Schaefer⁵
Heloisa Fischer Meyer⁶

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de psiquiatria do Instituto Abuchaim. **Métodos:** Estudo transversal, com coleta de dados retrospectiva de prontuários dos pacientes pediátricos e adolescentes atendidos no ambulatório do Instituto Abuchaim, entre janeiro de 2004 e junho de 2012. **Resultados:** A amostra compreendeu (N) 131 questionários válidos. Observou-se que 64,1% eram do sexo masculino, procedentes de Porto Alegre (84,7%), em sua maioria da raça branca (91,5%), de religião católica (80,3%), com idade média de 13 anos. 93,2% moravam com familiares, e em 47,3% das famílias os pais não moravam juntos. A escolaridade em 55% era 1º grau incompleto, sem histórico de reprovações escolares (63,4%). Os motivos de consulta mais frequentes foram dificuldades de relacionamento interpessoal (48,1%) e alterações de comportamento (30,5%). A prevalência de transtorno mental na população estudada foi de 45,8% considerando os pacientes com algum diagnóstico identificado (n = 60). O diagnóstico de maior prevalência foi Transtorno Depressivo (26,7%) e Transtornos Fóbicos e Ansiosos (26,7%). O histórico de uso de drogas foi observado em 26%. Quando referido, os mais frequentes foram maconha (63,2%), álcool (57,9%) e tabaco (15,8%). **Discussão:** Apesar do reconhecimento generalizado da importância da prevenção e promoção da saúde mental de crianças e adolescentes, há uma enorme lacuna entre necessidade e recursos¹ disponíveis. O acesso inadequado para cuidar de criança com doença mental e seus familiares pode ser minimizado com a capacitação de pediatras e clínicos na atenção primária de saúde na detecção, gestão e coordenação de cuidados.

Descritores: Epidemiologia. Prevalência. Transtorno mental. Infância. Adolescência.

ABSTRACT

Objective: To identify the epidemiological profile of children and adolescents in the psychiatric outpatient clinic Abuchaim Institute. **Methods:** Cross-sectional study with retrospective data collection from medical records of pediatric and adolescent patients treated in outpatient Abuchaim

¹ Médica psiquiatra. Professora do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

² Médica psiquiatra do Hospital Geral de Caxias do Sul / RS.

³ Médico anestesiológico, Doutor em Ciências Médicas – UFSC. Mestre em Saúde Pública – UFSC. Professor de Epidemiologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. E-mail: thiagosakae@gmail.com

⁴ Médica cardiologista do Hospital São José – Criciúma.

⁵ Médica especialista em Medicina do Trabalho e Saúde da Família e Medicina Comunitária. Professora do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

⁶ Médica psiquiatra. Psiquiatra da Infância e Adolescência ABP/AMB. Especialista na área de violência doméstica contra crianças e adolescentes (USP).



Institute between January 2004 and June 2012. **Results:** The sample included (N) 131 valid questionnaires. It was observed that 64.1% were male, from Porto Alegre (84.7%), mostly white (91.5%), Catholic (80.3%) with mean age 13 yearsold. 93.2% lived with family members, and in 47.3% the parents did not live together. Schooling was 55% in 1st grade incomplete, no history of school failure (63.4%). The most frequent reasons for consultation were difficulties in interpersonal relationships (48.1%) and behavioral changes (30.5%). The prevalence of mental disorder in the study population was 45.8% where as patients with a diagnosis identified (n = 60). The most prevalent diagnosis was Major Depressive Disorder (26.7%) and Phobic Disorders and Anxious (26.7%). The history of drug using was not observed in 74%. As mentioned, the most common were marijuana (63.2%), alcohol (57.9%) and tobacco (15.8%). **Discussion:** Despite the widespread recognition of the importance of prevention and promotion of mental health of children and adolescents, there is a huge gap between need and available resources¹. Inadequate access to care for children with mental illness and their families can be minimized with the training of pediatricians and clinicians in primary health care in the detection, management and coordination of care.

Keywords: Epidemiology. Prevalence. Mental disorders. Childhood. Adolescence.

INTRODUÇÃO

Estudos sobre epidemiologia dos transtornos mentais têm sido realizados com maior frequência nos últimos anos, permitindo uma maior compreensão da magnitude destes transtornos. Os distúrbios psiquiátricos na infância e adolescência apresentam uma prevalência de aproximadamente 10 a 20% em todo o mundo^{1-13,16}. Kieling et al. em revisão sobre saúde mental na infância encontrou uma prevalência entre 1,8% a 39,4% na literatura mundial.¹ Esta variação pode ser devida a heterogeneidade nas abordagens metodológicas. O contexto cultural também é outro fator relevante a ser considerado que pode influenciar em tal variação^{1,4,9}. No Brasil, essas iniciativas são modestas, resultando em poucos estudos disponíveis, dificultando o dimensionamento dos principais distúrbios mentais na infância e adolescência em nosso meio.^{3,5,8} Mais difícil ainda é a busca de dados referentes às instituições de atendimento privadas. Muitas pesquisas em amostras populacionais e em clínicas em geral tem se concentrado em desordens individuais, tais como hiperatividade, depressão e delinquência, ficando a investigação dos aspectos epidemiológicos da psicopatologia na infância em geral, com menor enfoque².

Números relativos à demanda de hospitais psiquiátricos constituem ainda um indicador disponível da epidemiologia psiquiátrica, embora não sejam dados populacionais. Esses dados permitem principalmente acompanhar as mudanças na morbidade dos hospitais psiquiátricos nas últimas décadas.

Além disso, evidências mostram que uma proporção substancial de problemas de saúde mental em adultos tem origem na infância e que a identificação de fatores positivos e negativos também pode proporcionar intervenções precoces^{1,12,14-16}.



É sabido que crianças e adolescentes constituem uma proporção considerável da população mundial, isto é, um terço ou 2,2 bilhões de indivíduos, e quase 90% vivem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, onde equivalem até 5% da população¹. No Brasil essa população é estimada em 50 milhões³. Os distúrbios neuropsiquiátricos em pacientes jovens são uma das principais causas relacionadas à saúde, contabilizando 15 a 30% de Anos de Vida Perdidos por Incapacidade (Disability Adjusted Life Years –DALYs) durante as três primeiras décadas de vida e também geram incapacidade e desordens futuras que podem perdurar por toda a vida¹.

Embora a mortalidade por transtornos mentais seja baixa, aproximadamente 1%, essas patologias estão associadas a um grande percentual de incapacitação, em torno de 12%, atingindo taxas de até 23% em países desenvolvidos. Dessa forma, o reconhecimento e a identificação de crianças com problemas emocionais e comportamentais têm implicações que refletirão para as próprias crianças e para a comunidade⁴.

Realizar um diagnóstico psiquiátrico adequado na infância é tópico de muito debate. Alguns cientistas argumentam que são necessários critérios diagnósticos mais específicos para esta faixa etária, enquanto outros consentem que os critérios atualmente listados na 4ª edição do texto revisado do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV-TR) da American Psychiatric Association (APA) são suficientes. Na prática clínica, constata-se que a forma como os sintomas se apresentam oscila em função da idade ou, mais especificamente, da etapa do desenvolvimento cerebral e da repercussão desse desenvolvimento sobre a capacidade cognitiva e emocional da criança para perceber e expressar seus sentimentos. Supõe-se que muitas patologias são subdiagnosticadas, o que poderia implicar ajustes nos critérios listados no DSM-IV-TR para contemplar diferentes sintomas nas formas como eles se apresentam nas sucessivas fases do desenvolvimento infantil⁵. A partir disso, poderiam se tornar mais fidedignas as informações relativas aos índices de prevalência de doenças psiquiátricas nessa faixa etária, visto que estudos apontam um crescente aumento destas^{5,17-22}.

O objetivo do presente estudo foi descrever os diagnósticos mais comuns no ambulatório do Instituto Abuchaim, entre janeiro de 2004 e junho de 2012; avaliar o comportamento do número de atendimentos no período 2004-2012 e; fornecer informações para planejamento e aperfeiçoamento do atendimento de crianças e adolescentes no ambulatório descrito.

MÉTODOS

O presente estudo foi delineado em corte transversal, com coleta de dados retrospectiva. Foi realizada uma análise direta dos prontuários dos pacientes pediátricos e adolescentes atendidos ou em atendimento no ambulatório do Instituto Abuchaim, entre janeiro de 2004 e junho de 2012. O período

para a realização do estudo foi definido pela disponibilidade de cadastro de pacientes informatizados na instituição a partir de janeiro de 2004.

Consultando os prontuários foi preenchido um questionário contendo levantamento de dados referentes ao perfil sociodemográfico e diagnóstico psiquiátrico.

Foi realizado um agrupamento de análises em período, compreendendo o período 1 de 2004 a 2007 e período 2 de 2008 a junho de 2012. Com a finalidade ainda de auxiliar o processo de análise, a variável “motivo da consulta” foi agrupada em síndromes comportamentais, dispostas da seguinte forma: ansiedade, fobia, depressão, queixas somáticas, alterações de comportamento (incluindo violação de regras, furtos, agressividade, retraimento), desatenção e hiperatividade, perturbações do pensamento (incluindo alucinações, delírios, obsessões), dificuldades de relacionamento interpessoal (incluindo contato social como solidão, sentir-se perseguido, e dificuldades nos relacionamentos familiar ou escolar), uso de substâncias psicoativas/drogas, desordens ou queixas relacionadas à sexualidade (identificação sexual), e ideação suicida.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes com registro de atendimento nesta instituição durante o período definido, sendo consideradas crianças aqueles com idade de até 12 anos incompletos e adolescentes de 12 a 18 anos incompletos. Cada atendimento foi considerado separadamente; em casos de novo atendimento registrado no período para o mesmo paciente, este foi registrado pelo número do prontuário com letras ao final, seguindo a sequência dos fatos (a, b, c). Desta forma, encontramos registros de atendimentos a 173 pacientes no período. Destes, 15 pacientes haviam realizado mais de 1 tratamento na instituição, em momentos distintos (10 pacientes dois tratamentos cada e 5 pacientes três tratamentos cada). Dentre os pacientes com mais de 1 tratamento, foram encontrados 2 com primeiro tratamento antecedendo o período de estudo, sendo coletados os dados apenas dos tratamentos que compreendiam o período proposto, resultando em 33 coletas nestes pacientes em questão. Ao final, totalizou-se 191 coletas. Como critérios de exclusão foram excluídos os prontuários que não continham 50% ou mais de informações necessárias para a análise, resultando em 25 questionários de coleta excluídos. Os pacientes que compareceram apenas a consulta de triagem, 35 na totalidade, também foram excluídos da amostra. A amostra final para o estudo englobou (N) 131 questionários coletados. A Figura 1 demonstra sob a forma de fluxograma como ocorreu a seleção dos questionários coletados para a elaboração deste trabalho descrita anteriormente.

O responsável pela guarda dos prontuários autorizou as pesquisadoras a terem acesso aos prontuários dos pacientes desta Instituição para a referida pesquisa. Os pesquisadores se comprometeram a manter sigilo em relação às informações obtidas. O trabalho foi aprovado pelo CEP sob protocolo 01.000.1.13II do Centro de Estudos Abuchaim.

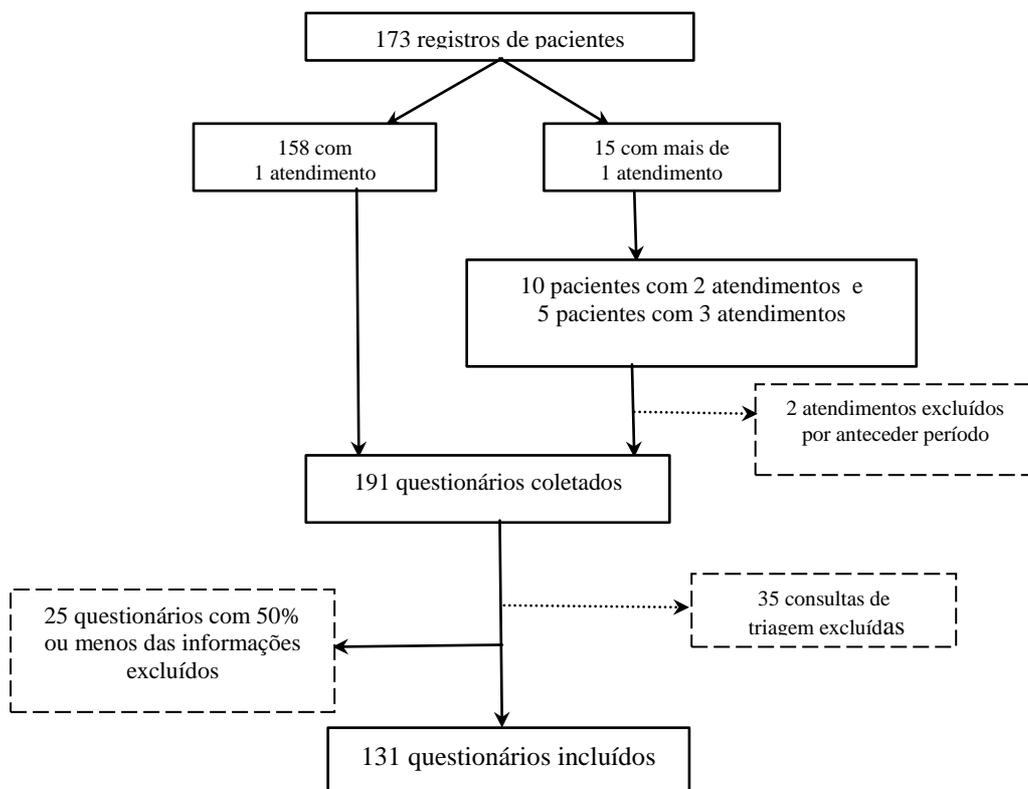


Após a coleta de dados, estes foram gerenciados e analisados no programa EpiInfo versão 3.5.3, programa gratuito disponibilizado no endereço eletrônico do Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC).

A prevalência de cada diagnóstico foi calculada pelo número de atendimentos por determinado código de Classificação Internacional de Doenças (CID) no período em relação ao total de atendimentos realizados no mesmo período, e comparações foram feitas em relação ao sexo e o período de atendimento.

A descrição das variáveis quantitativas foi feita por meio de medidas de tendência central e dispersão dos dados (média e desvio-padrão). As variáveis qualitativas foram descritas em frequência ou proporção. Para avaliar diferenças de proporções entre diagnóstico recebido e sexo foi utilizado o teste de Qui-Quadrado, ou exato de Fisher. Foi considerado intervalo de confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5%.

Figura 1 - Fluxograma da Seleção de Amostra para Perfil Epidemiológico de Crianças e Adolescentes Atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do Instituto Abuchaim em Porto Alegre, no período de 2004 a 2012



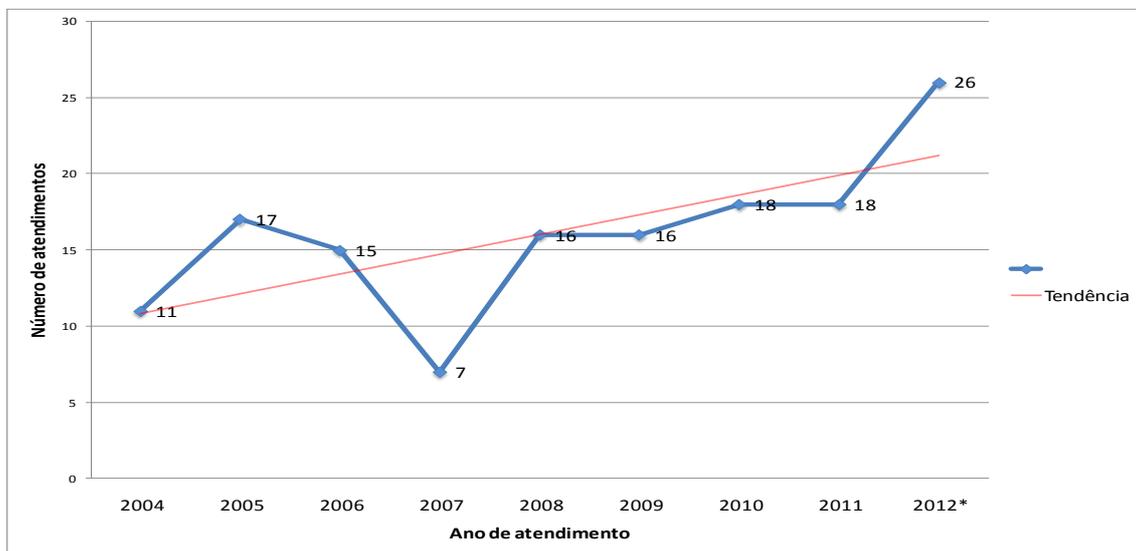


RESULTADOS

Foram analisados 131 questionários coletados dos prontuários de pacientes ambulatoriais do Instituto Abuchaim.

A Figura 2 ilustra a distribuição dos atendimentos de acordo com o ano de atendimento. O agrupamento por período mostra que entre os anos de 2004 a 2007 foram realizados 50 atendimentos a crianças e adolescentes. E entre 2008 a junho de 2012, encontramos registros de 81 atendimentos.

Figura 2– Distribuição do número de atendimentos realizados a crianças e adolescentes no Instituto Abuchaim por ano de atendimento (2004 a junho de 2012).



A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, estruturação familiar e reprovações da amostra. Na população observou-se que 64,1% eram do sexo masculino, procedentes em 84,7% de Porto Alegre, em sua maioria da raça branca (91,5%) e de religião católica (80,3%).

A idade média dos participantes foi de 13 anos (DP \pm 3,1), com variação de 3 a 17 anos.

Na amostra 93,2% moravam com familiares, e em 47,3% das famílias os pais não moravam juntos. A escolaridade em 55% era 1º grau incompleto e 32,1% o 2º grau incompleto.

Avaliando reprovações escolares 63,4% não possuíam histórico de reprovação. Daqueles com reprovações 63,3% reprovaram uma vez. A média de reprovações foi de 1,5 anos (DP \pm 0,9), com variação 1 a 5 vezes.

Tabela 1– Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas, configuração familiar e reprovações.

N = 131



Variável	n	%
SEXO		
Masculino	84	64,1
Feminino	47	35,9
PROCEDÊNCIA		
Porto Alegre	111	84,7
Grande Porto Alegre	20	15,3
RAÇA (n = 71)*		
Branca	65	91,5
Preta	3	4,2
Amarela	2	2,8
Indígena	1	1,4
RELIGIÃO (n = 71)*		
Católicos	57	80,3
Espíritas	7	9,9
Evangélicos	4	5,6
Outro	3	4,2
MORA COM		
Familiares	122	93,2
Instituição/Abrigo	2	1,5
Não informado	7	5,3
PAIS		
Não morando juntos	62	47,3
Morando juntos	56	42,7
Não informado	13	10,0
ESCOLARIDADE		
1º Grau incompleto	72	55,0
1º Grau completo	2	1,5
2º Grau incompleto	42	32,1
2º Grau completo	2	1,5
3º Grau incompleto	2	1,5
Analfabeto	2	1,5
Não se aplica (< 6 anos de idade)	6	4,6
Não informado	3	2,3
REPROVAÇÕES ESCOLARES (n = 82)*		
Não	52	63,4
Sim	30	36,6
NÚMERO DE REPROVAÇÕES (n = 30)*		
1 vez	19	63,3
2 vezes	6	20,0
3 vezes	1	3,3
4 vezes	1	3,3
5 vezes	1	3,3
Não informado	2	6,8

* Caracterização da amostra segundo variável baseada apenas em informações válidas, excluindo os com informação não registrada.



A Tabela 2 apresenta as características de acesso ao serviço, a principal fonte de informação na entrevista inicial e tratamentos anteriores.

Dos adolescentes atendidos no período do estudo, 55,3% tinham familiares que haviam realizado tratamento na mesma instituição em algum período. A indicação do serviço em 22,2 % foi através de familiares e 20,6% já eram pacientes da instituição em tratamentos anteriores. A fonte principal de informações coletadas nas entrevistas iniciais foi a mãe (70,2%).

Das crianças e adolescentes estudados, 47% haviam realizado tratamentos anteriores com psiquiatra ou psicólogo. Destes, 42,5% o fizeram com psicólogo e a maioria (49,2%) o fez em consultórios particulares ou no próprio Instituto Abuchaim (26%). A troca de terapeuta na instituição em estudo ocorreu em 12,2% seja por novo tratamento ou conclusão da formação do terapeuta.

Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo variáveis de acesso ao serviço, a principal fonte de informação na entrevista inicial e tratamentos anteriores.

Variável	N = 131	
	n	%
FAMILIAR COM TRATAMENTO NO INSTITUTO (n = 47)*		
Sim	26	55,3
Não	21	44,7
INDICAÇÃO DO INSTITUTO (n = 63)*		
Familiares	14	22,2
Já era paciente	13	20,6
Psiquiatra	12	19,0
Outros	9	14,3
Escola	5	8,0
Psicólogo	5	8,0
Neurologista	3	5,0
Pediatra	2	3,1
FUNTE DE INFORMAÇÃO INICIAL		
Mãe	92	70,2
Pai	14	10,7
Mãe e Pai	7	5,3
Outro	9	6,9
TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICO OU PSICOTERÁPICO PRÉVIO		
Sim	61	47,0
Não	34	26,2
Não informado	36	26,8
TRATAMENTO ANTERIOR COM (n = 61) *		
Psicólogo	26	42,5
Psiquiatra	24	39,5
Ambos (psiquiatra e psicólogo)	11	18,0
LOCAL DE TRATAMENTO PRÉVIO (n = 61)*		
Consultório particular	30	49,2
Instituto Abuchaim	16	26,2
Outra instituição	12	19,7
Não informado	3	4,9
TROCA DE TERAPEUTA NO INSTITUTO		



Não	111	84,7
Sim	16	12,2
Não informado	4	3,1

* Caracterização da amostra segundo variável baseada apenas em informações válidas, excluindo os com informação não registrada.

As características analisadas em relação ao tratamento atual estão descritas na Tabela 3.

O profissional prestando atendimento ao paciente em 76,3% dos tratamentos foi médico em formação em psiquiatria, o tipo de tratamento indicado inicialmente em 65,6% foi psicoterápico e as consultas em 86,3% eram com frequência de uma vez por semana.

Na análise dos motivos de consulta referidos na entrevista inicial observamos que 48,1% foram devido a dificuldades de relacionamento interpessoal, seguido por alterações de comportamento (30,5%), e depressão (11,5%).

A prevalência de transtorno mental na população estudada foi de 45,8% considerando os pacientes com algum diagnóstico identificado ($n = 60$).

O diagnóstico de maior prevalência foi Transtorno Depressivo (26,7%) e Transtornos Fóbico e Ansiosos (26,7%), sucedido por Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (25%). Observamos que a frequência de diagnóstico de TDAH foi de 2,1% no sexo feminino e 16,7% no sexo masculino. A prevalência de TDAH foi significativamente maior no sexo masculino (RP = 9,2 IC 95% 1,16 – 72,36; $p = 0,008$). Não foram percebidas outras diferenças de diagnóstico em relação ao sexo, ao se avaliar diferenças de proporções entre diagnóstico recebido e sexo através do teste de Qui-Quadrado, ou exato de Fisher (IC de 95% e nível de significância de 5%).

A média do número de diagnósticos por paciente foi de 1,3 (DP \pm 0,5), com mínimo de 1 e máximo 3.

Na amostra 49,6% não realizou tratamento farmacológico. Naqueles em uso de terapia medicamentosa 32,3% eram antidepressivos, 26,2% antipsicóticos e 21,5% psicoestimulantes.

O histórico de uso de drogas não foi observado em 74 %. Quando referido, os mais frequentes foram maconha (63,2%), álcool (57,9%) e tabaco (15,8%). Avaliando o uso de drogas em relação ao gênero, no sexo feminino a prevalência foi de 23,1% e no sexo masculino 26%.

**Tabela 3** – Caracterização da amostra segundo informações do tratamento atual.

Variável	N = 131	
	n	%
Profissional		
Médico em formação em Psiquiatra	100	76,3
Psicólogo	29	22,1
Não Informado	2	1,6
Tipo de Tratamento		
Psicoterapia	86	65,6
Psicoterapia e medicamentoso (combinado)	34	26,0
Clínico (medicamentoso)	9	6,9
Não informado	2	1,5
Frequência das Consultas		
1 vez por semana	113	86,3
Quinzenal	4	3,1
2 vezes por semana	3	2,3
Mensal	1	0,8
Outra	2	1,5
Não informado	8	6,0
Motivo da Consulta (queixa principal)		
Dificuldade de relacionamento interpessoal	63	48,1
Alterações de comportamento	40	30,5
Depressão	15	11,5
Ansiedade	10	7,6
Fobia	10	7,6
Desatenção e hiperatividade	8	6,1
Outro motivo	8	6,1
Problemas alimentares	6	4,6
Uso de SPA	4	3,1
Queixas somáticas	3	2,3
Desordens relacionadas à sexualidade	2	1,5
Ideação suicida	2	1,5
Diagnóstico (n = 60)*		
Transtorno Depressivo	16	26,7
Transtornos fóbicos e ansiosos	16	26,7
TDAH	15	25
Transtorno Humor Bipolar	7	11,7
Retardo Mental	7	11,7
Transtorno Mental e comportamental por Uso de Substância Psicoativa	5	8,3
Transtorno de Conduta	4	6,7
Transtorno Global do Desenvolvimento	3	5,0
Traços de Personalidade	3	5,0
Enurese não-orgânica	1	1,7
Transtorno de Adaptação	1	1,7
Transtorno da Alimentação	1	1,7
Transtorno Obsessivo Compulsivo	1	1,7
Outro	1	1,7



* Caracterização da amostra segundo variável baseada apenas em informações válidas, excluindo os com informação não registrada.

Tabela 3 – Caracterização da amostra segundo informações do tratamento atual. (*Continuação*)

N = 131

Variável	n	%
Uso de Medicamentos		
Não	65	49,6
Sim	46	35,1
Não Informado	20	15,3
Classe das Medicamentos em Uso (n = 46)*		
Antidepressivos	21	32,3
Antipsicóticos	17	26,2
Psicoestimulantes	14	21,5
Estabilizadores do Humor	13	20,0
Sedativos-hipnóticos	5	7,7
Uso de drogas (n = 73)*		
Não	54	74,0
Sim	19	26,0
Qual droga (n = 19)*		
Maconha	12	63,2
Álcool	11	57,9
Tabaco	3	15,8
Crack	1	5,3
Ecstasy	1	5,3

* Caracterização da amostra segundo variável baseada apenas em informações válidas, excluindo os com informação não registrada.

A Tabela 4 mostra o percentual de variáveis não informadas relativas à raça, religião, reprovações escolares, familiar com tratamento prévio na instituição, indicação do serviço, diagnóstico e uso de drogas. Como relatado anteriormente tais variáveis foram descritas referindo-se ao percentual daqueles com informações registradas.

Tabela 4 – Distribuição da amostra conforme registros de informação em variáveis específicas.

N = 131

Variável	n	%
Raça		
Informado	71	54,2
Não Informado	60	45,8
Religião		
Informado	71	54,2
Não Informado	60	45,8
Reprovações Escolares		



Informado	82	62,6
Não Informado	49	37,4
Familiar Com Tratamento Prévio no Instituto		
Informado	47	35,9
Não Informado	84	64,1
Indicação do Instituto		
Informado	63	48,1
Não Informado	68	51,9
Diagnóstico		
Informado	60	45,8
Não Informado	66	50,4
Não preenche critérios CID ou DSM IV-TR	5	3,8
Uso de Drogas		
Informado	73	55,7
Não Informado	58	44,3

DISCUSSÃO

A amostra do trabalho representa, nesse estudo, o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório especializado de saúde mental de Porto Alegre, que tem suas portas abertas para a comunidade desde 1997.

Percebeu-se um aumento na procura de atendimentos a crianças e adolescentes no IA nos últimos anos (2008 a 2012). Merg em sua dissertação de mestrado, em 2008²⁶ verificou que a população infantil é a que mais procura atendimento psicológico em centros de saúde e clínicas. Tal fato também se associa a explosão de publicações – e com isso conhecimento e busca por tratamento – na área de psicopatologia da criança e do adolescente^{12,14,19-27} nesse período. Esse aumento, na instituição estudada, também pode estar relacionado ao crescimento do IA como referência em ensino e acompanhamento ambulatorial psiquiátrico no município de Porto Alegre.

Como esperado, a maior parte da amostra estudada foi do sexo masculino, pois é nesta população que se encontram as maiores taxas de transtornos mentais na infância e adolescência^{1,7-9,11-15,18-23,25}, excetuando-se a depressão em adolescentes que é mais comum em meninas e o transtorno de ansiedade que tem taxas semelhantes entre os sexos²⁰.

A idade média desses pacientes foi de 13 anos, compatível com os dados bibliográficos do início dos sintomas dos dois transtornos mais prevalentes evidenciados no ambulatório do Instituto – Transtorno Depressivo e Transtornos Fóbicos e Ansiosos.

A maioria desses pacientes, 84,7% era do município de Porto Alegre, dado que pode ter relação com o descrito anteriormente - que o IA pode estar sendo um ambulatório especializado em saúde mental de referência para o município em questão. Além disso, esses pacientes são na sua maioria de raça branca e católicos, representando talvez a população do município, pois esses achados estão de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010¹⁷. Há



poucos estudos epidemiológicos revisados que descrevem a raça ou religião como fatores determinantes para a psicopatologia na infância e adolescência. Estudos prévios descreveram a cor da pele preta das crianças determina competência social mais precária e a existência de problemas de comportamento²⁷, não sendo, portanto, fator determinante para o adoecimento das crianças estudadas no IA visto que a cor negra representou apenas 2,3% da nossa população. Ter uma religião é um fator protetor para psicopatologias, com redução do consumo de álcool e drogas, porém o tipo de prática religiosa não interfere nas taxas de prevalência de doença mental²⁸⁻²⁹. Esse achado também é positivo para as crianças e adolescentes estudados, pois, na quase totalidade dos prontuários revisados e que continham essa informação, alguma prática religiosa foi descrita.

Em contrapartida, há relatos de que taxas mais elevadas de problemas de saúde mental são encontradas em crianças e adolescentes pertencentes a famílias de classes socioeconômicas mais baixas^{9,12,18-19}. Feijó e cols (1997) não encontraram essa associação, provavelmente devido à homogeneidade da amostra em termos de classe social. Tal variável não foi avaliada no presente estudo, por também considerarmos a amostra homogênea no que se refere à classe social, visto que o IA é uma instituição de ensino com valores de consulta mais acessíveis, quando comparados àqueles praticados em consultórios privados.

Em relação à constituição familiar, percebeu-se que 93,1% dos pacientes moram com seus familiares (mãe e ou pai), 47,3% têm os pais não morando juntos. Tal dado é importante, inclusive para estudos posteriores nessa população, pois é sabido que a privação do contato com o pai é um fator de estresse que está associado a atrasos no desenvolvimento mental e motor de crianças¹⁹ e que a convivência em famílias monoparentais e ou constituídas por padrasto e madrasta são fatores que isoladamente se mostram relacionados a problemas de comportamento de crianças²⁷.

O dado de escolaridade, 55% com primeiro grau incompleto, é compatível com a idade média dos pacientes apesar de o percentual de reprovações evidenciadas no estudo (36,6%) ser significativo, podendo sugerir atraso escolar em análises posteriores, pois é sabido que a psicopatologia em crianças e adolescentes freqüentemente prejudica seu desempenho na escola, causando atraso escolar. Em Porto Alegre, Rohde e colaboradores (1999)²⁴ avaliaram estudantes na faixa etária de 12 a 14 anos – com média de idade igual à do presente estudo – e notaram que os jovens com TDAH apresentaram taxas mais elevadas de repetências e eventos negativos escolares. Cabe salientar que a prevalência de TDAH nesse estudo foi significativa (25%), deixando, portanto, nova lacuna para maiores estudos nessa população do IA.

A maior parte das crianças e adolescentes (55,3%), em algum momento, já teve familiares em tratamento no Instituto Abuchaim. Pode-se fazer inferência a esse dado sugerindo que outros membros



de uma mesma família, quando se fala de população infantil, também busquem tratamento psiquiátrico e não somente a criança ou o adolescente com sofrimento psíquico.

Um dado que merece destaque é a forma como os pacientes chegaram até o IA. Apesar de isso ter ocorrido através de indicação de familiares ou de já terem sido pacientes da instituição em algum momento (40,8%), não houve diferença estatisticamente significativa se compararmos com aqueles que foram referendados ao IA através de algum profissional da saúde ou da escola (39,8%). Isso pode evidenciar, novamente, quanto pacientes e familiares estão satisfeitos com o tratamento oferecido na instituição, assim como o quanto profissionais e escolas do município percebem o IA como um ambulatório adequado para seguimento de seus pacientes ou alunos.

Grande parte, 70,2% das crianças e adolescentes, foi acompanhada nas primeiras consultas por suas mães, sendo estas, portanto, a principal fonte de informações em relação ao paciente. É sabido que a prevalência de problemas de saúde mental pode variar segundo o informante. O estudo de Goodman e colaboradores (2005)¹³ mostra essas taxas mais elevadas quando os informantes são os pais. Desta forma, uma investigação mais detalhada das informações obtidas através de diferentes responsáveis, pode gerar percentuais de prevalência diferenciados de psicopatologia, em estudos posteriores, dessa mesma amostra.

Em relação às queixas principais, quase 80% das crianças e adolescentes foram levados ao IA devido a dificuldades de relacionamento interpessoal e com alterações de comportamento, fato evidenciado também por Schoen Ferreira que tem mostrado que a clientela que busca serviços de saúde mental se compõe por crianças e adolescentes com queixa de comportamento agressivo e desobediência em casa²⁵. Avaliando os diagnósticos firmados posteriormente, encontramos os Transtornos Depressivos, os Transtornos Fóbicos e Ansiosos e TDAH como os mais prevalentes e que se manifestam exatamente com os sintomas relatados pelos familiares, conforme acima descrito como queixa principal. Foi relevante o dado encontrado naqueles pacientes com TDAH, dos quais 16,7% eram do sexo masculino (8:1). Essa taxa fica entre as mais altas descritas na literatura que mostram uma variação entre os sexos de 2:1 até de 9:1²³.

Dessas crianças e adolescentes trazidos para atendimento no ambulatório do IA, 47% já haviam realizado tratamento prévio, sendo a maior parte deles com psicólogos e em consultórios particulares, evidenciando que a instituição é referência, conforme citado anteriormente.

A psicoterapia semanal e realizada por profissionais psiquiatras em formação é a forma de tratamento mais frequente na instituição e quando nos referimos ao seguimento desses pacientes, percebe-se que a maior parte, 84,7%, dos pacientes não passou por troca de terapeuta durante sua permanência na instituição. Seguidos no presente estudo podem elucidar os motivos dessa informação. Ainda em relação a acompanhamento, a maior parte dos pacientes atendidos no IA não



faziam tratamento farmacológico corroborando a informação de que o tratamento mais realizado nesse instituto, para essa população estudada, é a psicoterapia semanal. Daqueles 35,1% que realizavam algum tratamento farmacológico, os antidepressivos foram os mais prescritos. Essa informação é condizente com os diagnósticos mais encontrados – Transtorno Depressivo (26,7%) e Transtornos Fóbicos e Ansiosos (26,7%) – que têm como medicação de primeira escolha os antidepressivos²²⁻²³.

O resultado de prevalência do presente estudo mostrou-se significativamente mais alto (45,8%) em relação aos dados da literatura revisados, os quais mostram taxas de doença mental em crianças e adolescentes que variaram de 24,6%¹⁴ a 12,6%¹⁵. Essa discrepância se deve, provavelmente, ao fato dos dados coletados nesse estudo se referirem a uma população de um ambulatório especializado e não ser representativa de uma população em geral.

Apenas 26% dos pacientes atendidos faziam uso de algum tipo de substância psicoativa, sendo a mais comum a maconha em 63,2% dos casos. Essa prevalência não foi significativamente diferente entre os sexos, corroborando com registros recentes de que tem aumentado o consumo de drogas entre as mulheres²³.

CONCLUSÃO

O planejamento e a implantação de políticas públicas de saúde que visem à saúde mental na infância são fundamentais. Isso poderia reduzir os custos sociais pela intervenção precoce, sem mencionar a existência da responsabilidade ética para os jovens mais vulneráveis, que podem ter seu pleno potencial de desenvolvimento frustrado. É urgente tomar medidas para crianças em situações de vulnerabilidade para doenças psiquiátricas como: conflitos, desastres, trabalho forçado, moradores de rua, usuários de drogas, entre outros. Apesar do reconhecimento generalizado da importância da prevenção e promoção da saúde mental de crianças e adolescentes, há uma enorme lacuna entre necessidade e recursos disponíveis¹. O acesso inadequado para cuidar de criança com doença mental e seus familiares pode ser minimizado com a capacitação de pediatras e clínicos na atenção primária de saúde na detecção, gestão e coordenação de cuidados. Uma estratégia que pode melhorar o acesso, as limitações na formação, tempo e disponibilidade de especialista que representam barreiras significativas⁶.

Este estudo apresenta os resultados que caracterizam a clientela de crianças e adolescentes atendidos no Instituto Abuchaim de Porto Alegre nos últimos nove anos. São pacientes predominantemente do sexo masculino, com idade média de 13 anos, brancos, católicos, cursando o primeiro grau, que moram com seus familiares, provenientes de Porto Alegre, cujos principais diagnósticos são o Transtorno Depressivo e os Transtornos Fóbicos e Ansiosos.



Os dados encontrados nos permitem pensar que o Instituto Abuchaim é uma instituição sólida, em crescimento, com boa qualidade nos serviços prestados e que é reconhecido pela população geral, familiares de pacientes e profissionais de saúde, evidenciado pelos dados de crescimento no número de atendimentos nos últimos quatro anos e de encaminhamentos por outros profissionais e instituições da cidade. Além disso, o adoecimento da população infantil e de adolescentes é uma realidade em todo o território nacional, evidenciado pelo crescimento da busca de serviços de saúde mental e de publicações sobre psicopatologia infantil^{22,26}.

Ao mesmo tempo, o estudo suscitou questões sobre a necessidade de melhora no preenchimento de prontuários e uma possível padronização das consultas de avaliação nessa população. Talvez um investimento maior por parte da instituição em treinamento e formação na área da psiquiatria da infância e adolescência poderia contribuir para uma coleta adequada de dados do paciente facilitando o diagnóstico, a instituição de terapêutica adequada assim como amenizar o sofrimento psíquico do paciente, de sua família e as repercussões futuras para a sociedade.

Esperamos, com este estudo, ter contribuído para o crescimento dessa instituição em relação à população de infância e adolescência.



REFERÊNCIAS

1. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011 October 22; 378: p. 1515-25.
2. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III Disorders in Preadolescent Children. Prevalence in a Large Sample from the General Population. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 January; 44: p. 69-76.
3. Miguel EC, Mercadante MT, Grisi S, Rohde LA. O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência: um novo paradigma para a Psiquiatria Brasileira tendo como foco as nossas crianças e o seu futuro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009; 31(2): p. 85-8.
4. Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2006; 33(2): p. 43-54.
5. Farias AC, Cordeiro ML. Transtornos do humor em crianças e adolescentes: atualização para pediatras. *Jornal de Pediatria*. 2011; 87(5): p. 373-81.
6. Sarvet B, Gold J, Bostic JQ, Masek BJ, Prince JB, Terry MJ, et al. Improving Access to Mental Health Care for Children: The Massachusetts Child Psychiatry Access Project. *Pediatrics*. 2010 November 8; 126: p. 1191 - 200.
7. Hackett R, Hackett, L. Child psychiatry across cultures. *Int. Rev. Psychiatry*, 1999, (11): p. 225-35.
8. Almeida Filho, N. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1982, (31): p. 225-36.
9. Fleitlich-Bilyk, B. Goodman, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr*, 2004, (43): p.727 -34.
10. Cury CR, Golfeto JH. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2003, (25):139-45.
11. Fleitlich-Bilyk, B. Goodman, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr*, 2004, (43): p.727 -34.
12. Bevegnu LA, et al. Work and behavioural problems in children and adolescents. *Int. J. Epidemiol*, 2005. (34): p. 1417-24.
13. Goodman R, et al. The Ilha de Mare study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2005, (40): p. 11-7.
14. Bordin, IA et al. Punição física grave e problemas de saúde mental em população de crianças e adolescentes economicamente desfavorecida. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2006, (28): n.4.
15. Barros, MGSM. Estudo de prevalência de problemas de saúde mental em adolescentes de 11 a 16 anos na cidade de Barretos. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2005.



16. Mello MF. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. *Artmed*, 2007, p. 96-117.
17. Brasil. IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 set 2012.
18. Vitolo YL et al. Parental and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren. *Rev. Saúde Pública*, 2005, (39), p. 716-24.
19. Paula CS, Duarte CS, Bordin IA. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2006, (28) n.4.
20. Feijó RB et al. Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in southern Brazil. *J. Adolesc. Health*, 1997, (20), p. 232-37.
21. Miranda MP, Bordin IAS, Miranda CT. Psychosocial stress and child mental health problems at elementary school entrance in a Brazilian urban poor community. *Scientific Abstracts and CEU Executive Summaries: Sixteenth Annual Meeting of the International Clinical Epidemiology Network (INCLIN XVI)*. Bangkok, Thailand, 1999.
22. Dumas JE. *Psicopatologia da infância e da adolescência*. 3. ed. Artmed, 2011, p. 1720.
23. Kaplan, Sadock BJ, Sadock VA. Manual conciso de psiquiatria da infância e adolescência Artmed 201, p. 26-7, 46-7, 57-8, 61-2, 77-8, 91-2, 103-4, 112-3, 118-9, 127-8, 133-4, 137-8, 142-3, 158-9, 176-7, 181-2.
24. Schoen-Ferreira TH, Silva DA, Farias MA, et al. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA) – UNIFESP – EPM. *Psicologia em Estudo*. 2002, 7(2):73-82.
25. Rohde, L.A. et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1999, (38): p. 716-22.
26. Merg MMG. Características da clientela infantil em clínicas-escola (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado em Psicologia Clínica, 2008.
27. Simone G, Avanci J Q, Oliveira VC. Desigualdades socio econômicas e saúde mental na infância, *Rev. Saúde Pública* 2009, (43): supl.1 São Paulo Aug. 2009.
28. Koenig H G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. Professor of Psychiatry & Behavioral Sciences. Associate Professor of Medicine, Duke University Medical Center. Geriatric Research, Education and Clinic Center Durham VA Medical Center.
29. Dalgalarrodo P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.