

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS NO
CAPSi EM CRICIÚMA-SC DURANTE O PERÍODO DE 2015 A 2019**

**THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS
ATTENDED AT CAPSi IN CRICIÚMA-SC DURING THE PERIOD FROM 2015 TO
2019**

Contagem total de palavras do manuscrito:4340

JOÃO AUGUSTO NICKNICK FAGUNDES¹; GUSTAVO FEIER²; ANA OLINDA
NICKNICK³

¹Academico da 8ª Fase do curso de medicina da Universidade do Extremo Sul
Catarinense;

²Prof.Dr. do curso de medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense; médico
psiquiatra;

³Profª.Dr. do curso de medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense;
médica pediatra;

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial infanto juvenil (CAPSi) de Criciúma-SC durante o período de 2015 a 2019. **Métodos:** Estudo transversal, com coleta de dados retrospectiva de prontuários dos pacientes pediátricos e adolescentes atendidos no CAPSi da cidade de Criciúma-SC, durante o período de 2015 a 2019. **Resultados:** A amostra compreendeu (N) 611 prontuários válidos. Observou-se que 57,1% eram do sexo masculino, com idade média de 13,17 (margem de erro + ou - 3,65 anos). O ano de 2018 obteve o maior número de prontuários válidos 33,6%. Os diagnósticos (CIDs) mais frequentes foram dificuldades de relacionamento interpessoal/familiar, transtornos depressivos, ideação suicida, bipolaridade e abuso de substâncias e drogas classificados como “outros” (38,8%). A prevalência de transtorno mental e TEA na população estudada foi de 4,7%. O diagnóstico de maior prevalência foi TOD (16,2%) sozinho e associado ao TDAH 3,6%. Transtornos Fóbicos e Ansiosos (6,5%). TDAH e Transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância e adolescência tiveram proporcionalidade semelhantes 15,1%. **Discussão:** Estudos têm indicado que a população infanto juvenil constitui grande demanda para os serviços de saúde mental. O reconhecimento do perfil epidemiológico destes indivíduos é de grande impacto para prevenção e promoção da saúde mental desta população. Identificar a prevalência dos transtornos mentais na infância e adolescência auxilia na implementação do tratamento precoce e adequado, melhorando o prognóstico do paciente para sua vida adulta.

Palavras Chave: Perfil epidemiológico. Desordem mental. Infância. Adolescência. Saúde mental.

ABSTRACT

Objective: Analyze the epidemiological profile of children and adolescents cared at the CAPSi in Criciúma-SC during the period 2015 to 2019. **Methods:** Cross-sectional study, with retrospective data collection from medical records of pediatric patients and adolescents treated at the CAPSi (Psychosocial Care Center from the city of Criciúma-SC, from 2015 to 2019). **Results:** The sample comprised (N) 611 valid medical records. It was observed that 57.1% were male, with a mean age of 13.17 (margin of error + or - 3.65 years). The year 2018 had the highest number of valid medical records 33.6%. The most frequent diagnoses (CIDs) were difficulties in interpersonal/family relationships, depressive disorders, suicidal ideation, bipolarity and substance and drug abuse classified as others (38.8%). The prevalence of mental disorders and ASD in the studied population was 4.7%. The most prevalent diagnosis was ODD (16.2%) alone and associated with ADHD 3.6%. Phobic and Anxious Disorders (6.5%). ADHD and Behavioral and Emotional Disorders that usually start during childhood and adolescence had a similar proportion of 15.1%. **Discussion:** Studies have indicated that the juvenile population is in great demand for mental health services. Recognition of the epidemiological profile of these individuals has a great impact on the prevention and promotion of mental health in this population. Identifying the prevalence of mental disorders in childhood and adolescence helps to implement early treatment, improving the patient's prognosis for adult life.

Keywords: Epidemiological profile. Mental disorder. Childhood. Adolescence. Mental health.

Introdução

Saúde mental é um estado de bem estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade¹. Atrélado ao fato de que os Transtornos psiquiátricos/mentais em crianças e adolescentes são condições prevalentes, precoces e passíveis de persistência ao longo da vida, com impacto sobre o funcionamento e o desenvolvimento do indivíduo, e ônus sobre a família e sociedade ². Analisar e Identificar o perfil epidemiológico dos transtornos mentais nas crianças e adolescentes auxilia no tratamento precoce, melhorando o prognóstico deste indivíduo. Na adolescência, o cérebro passa por períodos de remodelamento e maturação ². A construção do caráter e identificação de habilidades específicas também ocorrem nessa fase, formando as características psíquicas marcantes do indivíduo ³.

Com o incremento tecnológico e a mobilidade urbana que marca este século, o discurso científico médico-psicológico tornou-se o referencial para as práticas destinadas ao cuidado de crianças e adolescentes e passou a orientar a relação pais-filhos ³. Os cuidados dirigidos a esta população passaram a ser foco de maior interesse de profissionais da saúde e se tornaram também uma regra social a partir do momento em que determinadas leis foram criadas para garantir seus direitos ⁴.

Alguns destes direitos se referem à educação e à saúde que devem ser garantidos pelos pais ou responsáveis e pelo Estado, através dos serviços públicos; como o serviço de saúde mental. Consoante a Reforma Psiquiátrica, a saúde mental vem há mais de vinte anos desenvolvendo-se no Brasil, de forma tímida, porém, com eficientes iniciativas do poder público em relação às crianças e adolescentes com transtornos mentais ⁵.

O conceito de saúde mental, que difere do modelo biomédico considera o ser humano inserido num contexto social cujas implicações estão intimamente relacionadas à fase do desenvolvimento que vivencia ⁶. Nesse sentido, há que se considerar que a saúde mental se refere a um equilíbrio dinâmico que resulta da capacidade da pessoa de pensar e se adaptar à realidade, de sua capacidade de desempenhar funções sociais, e também de sua capacidade em lidar com a maior

parte dos problemas da vida cotidiana. Considerando estas ideias, a prevenção e a reabilitação das doenças mentais são partes integrantes do domínio da saúde mental ⁷.

Tem-se conhecimento de dois amplos grupos exclusivos de desordens mentais na infância e adolescência: desordens do desenvolvimento psicológico e desordens de comportamento/emocionais ⁸.

As desordens do desenvolvimento psicológico têm como atributos o início na primeira ou na segunda infância, com prejuízo ou atraso do desenvolvimento de habilidades intimamente relacionadas ao amadurecimento biológico do sistema nervoso central e a evolução contínua sem remissões nem recaídas. Já os transtornos de comportamentos e emocionais incluem os transtornos hipercinéticos como distúrbios da atividade e da atenção e distúrbios de conduta que se iniciam precocemente durante os primeiros cinco anos de vida, e pode vir acompanhado de um déficit cognitivo e de um atraso específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem ⁸.

A literatura científica nos últimos anos tem contribuído para a identificação dos possíveis fatores associados à ocorrência de transtornos mentais nessas populações, os quais podem ser agrupados em: fatores biológicos, relacionados a anormalidades do Sistema Nervoso Central (SNC), causadas por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas; fatores genéticos, relacionados à história familiar de transtorno mental; fatores psicossociais, relacionados a disfunções na vida familiar e situações indutoras de estresse; e fatores ambientais, como problemas na comunidade (violência urbana) e tipos de abuso (físico, psicológico e sexual) ⁹. O conhecimento desses potenciais fatores de risco à saúde mental de crianças e adolescentes traz a possibilidade de desenvolvimento de programas de intervenção focados em prevenir ou atenuar os efeitos desses transtornos ^{8,10}.

A atenção em saúde mental é oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS), de ações municipalizadas e organizadas por níveis de complexidade. A *Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas* foi pactuada em julho de 2011, como parte das discussões de implantação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, e prevê, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de

Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais ¹¹.

Além de atender pessoas com transtornos mentais, estes espaços acolhem usuários de álcool, crack e outras drogas e estão espalhados pelo país, modificando a estrutura da assistência à saúde mental. E vêm substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas na tentativa de construir um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do SUS (universalidade, equidade e integralidade) ¹².

Esta forma de atendimento é fruto de um longo processo de luta social que culminou com a Reforma psiquiátrica, em 2001. Sua principal bandeira está na mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade ⁵.

O maior desafio para as políticas de saúde mental no Brasil hoje é o enfrentamento do uso do crack principalmente nos grandes centros urbanos do país. Com a desospitalização promovida a partir dos princípios da Reforma psiquiátrica e o consumo crescente da droga em todas as esferas sociais, o SUS (Sistema Único de Saúde) tem atuado de forma interdisciplinar, objetivando construir uma estratégia eficaz de enfrentamento do problema, já considerado uma epidemia por diversas instituições. 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 ⁷.

O serviço de saúde mental para o atendimento da população infantil de Criciúma, é oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) com 10 anos de atuação. A coleta dos dados dos prontuários dos pacientes atendidos/acolhidos nessa instituição foi autorizada mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo: CAAE 49977921.9.0000.0119 e ocorreu durante os meses de julho de 2021 e da Carta de Aceite por parte da Secretaria de Saúde Municipal de Criciúma -SC sob número de processo: 617739. Dessa maneira, o presente estudo visa analisar o perfil das crianças e adolescentes atendidos/acolhidos no CAPSi da cidade de Criciúma-SC com objetivo de identificar os problemas emocionais e comportamentais mais frequentes desta clientela.

Materiais e Métodos

O estudo foi delineado em corte transversal, com coleta de dados retrospectiva. Realizada análise direta dos prontuários dos pacientes crianças e adolescentes atendidos/acolhidos ou em atendimento no CAPSi da cidade de Criciúma-SC, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019.

O período de 07/01/2015 a 29/12/2017 foi fornecido prontuários em papel pelo arquivo da própria instituição para a realização do estudo definido pela disponibilidade de cadastro e, os dados obtidos de 14/05/2018 a 16/12/2019 de prontuários informatizados na instituição.

A análise dos prontuários selecionados dos pacientes, resultou no levantamento de dados referentes a idade, ano de atendimento, sexo e diagnósticos (CIDs) os quais foram agrupados em síndromes comportamentais/transtornos mentais, dispostas da seguinte forma: 1-TDAH (Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade) e transtorno de habilidades escolares, 2-Ansiedade (TAG, estresse e fobia social), 3-TOD (transtorno opositor e desafiador), 4-Transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou adolescência e Esquizofrenia, 5-TEA (Transtorno do espectro autista) e Retardo mental, 6-"Outros"(transtornos depressivos, transtorno bipolar, abuso de substâncias/drogas; Ideação suicida; Dificuldades de relacionamento interpessoal/familiar ou ligados ao núcleo de base, desordens ou queixas relacionadas à sexualidade (identificação sexual); 7-TDAH+TOD. Dados de alta ou não; motivo da alta do serviço ou não e qual o protocolo de tratamento. Foram incluídos no estudo todos os pacientes com registro de atendimento nesta instituição durante o período definido.

Ao final, totalizou-se N de 611 prontuários válidos. Como critérios de exclusão foram excluídos os prontuários que não continham 50% ou mais de informações necessárias para a análise. Os pesquisadores se comprometeram a manter sigilo em relação às informações obtidas.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do Software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem.

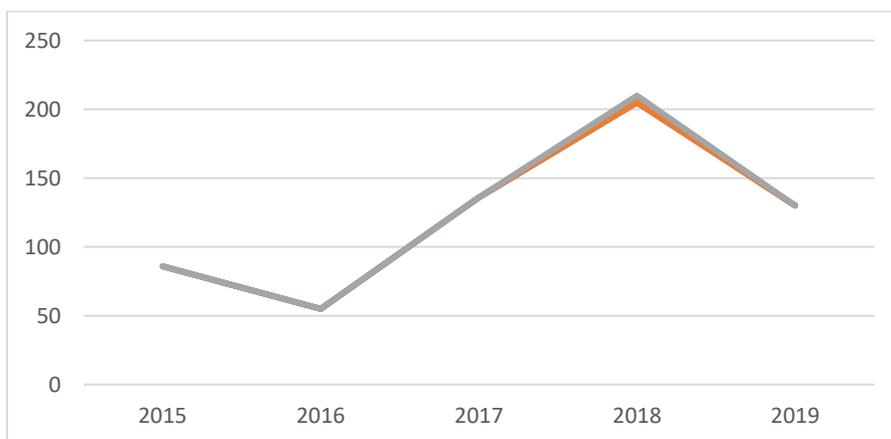
Os testes estatísticos foram realizados com nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, confiança de 95%. As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto à normalidade por meio da aplicação do teste de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov. A investigação da existência da associação entre variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, seguidos de análise de resíduo quando observadas significância estatística. A comparação das médias das variáveis quantitativas foi realizada por meio do teste H de Kruskal-Wallis.

Resultados

O estudo avaliou 611 prontuários de pacientes ambulatoriais do Centro de Assistência Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi):

A figura 1 ilustra a distribuição dos atendimentos de acordo com o ano. O período que houve maior número de atendimentos se situa entre os meses de maio e dezembro do ano de 2018 totalizando 205 prontuários.

Figura 1 – Distribuição dos atendimentos de acordo com o ano



1-2015: 86 prontuários ;2-2016:55 prontuários: 3-2017: 136 prontuários
4-2018: 205 prontuários,5- 2019: 130 prontuários

A tabela 1 demonstra de maneira geral os resultados de todas as variáveis incluídas na coleta de dados da pesquisa.

A média de idade dos pacientes atendidos na instituição ficou em torno de 13,17 anos (DP= +- 3,65).

Tabela 1 – Resultados gerais da coleta de dados

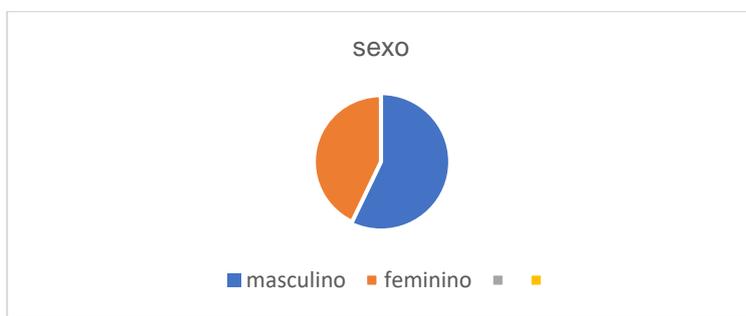
	Média ± DP, n (%) n = 611
Idade (anos)	13,17 ± 3,65
Ano	
2015	86 (14,1)
2016	55 (9,0)
2017	135 (22,1)
2018	205 (33,6)
2019	130 (21,3)
Sexo	
Masculino	349 (57,1)
Feminino	262 (42,9)
Código Internacional das Doenças	
TDAH	92 (15,1)
Ansiedade	40 (6,5)
TOD	99 (16,2)
Transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência	92 (15,1)
TEA	29 (4,7)
Outros	237 (38,8)
TDAH + TOD	22 (3,6)
Alta do Serviço	
Sim	270 (44,2)
Não	341 (55,8)
Motivo da Alta ou Não	
Não recebeu alta	4 (0,7)
Melhora Clínica	91 (14,9)
Mudança de Endereço	15 (2,5)
Evasão; à pedido e administrativa	294 (48,2)
Não elegível para o CAPSi	189 (31,0)
Internação Hospitalar	17 (2,8)
Não informado	1
Protocolo de Tratamento	
Não realizou tratamentos ou não consta em prontuário	109 (17,9)
Medicamentoso	9 (1,5)
Psicoterápico ou psicopedagógico	63 (10,3)
Medicamentoso ou psicoterápico	429 (70,3)
Não informado	1

TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; TOD: Transtorno Opositor e Desafiador; TEA: Transtorno do Espectro Autista.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A figura 2 demonstra um predomínio do sexo masculino 57,1 % dos pacientes analisados.

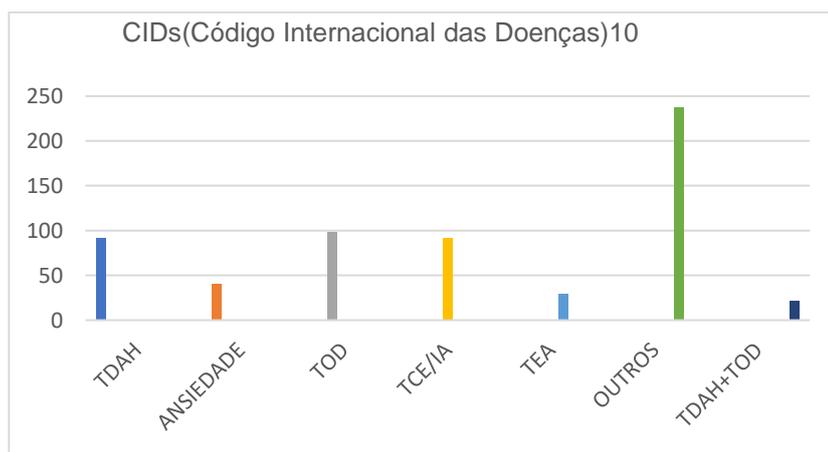
Figura 2 – Distribuição quanto ao sexo



Masculino 349(57,1); feminino 262(42,9).

A figura 3 descreve a análise do código internacional de doenças(CIDs), observou-se um predomínio do grupo “outros” que representa a dificuldade de relacionamento interpessoal/familiar ou ligados ao núcleo de base, desordens ou queixas relacionadas à sexualidade, ideação suicida, transtornos depressivos e abuso de substancias(38,8%), seguido de Transtorno Opositor Desafiador(16,2%) e, em iguais percentuais(15,1%) Transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência e TDAH/ transtornos de habilidades escolares; Ansiedade (6,5%); TEA (7,4%); TDAH + TOD (3,6%).

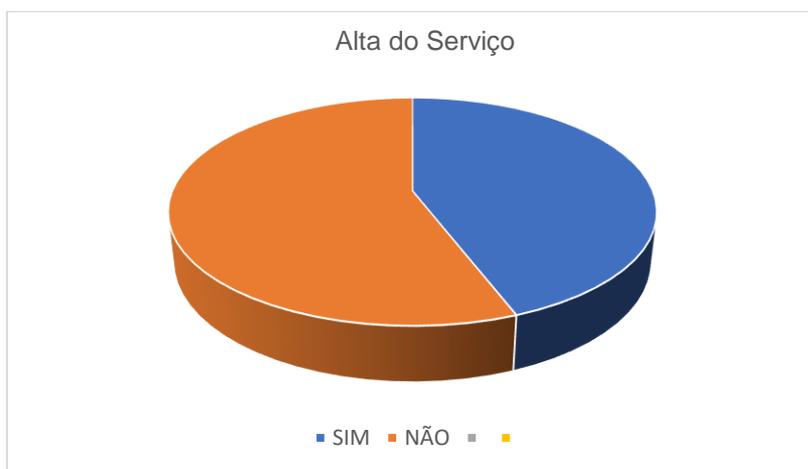
Figura 3 – Agrupamento de CIDs10.



TDAH 92 (15,1); Ansiedade 40 (6,5); TOD 99 (16,2); Transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência (TCE/IA) 92 (15,1); TEA 29 (4,7); outros 237 (38,8); TDAH + TOD 22 (3,6).

A figura 4 demonstra que 44,2% dos pacientes obtiveram alta clínica do serviço enquanto 55,8% não obtiveram.

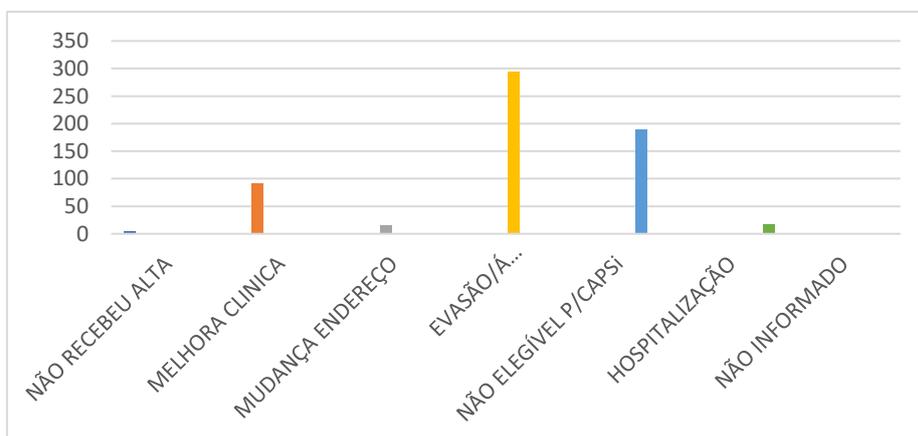
Figura 4 Alta Clínica do Serviço (CAPSi)



SIM: 270 pacientes (44,2); NÃO: 341 pacientes (55,8).

A figura 5 se reporta quanto ao motivo da alta ou não e os resultados apontaram que 48,2% foram evadidos ou tiveram alta à pedido ou administrativa. A melhora clínica ocorreu em 14,9% e, a alta do grupo não elegíveis para o CAPSi 31% dos pacientes.

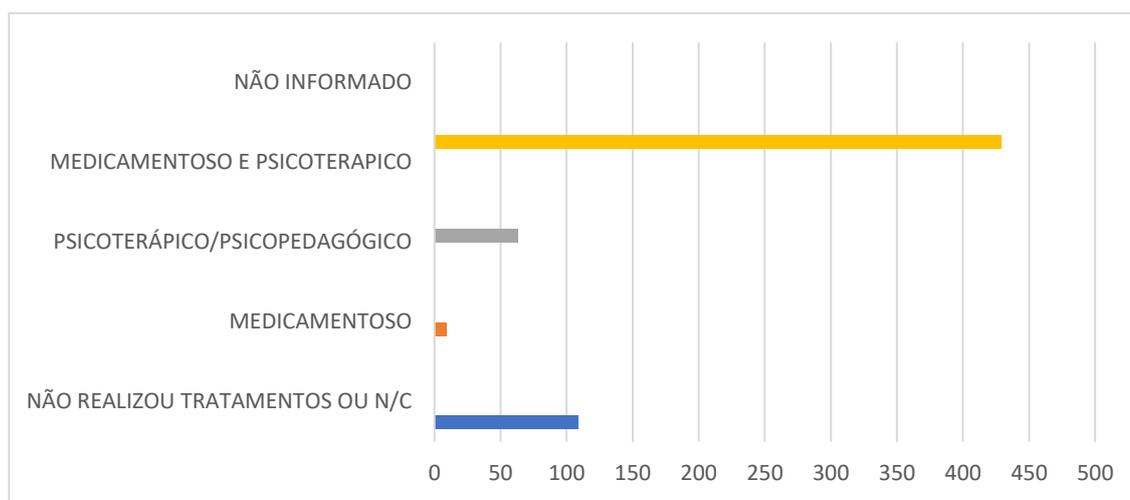
Figura 5 – Motivo da alta ou não



Não recebeu alta 4 (0,7); Melhora clínica 91 (14,9); Mudança de endereço 15(2,5); Evasão/A pedido/Administrativa 294 (48,2); não elegível para o CAPSi 189 (31); Hospitalização 17 (2,8); não informado1.

A figura 6 demonstra a análise dos protocolos de tratamento propostos, 70,3% dos prontuários utilizaram tratamento medicamentoso e psicoterápico, 17,9% não realizaram tratamentos ou não constava em prontuários.

Figura 6 – Protocolo(s) de tratamento



Não realizou tratamentos ou não consta em prontuário 109 (17,9); medicamentoso 9 (1,5); psicoterápico ou psicopedagógico 63 (10,3); medicamentoso ou psicoterápico 429 (70,3); Não informado 1.

A tabela 2 compara CIDs com as variáveis sexo e idade: TDAH com n de 92 tem uma média de idade de 11 anos (DP=3,54) e 76,1% correspondem ao sexo masculino.

Tabela 2-CIDs comparados as variáveis sexo e idade

Código Internacional das Doenças, Média ± DP, n (%)								
	Transtornos							
TDAH	Ansiedade	TOD	Transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou adolescência	TEA	Outros	TDAH + TOD	Valor - p	
n = 92	n = 40	n = 99	n = 92	n = 29	n = 237	n = 22		
Idade (anos)	11,88 ± 3,54	14,63 ± 3,04	13,29 ± 3,27	14,13 ± 3,66	14,97 ± 3,65	14,40 ± 3,25	10,86 ± 3,58	< 0,001
Sexo								

Mas	70 (76,1) ^b	19 (47,5)	60 (60,6)	53 (57,6)	19 (65,5)	113 (47,7)	15 (68,2)	< 0,001 †
Fem	22 (23,9)	21 (52,5)	39 (39,4)	39 (42,4)	10 (34,5)	124 (52,3) ^b	7 (31,8)	

TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; TOD: Transtorno Opositor e Desafiador; TEA: Transtorno do Espectro Autista; ‡ Valor obtido após aplicação do teste H de Kruskal-Wallis; † Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson; ^b Valor estatisticamente significativo após análise de resíduo;

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

O transtorno de Ansiedade com n de 40 e média de idade de 14,63 anos (DP= 3,04), obteve 52,5% de pacientes do sexo feminino.

Já, o TOD com n de 99, média de idade de 13,29 anos (DP=3,27), 60% dos pacientes analisados foram do sexo masculino.

Transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou adolescência com n de 92, média de idade de 14,13 anos (DP=13,66) 57,6% são do sexo masculino.

O TEA com n de 29, média de idade de 14,97 anos (DP=3,65) 65% do sexo masculino.

"Outros" com n de 237, média de idade de 14,40 anos (DP=3,25) 52,3% correspondem ao sexo feminino.

Quanto a associação de DAH + TOD com n de 22, média de idade de 10,86 anos (DP=3,58) 68,2% são do sexo masculino.

Discussão

Todas as pessoas podem apresentar problemas psicológicos, emocionais e comportamentais em alguma fase da vida. Porém, a infância e adolescência são períodos cruciais para que os indivíduos desenvolvam uma boa saúde mental. Crianças e jovens com condições de transtornos mentais/emocionais quando não tratados, podem perder momentos preciosos de suas vidas ¹³.

Os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças quanto em adultos, com uma prevalência em crianças e adolescentes

estimada em torno de 9% ¹⁴. Na análise dos prontuários observou-se um valor de 6,5% dessa população.

Em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações tanto normais quanto patológicos. Diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores ¹⁵.

Transtorno mental infantil é mais comum do que as pessoas podem imaginar. Assim como os adultos, as crianças e os adolescentes desenvolvem condições de saúde mental que, muitas vezes, desencadeiam problemas que afetam os campos ligados ao seu neurodesenvolvimento, bem como aspectos relacionados à sua cognição e funcionalidade. Mesmo que este estudo só tenha encontrado 4,7% sobre os transtornos globais do desenvolvimento, como autismo e retardo mental, esses transtornos merecem atenção. Em todo o mundo suas prevalências alcançam 1% da população infantojuvenil ^{16,17}. Seu diagnóstico e sua investigação de fatores associados e agravantes são de suma importância para o prognóstico destes. Os transtornos globais do desenvolvimento e o retardo mental estão associados a uma sobrecarga de seus familiares, o que, por sua vez, pode interferir negativamente na adesão ao tratamento e piora do prognóstico ¹⁸.

Nos últimos anos, a literatura científica tem chamado a atenção para a ocorrência de transtornos depressivos em crianças e adolescentes. Estimativas brasileiras apontam que 0,4% a 3% das crianças apresentam quadros de depressão ¹⁹. Já em estudos americanos, a prevalência entre crianças e adolescentes varia de 3% a 5%. No presente estudo esse CID ficou dentro do grupo dos “Outros” diagnósticos, no entanto obteve expressiva significância. O transtorno depressivo pode ser sub diagnosticado dado a sua similaridade com outros transtornos assim como a presença de comorbidades, como TDAH, transtornos de ansiedade, de conduta, agressividade, que podem persistir após cessar o episódio depressivo ²⁰.

Nesta pesquisa, o diagnóstico de TDAH entre os anos avaliados foi de 15,1%. Em artigo de revisão sistemática a média de prevalência de TDAH é de 8,3%. Apenas quatro estudos encontraram prevalências acima de 10% ¹⁴.

Do mesmo modo, outros estudos apresentaram prevalências que variam de 1% a 20% ²¹. Alguns estudos epidemiológicos de base comunitária, realizados com Prevalência de transtornos, mostraram que a prevalência de TDAH estava entre 4%

e 12% ²². Um estudo brasileiro realizado entre crianças e adolescentes de 6 a 15 anos de escolas públicas encontrou uma prevalência de 17%²³.

A prevalência de transtorno de conduta entre crianças e adolescentes tem crescido nas últimas décadas, especialmente em áreas urbanas, oscilando de menos de 1% a mais de 10%¹⁴. Os transtornos de conduta têm início na infância e adolescência ²⁴ e merecem atenção, já que a persistência dos comportamentos que caracterizam o transtorno pode conduzir a um diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial na idade adulta ⁹.

No grupo de CIDs denominado “Outros” desta análise, que representa a dificuldade de relacionamento interpessoal/familiar ou ligados ao núcleo de base, desordens ou queixas relacionadas à sexualidade, ideação suicida, transtornos depressivos e abuso de substâncias (38,8%), conforme um estudo que encontrou prevalências de transtorno por uso de substâncias entre 8,3% e 32,1% ¹⁴. Em 1997, um monitoramento realizado no Estados Unidos com 49.500 estudantes encontrou prevalências de 11,8% entre jovens de 13 anos, 18,2% entre jovens de 15 anos e 20,7% entre jovens de 17 anos ²⁵. Essas prevalências podem ser explicadas já que a dependência por uso de substâncias é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais na adolescência, como depressão, transtornos de ansiedade e conduta ²⁶, sendo fundamental o correto diagnóstico das patologias envolvidas.

O uso de substâncias psicoativas ilegais entre adolescentes tem sido um grave problema social e de saúde no Brasil ²⁷. Em 2005, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) realizou um inquérito entre jovens estudantes de 10 a 19 anos que mostrou uma tendência ao aumento do uso dos inalantes, da maconha, da cocaína e de crack em determinadas capitais, principalmente do sudeste e nordeste ²⁸. Já outro estudo de realizado com 761 adolescentes em 143 municípios indicou uma prevalência do transtorno por uso de substâncias de 14,1%, evidenciando a necessidade de políticas públicas para a questão ².

Quanto ao TOD (Transtorno Opositor e Desafiador) no estudo encontrou-se uma média de 16,2% de diagnósticos ficando em segundo lugar no agrupamento de CIDs. De fato, acerca dos Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta (TDCID) em crianças e adolescentes estatísticas apontam que um número crescente de jovens se envolve em atos de violência e criminalidade, e que os

problemas emocionais e comportamentais desta população figuram entre os principais motivos para busca de tratamento especializado ²⁸. Os TDCID conferem, ainda, risco aumentado para o desenvolvimento do transtorno de personalidade antissocial na vida adulta³⁰. Em adição, a presença de TDCID afeta os demais membros da família, sendo potencializados ou não pela dinâmica familiar e pela forma como os pais e/ou responsáveis educam seus filhos ²⁹. A correta identificação dos TDCID é de suma importância para desenvolver estratégias preventivas e interventivas mais eficazes ³¹. O TOD caracterizado por um padrão irritável e/ou raivoso de humor, pelo qual comportamentos desafiantes, de vingança e questionadores estão presentes por, no mínimo, seis meses. Afeta mais comumente meninos do que meninas, apresentando uma prevalência média de 3.3% ³².

De acordo com o DSM-V ³³. A associação de TDAH+TOD com 3,6% dos diagnósticos é fator que chamou atenção, no entanto sua explicação pode estar no fato que crianças com TDAH geralmente tem outras comorbidades clínicas ou psicológicas como transtornos específicos, transtorno opositor desafiante, comportamento antissocial, transtorno de ansiedade e transtorno de humor ³⁴. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados “de externalização”, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta³².

Em conformidade com a literatura, fatores biológicos, genéticos e ambientais foram associados aos transtornos mentais entre crianças e adolescentes. No presente estudo, foi encontrado uma associação entre sexo masculino e TDAH 76,1%, transtorno de conduta 60,6%. A associação entre o sexo masculino e TDAH tem sido ressaltada por alguns estudos populacionais devido à diferença da proporção entre os sexos masculino e feminino. Provavelmente, essa diferença se deve ao fato de as meninas apresentarem menos sintomas de agressividade/impulsividade e conduta, causando menos incômodo às famílias e à escola, fazendo com que elas sejam menos encaminhadas ao tratamento 23,9%. Em relação ao sexo masculino e ao transtorno de conduta, é sabido na literatura que há uma associação maior entre esses, provavelmente por algumas diferenças que caracterizam o sexo masculino e o sexo feminino²⁴. Uma dessas diferenças é a expressão da agressividade, maior entre meninos, o que justificaria em parte a maior prevalência do transtorno de conduta ³⁵. Um estudo encontrou uma associação entre

sexo masculino e depressão em ambientes de violência ³⁶. Outro estudo com adolescentes do sexo masculino, estão mais sujeitos a sofrer violência no ambiente comunitário. E, como consequência, crescer em um ambiente de tensão pode contribuir para o desenvolvimento de comportamentos agressivos e/ou defensivos, manifestando-se em retraimento e depressão ³⁷.

No que diz respeito da prevalência de psicopatologias no sexo feminino; os estudos mostraram uma maior associação com o Transtorno Depressivo. O sexo masculino apresenta taxas de depressão um pouco maiores do que ao sexo feminino na infância, entretanto na adolescência ocorre uma modificação com um predomínio do sexo feminino sobre o sexo masculino. Alguns estudos envolvendo crianças e adolescentes demonstraram que a diferença de gênero na prevalência de depressão se manifesta primeiramente entre os 11 e 14 anos, assim se mantendo no decorrer da vida adulta, o que pode sugerir um papel determinante dos hormônios sexuais ³⁸. As mudanças hormonais também têm sido a explicação para a maior prevalência de insônia entre o sexo feminino. Em relação aos transtornos alimentares, diversos estudos comprovam a correlação entre insatisfação com a imagem corporal e a prevalência de sintomas de transtorno alimentar entre o sexo feminino. Em alguns estudos, a insatisfação corporal é a principal justificativa dos transtornos alimentares, estando ainda associada com a depressão ³⁹ e a baixa autoestima ⁴⁰.

A variável analisada quanto a alta do serviço ou não, prevaleceu a não alta 55,8; sendo o motivo ainda a evasão ou não adesão ao tratamento 48,2%. Por outro lado, observou-se que 14,9% obtiveram alta com melhora clínica; e 31% foram acolhidos no CAPSi e encaminhados para outros serviços com suportes adequados para seu tratamento.

Sabemos que a evasão de usuários de serviços de saúde mental é uma realidade, porém ainda pouco divulgada em trabalhos científicos ⁴¹.

A confiança e o aprendizado são um processo sequencial do vínculo a que vêm garantir a adesão aos ensinamentos e às experiências positivas. Isso colabora para um papel mais autônomo do usuário o indivíduo é convidado a responsabilizar-se pelo seu tratamento essa corresponsabilização é sustentada nas relações de escuta que acontece diariamente no acolhimento ⁴². A partir disto, pode-se dizer que a adesão ao tratamento vem de vinculações entre o paciente, o profissional de

saúde e o tratamento em si. Indivíduos mais jovens são significativamente mais propensos a abandonar o tratamento e, em contra partida, independentemente da idade, os pacientes que possuem familiares envolvidos no programa de tratamento apresentam resultados mais favoráveis que os demais ⁴³. O que encontra apoio em outros estudos que descrevem diversos métodos que se caracterizam essencialmente por intervenções que envolvem a família do paciente, destacando-se, assim, a importância da família no auxílio a adesão ao tratamento da dependência ⁴³. É necessário buscar relações de apoio nos grupos mais próximos que se formam, para que o grupo se torne substrato para a mudança terapêutica ⁴⁴. Através do tratamento, essa rede provê coesão e suporte ao adicto, diminui a possibilidade de ocorrência do mecanismo de negação, e promove a concordância com o tratamento. Torna-se cada vez mais claro que quanto maior o suporte que um adicto ou um usuário abusivo possa reunir, maiores as chances de consecução e manutenção da abstinência, bem como de mudanças de comportamento.

Ainda dentro da variável: motivo da alta ou não, observou-se dado significativo de pacientes agrupados no item: Não elegível para o CAPSi. Uma política de saúde mental infanto juvenil deve considerar como diretriz ⁴⁵ a criança e ao adolescente são sujeitos de direitos e detentores de lugares autênticos de fala. A noção de sujeito implica também a de singularidade, ou seja, não é possível pensar em tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva, pois vale a máxima de que “cada caso é um caso”. Nessa linha, é preciso reconhecer voz e escuta de cada criança e adolescente. Cumpre alertar que, mesmo na ausência de pais ou responsáveis, crianças e adolescentes têm direito ao atendimento eventual ou não eventual. O acolhimento universal significa que as portas dos serviços devem estar abertas a todos aqueles que chegam com alguma necessidade de saúde e de saúde mental ⁴⁵. O acolhimento universal não significa que os serviços de saúde e de saúde mental tenham que atender e acompanhar todos os casos que até ali chegam, mas deve fazer uma abordagem para identificar as necessidades de cada situação, propor alguma intervenção inicial e, quando couber, oferecer outras estratégias e lugares de tratamento. Encaminhamento no caso de haver outro serviço que melhor se ajuste às necessidades do usuário, os profissionais que fizeram o acolhimento devem, promover o acompanhamento do caso até a sua inclusão e o seu atendimento em outro serviço. Muitas vezes, é preciso fazer um

trabalho conjunto entre os serviços para o melhor atendimento do caso. Este primeiro acolhimento, aonde quer que chegue o usuário, pode ser determinante nos desdobramentos e na adesão ao tratamento.

Como última variável avaliada no estudo consiste no protocolo de tratamento, ficando como prioritária a abordagem multidisciplinar com associação de psicoterapia e psicofarmacologia num total de 429 pacientes. Conforme a preocupação com a psicopatologia infantil vem aumentando, juntamente cresce a busca para a produção de maior demanda de tratamentos empiricamente respaldados para crianças e adultos ⁴⁶. Até então a psicoterapia se mostra a ferramenta de maior eficácia quanto ao tratamento comportamental e cognitivo comportamental com crianças. Porém, o tratamento psicoterapêutico com crianças é desafiador e complexo. Quanto mais jovem for a criança maior a dificuldade de verbalização da sua dificuldade ⁴⁷. É importância relatar que o tratamento farmacológico do TDAH, em crianças e adolescentes, é constituído basicamente pela utilização de estimulantes do SNC, sendo que a medicação mais utilizada no tratamento é o Metilfenidato ⁴⁸.

Conclusão

Dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmam que um em cada cinco adolescentes enfrenta condições que comprometam a saúde mental. A organização estima que metade de todos os transtornos começam aos 14 anos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os anos, cerca de 1 milhão de pessoas tiram as próprias vidas, o que corresponde a 1,4% das mortes no mundo. O suicídio também está entre as três principais causas de mortes entre adolescentes de 15 a 19 anos. Além disso, devido às condições de vida, discriminação, falta de acesso a serviços ou apoio de qualidade, algumas crianças e adolescentes possuem maior risco de desenvolverem esses problemas. Isso porque alguns destes jovens vivem em ambientes frágeis e situações de vulnerabilidade; sofrem com doenças crônicas, incapacidade intelectual ou outra condição neurológica.

Por isso, as condições de saúde mental em crianças devem ser diagnosticadas e tratadas por um profissional especialista, com base em sinais, sintomas e pelas condições que afetam a vida diária de cada indivíduo.

Os serviços de saúde mental infanto juvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições.

No dia 25 de maio deste ano o CAPSi de Criciúma-SC completou 10 anos de sua implementação, se constitui num fundamental seguimento de atenção à saúde mental infanto juvenil. No estudo conclui-se que existe uma elevada demanda dos transtornos mentais em crianças e adolescentes e se reitera a necessidade de medidas como: capacitação de equipes de saúde, estruturação do sistema e a própria valorização das experiências familiares.

Desse modo, identificar os transtornos (psicopatologias) mais prevalentes pode colaborar com a melhora na atenção e aumento da oferta de serviços específicos para população infanto juvenil.

Contribuições individuais

João Augusto Nicknick Fagundes – Participou da busca bibliográfica, coleta de dados e construção do artigo.

Gustavo Feier – Participou da busca bibliográfica e construção do artigo como orientador do projeto.

Ana Olinda Nicknick – Participou da busca bibliográfica e construção do artigo como professor colaborador.

Conflito de interesses

Nada a declarar.

Agradecimentos

Aos funcionários do Capsi em especial à coordenadora Márcia e a psicóloga Giordana.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. 2017 [cited Mar 21 2017]. Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Ferraz, I. E. I. et al. Fatores psicossociais associados ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes. Rev. Med. UFC. v. 57, n. 2, p. 8- 13, maio/ago. 2017.
3. Delvan, JS et al. Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil. Rev Bras Cresc e Desenv Hum 2010; 20(2): 228-237.
4. Brasil, “Constituição da República Federativa do Brasil”. 1988.
5. Brasil. Ministério da saúde. Ministério da justiça. Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
6. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
7. Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulker, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. The Lancet, 378(9801), 1515-1525.
8. World health organization. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Genebra, 2001.
9. Bordin IAS, Offord DR. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. Ver Bras Psiquiatria. 2000;22(Suppl II):12-5.
10. World health organization. Who mental policy and service guidance package: human resources and training in mental health. World health organization, 2005.
11. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria executiva. Secretaria de atenção à saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília, ministério da saúde, 2004.
12. Bezerra, E. Princípios de análise e projeto de sistemas com UML. Editora campus. 2003.

13. Machado, C. M. et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Rev. Psi. v. 16, 53-62. São Paulo, maio-ago. 2014.
14. Thiengo DL, Santos JFC, Mason VC, Abelha L, Lovisi GM. Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. Cad Saúde Coletiva. 2011;19(2):129- 38
15. G A Bernstein, C M Borchardt, A R Perwien. Anxiety Disorders In Children And Adolescents: A Review Of The Past 10 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996 Sep;35(9):1110-9.
16. Gadia CA, Tuchman R, Rotta NT. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. J Pediatr. 2004;80(Supl II):s83-s94.
17. Croen LA, Grether JK, Selvin S. The epidemiology of mental retardation of unknown cause. Pediatrics. 2001;107(6):E86.
18. Rocha PR da, David HMSL. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. Rev Esc Enferm USP. 2015
19. Bahls SC, Bahls FR. Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. Estud Psicol. 2003;20(2):25-34.
20. Wright-Strawderman C, Watson BL. The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. J Learn Disabil. 1992;25(4):258-64.
21. Golfeto JH, Barbosa GA. Epidemiologia. In: Rohde LA, Matos P. organizadores. Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: Artmed, 2003.
22. Reiff MI, Stein MT. Attention-deficit/hyperactivity disorder evaluation and diagnosis: a practical approach in office practice. Pediatr Clin N Am. 2003;50(5):1019-48.
23. Vasconcelos MM, Werner JJ, Malheiros AFA, Lima DFN, Santos I, Barbosa JB. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. Arq Neuropsiquiatria. 2003;61(1):67-73.
24. Cruzeiro ALC, Silva RA, Horta BL, Souza LDM, Faria AG, Pinheiro RT, et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. Cad Saúde Pública. 2008;24(9):2013-20.
25. Johnson S, Hollis C, Kochhar P, Hennessy E, Wolke D, Marlow N. Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010;49(5):453-63

26. Watkins TR, Lewellen A, Barret M. Dual diagnosis: an integrated approach to treatment. Sage publications, Inc; 2001
27. Batistoni SS, Neri A L, Cupertino AP. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. Rev Saúde Pública. 2007;41(4):598-605.
28. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiq Clínica. 2006;33(2):43-54.
29. Flouri, E., & Midouhas, E. (2017). Environmental adversity and children's early trajectories of problem behavior: The role of harsh parental discipline. *Journal of Family Psychology, 31(2)*, 234-243
30. Candice L. Odgers, Avshalom Caspi, Michael A. Russell, Robert J. Sampson, Louise Arseneault and Terrie E. Moffitt. Supportive parenting mediates neighborhood socioeconomic disparities in children's antisocial behavior from ages 5 to 12. Published online by Cambridge University Press: 02 July 2012
31. Souza J.C. Atuação do Psicólogo Frente aos Transtornos Globais do Desenvolvimento Infantil PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2004, 24 (2), 24-31.
32. Demmer, D., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J., & Lum, J. (2017). Sex differences in the prevalence of Oppositional Defiant Disorder during middle childhood: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45(2)*, 313-325.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSMV). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
34. Boarati MA, Pantano T, Scivoletto S. Psiquiatria da infância e da adolescência: cuidado multidisciplinar. 1ª Ed. Barueri: Editora Manole LTDA; 2016.
35. Guimarães NM, Pasian SR. Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. Psicol Estud. 2006;11(1):89-97.
36. Zinzow HM, Ruggiero KJ, Resnick H, Hanson R, Smith D, Sauders B, et al. Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;50(4):441-50

37. Costa IER, Ludemir AB, Avelar I. Violências contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo. *Ciênc Saúde Coletiv.* 2007;12(50):1193-200
38. Versiani M, Reis R, Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *J Bras Psiquiatria.* 2000;49(10-12):367-82.
39. Santos M, Richards CS, Bleckley MK. Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents. *Eating Behaviors.* 2007;8(4):440-9.
40. Pereira, M. O; Amorim, A; Vidal, V; Falavigna, M. F; Ferreira O, M. A. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental: *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 26, núm. 5, 2013, p. 409-412
41. Alves, T. D. C. O significado do cuidado para usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – CAPSad – Ceilândia – Distrito Federal. 2012. 54 f. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional). Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
42. Michelon L, Vallada H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Rev Psiq Clínica.* 2005;32(supl I):21-7.
43. Peixoto, Clayton et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J. bras. psiquiatr.* 2010, vol.59, n.4, pp. 317-321.
44. Schenker, M; Minayo, M C de S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun.2004 .
45. Ministério da Saúde. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília, 2005.
46. Caballo, V. E.; SIMÓN, M. Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente. Vila Mariana: Santos, 2005.
47. Ajuriaguerra, J. Manual da psicopatologia infantil. 2. ed. São Paulo: Masson, 1986. p.454.
48. McVey G, Tweed S, Blackmore E. Healthy schools-healthy kids: a controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image.* 2007;4(2):115-36.