

PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS EM SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DE BELO HORIZONTE

Profile of patients assisted in an emergency service of childhood and adolescence psychiatry in Belo Horizonte

Ana Luisa Souto Gandra¹, Ana Maria Fidelis Silva Campos¹, Amanda Carvalho Mitre Chaves¹, Maria Carolina Lobato Machado¹, Júlia Passini Vaz-Tostes¹, Luciana Rodrigues da Cunha¹

RESUMO

Introdução: Embora a população infanto-juvenil que necessita de atendimento psiquiátrico de urgência seja expressiva, pouco se sabe sobre as reais demandas desses pacientes. Imagina-se que as principais queixas sejam alterações de comportamento, comportamento suicida, depressão, agressividade, abuso de substâncias e situações de violência, porém, enquanto dados formais não existirem, dificilmente políticas públicas eficazes poderão ser criadas. **Objetivo:** Avaliar o perfil dos pacientes atendidos no Serviço de Urgência de Psiquiatria do Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI). **Método:** Estudo transversal baseado na análise de prontuários referentes a 2255 atendimentos realizados entre junho de 2017 e maio de 2018. **Resultados:** Verificou-se que os pacientes eram principalmente pardos (66,9%), do sexo masculino (62,7%) e com idade média de $13,0 \pm 3,8$ anos. A maioria dos pacientes morava em Belo Horizonte (59,6%). A presença de história familiar de transtorno psiquiátrico estava presente em 40,4%, sendo que 47,3% dos prontuários não possuía tal informação. A principal queixa encontrada foi agitação (41,4%) e o principal diagnóstico dado foi depressão (29,3%). A principal comorbidade encontrada foi epilepsia (28,6%). **Conclusão:** Embora trate-se de um estudo transversal, restrito a Minas Gerais, o grande número amostral permite que certas inferências sejam feitas em relação ao cenário brasileiro. Espera-se que estudos desse porte permitam que políticas sejam criadas, garantindo o melhor atendimento no âmbito da psiquiatria infantil.

Palavras-chave: Psiquiatria infantil; Emergências; Transtornos do comportamento infantil.

ABSTRACT

Introduction: Although the child and youth population that needs urgent psychiatric care is significant, little is known about the real demands of these patients. It is thought that the main complaints are changes in behavior, suicidal behavior, depression, aggression, substance abuse and situations of violence, however, as long as formal data do not exist, effective public policies can hardly be created. **Objective:** To evaluate the profile of patients treated at the Psychiatric Emergency Department of the Adolescent and Child Psychiatric Center (CEPAI). **Method:** Cross-sectional study based on the analysis of medical records regarding 2255 consultations performed between June 2017 and May 2018. **Results:** It was found that the patients were mainly brown (66.9%), male (62.7%) and with average age 13.0 ± 3.8 years. Most patients lived in Belo Horizonte (59.6%). The presence of family history of psychiatric disorder was present in 40.4% and 47.3% of the medical records did not have such information. The main complaint was agitation (41.4%) and the main diagnosis was depression (29.3%). The main comorbidity found was epilepsy (28.6%). **Conclusion:** Although this is a cross-sectional study restricted to Minas Gerais the large sample size allows certain inferences to be made in relation to the Brazilian scenario. Such a significant study is expected to allow the creation of government strategies, ensuring the best care in the context of child psychiatry.

Keywords: Child psychiatry; Emergency; Child Behavior Disorders.

¹Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG - Brasil

Autor correspondente: Ana Luisa Souto Gandra – Avenida Alvares Cabral, Nº 1162. Bairro: Lourdes. CEP: 300170-001 – Belo Horizonte, MG, Brasil. Email: analuisagandra@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, cerca de 25% da população brasileira é composta por indivíduos abaixo dos 18 anos. Frente a essa importante parcela composta por crianças e adolescentes no Brasil, pouco se falava de transtornos psiquiátricos infantis antes da década de 1990, mesmo internacionalmente¹. Escotto-Morett cita, inclusive, que nos primeiros 45 anos da revista *American Journal of Insanity* (1844-1989) – revista precursora da *American Journal of Psychiatry* – nada relativo a crianças foi publicado¹. O mesmo autor indica que a falta de registros médicos pode se dever ao fato de que transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência não eram encarados como problemas médicos, e sim como alterações de comportamento passíveis de correção até mesmo por punição¹.

O estudo de transtornos psiquiátricos infanto-juvenis se intensificou no século XX, culminando em dados que caracterizam os principais quadros encontrados nessa faixa etária¹. Inclusive, estudos apontam o suicídio como a segunda causa de morte em adolescentes² e demonstram que a procura por atendimento de urgência por pacientes com transtornos psiquiátricos quase dobrou nos últimos 15 anos nos Estados Unidos³. Entretanto, as informações relativas às principais demandas dessa população no serviço de urgência ainda são escassas. Enquanto a literatura internacional sugere que no atendimento psiquiátrico de urgência predominam alterações de comportamento sem diagnóstico estabelecido, além de comportamento suicida, depressão, agressividade, abuso de substâncias e situações de violência⁴, a literatura nacional carece de dados semelhantes.

A falta de dados nacionais a respeito das queixas e quadros mais prevalentes prejudica a criação de políticas públicas e medidas de suporte mais efetivas na condução de tais casos. Essa escassez de dados epidemiológicos pode ser parcialmente explicada pelo fato de que a avaliação da população infanto-juvenil é complexa e cara, uma vez que depende de profissionais especializados capazes de compreender as diversas formas de um transtorno se manifestar em pacientes que, por não terem completado ainda seu desenvolvimento, demonstram conflitos emocionais muitas vezes por meio de comportamentos que não se adaptam ao meio⁵. Outro fator que torna a coleta de dados mais difícil é a necessidade de um responsável, que reconheça a necessidade de atendimento psiquiátrico e leve a criança ou o adolescente até um serviço especializado e saiba descrever as alterações de comportamento⁵.

Considerando que a literatura estrangeira reconhece que os transtornos psiquiátricos podem se perpetuar ao longo da vida do paciente, é conhecido que uma criança doente, independente da causa, traz alterações no âmbito familiar, custos necessários para o cuidado e a necessidade de alterações no ambiente escolar¹. Além disso, já foi relatado que jovens com transtornos psiquiátricos podem estar mais envolvidos em comportamentos de risco, como o uso de drogas e tentativas de autoextermínio¹.

Torna-se claro, então, que estudos que determinem as reais necessidades da saúde mental da infância e adolescência no Brasil são necessários não só para guiar medidas públicas de intervenção como também para permitir a educação da população, permitindo, assim, que mudanças de comportamento ou outras alterações patológicas sejam notadas pelos cuidadores das crianças

e adolescentes.

Assim, o estudo realizado visa elucidar o perfil de pacientes atendidos em serviço de urgência em psiquiatria da infância e adolescência de Belo Horizonte, e contribuir para o enriquecimento das bases de dados brasileiras.

MÉTODO

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado com o uso de dados de prontuários de pacientes atendidos na urgência de um Serviço de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Belo Horizonte durante o período de um ano, compreendido entre maio de 2017 a junho de 2018, objetivando definir o perfil clínico dos pacientes atendidos.

Tal serviço funciona durante todos os dias da semana, 24 horas por dia, com atendimento de pacientes de Belo Horizonte e do interior de Minas Gerais. Durante o plantão diurno, de 07 às 19h, geralmente os pacientes são acolhidos por um profissional da equipe multiprofissional, podendo ou não passar por atendimento psiquiátrico. Durante o plantão noturno, o atendimento é sempre feito pelo psiquiatra. Assim, ao dividir o tipo de atendimento na coleta de dados, optou-se por: acolhimento (atendimento somente por equipe multiprofissional); plantão médico (atendimento somente pelo psiquiatra) e acolhimento + plantão médico (quando o paciente, além de passar pelo acolhimento, também passa pelo atendimento do psiquiatra).

Como o serviço é em Belo Horizonte, divide-se o atendimento das 9 regionais de Belo Horizonte com outros dois serviços. Assim, nesse serviço são feitos atendimentos das regionais Leste, Centro-Sul e Barreiro. Porém, como se trata do único serviço de atendimento psiquiátrico 24 horas, especialmente durante o período noturno, o CEPAI é referência de atendimento de urgência também para as demais regionais de Belo Horizonte.

Amostra

A amostra final consistiu em 2255 prontuários de crianças e adolescentes, até 18 anos, que foram atendidos no serviço de urgência psiquiátrica no período de 01 de junho de 2017 a 31 de maio de 2018. Foram excluídos prontuários ilegíveis.

A identificação dos pacientes foi preservada em sigilo pelos pesquisadores. O uso e o acesso aos prontuários seguiram as disposições éticas e legais brasileiras, sendo os dados obtidos utilizados única e exclusivamente para fins de pesquisa. Em função de se tratar de estudo transversal, com dados obtidos através de análise de prontuários, sem qualquer contato dos pesquisadores com os pacientes, não houve necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumentos

O principal instrumento usado durante a coleta de dados foi um roteiro, produzido pelas autoras, para guiar a coleta de dados. No roteiro havia dados referentes a características epidemiológicas, dados familiares, principais queixas durante o atendimento, tipo de atendimento e história pregressa do paciente.

Procedimentos

Trata-se de um “braço” do projeto “Prevalência de transtornos psiquiátricos atendidos na urgência de um serviço de psiquiatria da infância e adolescência” e a coleta de dados foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética (número de aprovação 3.291.402).

A coleta de dados ocorreu em um período de 05 meses, durante 02 dias da semana, por aproximadamente 04 horas por dia. Os dados obtidos da análise dos prontuários foram organizados em uma planilha para posterior análise estatística.

Durante todo o período de realização do projeto, a revisão bibliográfica foi feita por meio de artigos obtidos em bases de dados como Scielo, Pubmed e Lilacs, onde foram pesquisadas palavras-chaves como “Psiquiatria infantil”, “Urgência”, “Psychiatric Urgency” e “Transtornos mentais na infância”.

Análise Estatística

Ao realizar as análises descritivas, a frequência e a porcentagem foram utilizadas para as variáveis categóricas, além da média $\pm$ desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme adequado, para variáveis contínuas. O teste Shapiro-Wilk foi o escolhido para avaliar a normalidade da distribuição de dados, enquanto o teste Qui-quadrado de Pearson assintótico foi usado para realizar a análise comparativa das variáveis categóricas. Em relação à comparação entre as médias das variáveis contínuas, foi utilizado o teste *t* de Student. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS versão 20.0 para Windows.

RESULTADOS

A amostra final consistiu em 2255 prontuários correspondentes a pacientes atendidos durante o período de um ano (junho de 2017 a maio de 2018), sendo que a maioria recebeu atendimento médico de urgência (68,7%). Verificou-se, que 62,7% eram do sexo masculino e 37,3% do sexo feminino. A média de idade encontrada foi 13,0 $\pm$ 3,8 anos e, em relação à etnia, 66,9% eram pardos. Em relação à origem do encaminhamento dos pacientes, a maior parcela (39,6%) veio por demanda espontânea.

Além disso, para 58,2% dos atendimentos essa foi a primeira vez no serviço, enquanto 41,7% já haviam sido atendidos anteriormente. Quando se avaliou a procedência, identificou-se que 59,6% dos pacientes moram em Belo Horizonte ou na região metropolitana, sendo que, dos residentes em BH, 28,8% eram da regional Leste. Ainda sobre a moradia dos pacientes, 50,4% moravam com uma a quatro pessoas.

Os responsáveis pelos pacientes, em 35,9% dos atendimentos, eram os pais biológicos, 28,7% apenas a mãe e em 10,4% dos casos não havia tal informação. Sobre os familiares, 40,4% dos pacientes apresentavam histórico familiar de transtorno psiquiátrico. Nesse mesmo quesito, contudo, 47,3% não apresentavam informações. Sobre a vida escolar, 63,1% dos pacientes estava estudando, sendo que 19,6% dos atendimentos não apresentava essa informação, além disso, a maioria também não relatava histórico de reprovação (77,9%) ou mudança recente de escola (85,5%).

Quanto às principais queixas relatadas durante o atendimento, as mais significativas foram agitação (41,4%) e agressividade (38,8%). A prevalência dessas queixas pode ser vista na tabela a seguir (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência das queixas principais dos atendimentos.

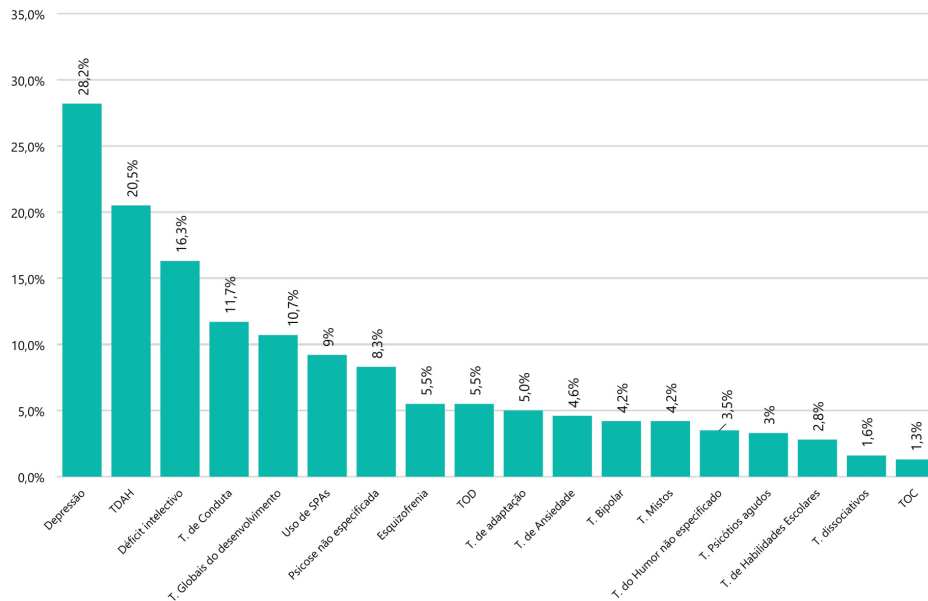
	n (%)
Agitação	927 (41,1%)
Agressividade	875 (38,8%)
Nervosismo/Irritabilidade	632 (28,0%)
Dificuldade Escolar	505 (22,4%)
Não Obedece	434 (19,2%)
Depressão	423 (18,8%)
Uso de Substâncias Psicoativas	400 (17,7%)
Automutilação	327 (14,5%)
Dificuldade de Atenção	321 (14,2%)
Tentativa de Autoextermínio (TAE)	316 (14,0%)
Intenção de Autoextermínio (IAE)	306 (13,6%)
Ansiedade	303 (13,4%)
Alucinação	303 (13,4%)
Isolamento	280 (12,4%)
Delírio	193 (8,6%)
Variação de Humor	155 (6,9%)
Renovação de Receita/Perdeu a Consulta	129 (5,7%)

O próximo quesito a ser analisado foi a presença ou não de diagnóstico no momento do atendimento, sendo que, na maioria dos casos (62,4%) esse estava presente. Dentre os diagnósticos dados no atendimento, o mais frequente foi “Depressão” (29,3%), seguido de “Déficit intelectual” (14,1%), de “Outros Transtornos de Conduta” (11,3%) e de “Uso de Substâncias” (11,0%).

Dos pacientes atendidos, a maioria não foi hospitalizada (87,6%), sendo que, dentre os hospitalizados, a maioria o fez em um Serviço de Saúde Mental (75,3%), principalmente no próprio CEPAL.

A seguir, analisou-se a presença de diagnóstico prévio, sendo que, naqueles em que esse estava presente (45%), o diagnóstico anterior mais comum foi “Depressão” (28,3%), seguido de “Transtorno de Atenção e Hiperatividade” (20,5%). Em 19,7% dos prontuários não havia essa informação. A análise de todos os diagnósticos prévios encontrados pode ser vista no gráfico a seguir (Gráfico 1):

Foi avaliada, então, a presença de outro diagnóstico clínico, sendo que a maioria (50,1%) não o possuía e 32,7% não possuía informações em prontuário. Dentre os que possuíam um diagnóstico não psiquiátrico, a maioria era de “epilepsia” (28,6%), seguida de “asma” (22,2%). Depois, avaliou-se a presença de Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor (16,8%) e o Histórico de Trauma (27,1%). Cabe ressaltar que em 53,2% dos atendimentos de urgência não havia informação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor. Dentre os que possuíam relato de histórico de vivência descrita como traumática, os relatos mais frequentes eram de “abuso sexual” (21,8%) e de “violência não-especificada” (18,7%), com 61,7% dos prontuários sem informação a esse respeito.



T.: Transtorno. TOC: Transtorno Obsessivo Compulsivo. TDAH: Transtorno de Atenção e Hiperatividade. TOD: Transtorno Opositor Desafiador. SPAs: Substâncias Psicoativas.

Gráfico 1: Prevalência dos diagnósticos prévios encontrados nos pacientes avaliados.

Quando analisado o perfil dos pacientes que foram avaliados por médicos, os dados encontrados foram de maioria do sexo masculino (58,8%), que nunca tinham sido atendidos no CEPAI (41,2%), residentes em Belo Horizonte e região metropolitana (66,6%) e com média de idade de $14,1 \pm 3,1$ anos. A maioria desses pacientes teve algum diagnóstico no atendimento (87,2%) e apenas 16,7% foram hospitalizados. Nesses atendimentos, os sintomas mais presentes foram “Agressividade” (39,5%) e “Agitação” (38,9%). Os principais sinais e sintomas encontrados podem ser vistos na tabela abaixo, assim como a avaliação da prevalência de dados demográficos e de dados referentes ao atendimento realizado, sendo que 703 pacientes passaram somente pelo acolhimento e 1550 receberam atendimento médico (Tabela 2).

Quanto às demais diferenças significativas encontradas em relação aos que passaram por atendimento médico *versus* aqueles que passaram apenas por acolhimento, encontrou-se que, no último caso, os pacientes eram mais novos, com média de idade de $10,6 \pm 4,1$ anos, e residiam, principalmente, em outras cidades de Minas Gerais (55,3%).

Tabela 2. Principais sintomas encontrados nos pacientes atendimentos somente no acolhimento *versus* aqueles encontrados nos pacientes que foram atendidos por médicos .

Variáveis	Somente acolhimento <i>n</i> (%)	Assistência médica <i>n</i> (%)	<i>P</i>
Demográficas			
Idade ^a	10,6 ± 4,1	14,1 ± 3,1	<0,001
Primeira vez no CEPAI	477 (67,8)	831 (53,6)	<0,001
Sexo/Gênero			
Masculino	499 (71,0)	912 (58,8)	<0,001
Feminino	204 (29,0)	638 (41,2)	
Sintomas			
Tentativa de autoextermínio presente	29 (4,1)	287 (18,5)	<0,001
Intenção de autoextermínio presente	31 (4,4)	275 (17,7)	<0,001
Automutilação	41 (5,8)	286 (18,4)	<0,001
Depressão	64 (9,1)	359 (23,1)	<0,001
Ansiedade	96 (13,6)	207 (13,3)	0,850
Agitação	324 (46,0)	603 (38,9)	0,001
Agressividade	262 (37,2)	613 (39,5)	0,300
Alucinação	30 (4,3)	273 (17,6)	<0,001
Delírio	16 (2,3)	177 (11,4)	<0,001
Dificuldade escolar	275 (39,1)	230 (14,8)	<0,001
Dificuldade de atenção	201 (28,6)	120 (7,7)	<0,001
Nervosismo/Irritabilidade	171 (24,3)	462 (29,8)	0,007
Não obedece	173 (24,6)	261 (16,8)	<0,001
Uso de substâncias psicoativas	44 (6,2)	356 (23,0)	<0,001
Isolamento	83 (11,8)	197 (12,7)	0,540
Variação de Humor	39 (5,5)	116 (7,5)	0,090
Residência			
Belo Horizonte e Região metropolitana	314 (44,7)	1028 (66,6)	<0,001
Outras cidades	388 (55,3)	515 (33,4)	
Diagnóstico no atendimento	50 (7,1)	1351 (87,2)	<0,001
Hospitalização	10 (1,4)	257 (16,7)	<0,001

a: média ± desvio padrão. Foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson assintótico e o teste t de Student.

DISCUSSÃO

Conforme mencionado anteriormente, não existem dados específicos que descrevam as principais causas de atendimento psiquiátrico infanto-juvenil na emergência do Brasil, mas espera-se que os resultados sejam semelhantes aos encontrados internacionalmente. Segundo publicações da *American Academy of Pediatrics*⁶ até mesmo os dados avaliados no resto do mundo são insuficientes quando se trata da saúde mental pediátrica, sendo que a publicação associa parcialmente essa insuficiência de dados ao fato de que muitos dos atendimentos são feitos em serviços gerais e entendidos como “alterações não psiquiátricas”.

No entanto, ao observarmos os resultados do presente trabalho, foi possível perceber que mesmo em um serviço especializado nesse atendimento, muitas vezes a coleta de informações do paciente é feita de forma insuficiente, com ausência de dados relevantes à avaliação epidemiológica. Como exemplo, temos que 47,3% dos prontuários avaliados não possuíam informação a respeito da presença ou não de doença psiquiátrica na família do paciente. Levando em consideração a importância do papel da hereditariedade em diversas doenças psiquiátricas^{7,8}, a ausência dessa informação em quase metade dos prontuários avaliados pode indicar que relevantes avaliações epidemiológicas estão sendo perdidas. Outro dado que indicaria essa descrição insuficiente do atendimento é o de que em 61,7% dos prontuários não havia informações relativas a histórico de experiências traumáticas. Essa porcentagem é alarmante quando se considera o impacto que vivências adversas, como abuso sexual e *bullying*, podem ter no surgimento de doenças mentais e até mesmo na gravidade dessas^{9,10,11,12,13}.

Em relação à predominância de meninos (62,7%), esses dados se assemelham a estudos espanhóis de 2016¹⁵, embora com maior predominância dentro do presente estudo. Cabe ressaltar que existem estudos semelhantes ao aqui relatado que indicaram predominância de atendimentos de meninas^{16,17,18}. Há algumas sugestões para explicar a diferença da predominância do sexo, como o maior uso de substâncias psicoativas pelos jovens do sexo masculino¹⁹ ou a maior vulnerabilidade dos meninos à violência²⁰, condições que frequentemente estão presentes nos atendimentos desse serviço de urgência. Já a média de idade foi análoga a encontrada nos estudos semelhantes^{16,17,18}. O fato de a segunda maior porcentagem de responsável legal ser correspondente a “Apenas a mãe” também não é surpresa, haja vista que, no Brasil, estima-se que cerca de 12,2% das crianças do país vivam só com a mãe, enquanto apenas 1,8% vivem só com o pai²¹. O dado de que 40,4% dos pacientes possuíam histórico familiar de transtorno psiquiátrico também condiz com dados da literatura que indicam que muitos desses transtornos parecem ter característica genética^{7,8}.

Referindo-se às principais queixas encontradas no atendimento, a predominância de agitação e agressividade condiz com os dados encontrados na literatura, que indicam como principais queixas as alterações de conduta^{15,16,17,18,21,22} e, em alguns estudos, tentativa de suicídio e ansiedade²³. A predominância de comportamento agressivo é, de certa forma, esperada, tendo em vista que pode ser uma manifestação de praticamente todos os transtornos psiquiátricos⁴. Tal manifestação é compatível com a prevalência de meninos sendo atendidos, uma vez que é conhecido que a agressividade tende a estar presente principalmente em indivíduos do sexo masculino³. Além disso, por tratar-se de um serviço de

urgência, é compreensivo que episódios de agressividade resultem em procura de assistência psiquiátrica de maneira imediata. A presença de várias queixas de nervosismo/irritabilidade também é condizente com a literatura estrangeira²³.

A importante prevalência de diagnósticos de depressão também pode ser encontrada na literatura de outros países^{18,22}, embora o diagnóstico de ansiedade, muito predominante em outros estudos^{18,22}, não tenha sido tão significativo nessa pesquisa. Diferentemente do que foi encontrado em estudos espanhóis, em que os pacientes possuíam história prévia principalmente de transtornos de conduta e de atenção/hiperatividade¹⁷, o presente estudo encontrou que o principal diagnóstico prévio era de depressão, seguido, então pelo diagnóstico de TDAH. A alta prevalência de diagnósticos prévios de TDAH pode estar associada à grande divulgação dessa doença²⁴.

A epilepsia como principal comorbidade clínica era algo esperado, uma vez que não só outros estudos indicam essa alta prevalência¹⁷, como também outras publicações citam que aproximadamente 40% das crianças e adolescentes com epilepsia apresentam doenças psiquiátricas²⁵. É interessante ressaltar que não é incomum que o tratamento de pacientes com epilepsia seja atribuído somente aos psiquiatras²⁶, o que pode ser um reflexo dessa importante associação entre essas comorbidades.

Por fim, ao se analisar comparativamente os atendimentos feitos com e sem assistência psiquiátrica, é possível observar que a média de idade foi mais alta (14,1±3,1 anos) naqueles que foram atendidos por médicos. Além disso, nesses pacientes, foram predominantes as queixas que podem ser entendidas como mais graves (como tentativa de autoextermínio, ideação suicida, automutilação, depressão, alucinação, delírio e uso de substâncias psicoativas).

Limitações do Estudo

Dentre as principais limitações inerentes a uma coleta de dados, a mais importante nesse estudo foi a ausência de informações completas para análise. Além disso, houve prontuários extraviados ou não encontrados, o que inviabilizou a análise dos mesmos. Outro aspecto limitante foi a ocorrência de informações ilegíveis e/ou incongruentes. É importante ressaltar que os dados obtidos foram referentes a apenas um estado, de forma que eles podem não refletir a realidade de todo o país.

Outra limitação decorrente do estudo basear-se em análise de prontuários é que os dados relatados estão sujeitos à do médico que entrevistou o paciente.

CONCLUSÃO

Mediante a coleta e a análise extensiva de 2255 atendimentos, foi possível a hipótese inicial do estudo de que os dados seriam semelhantes aos vistos na literatura internacional. Informações como uma maioria de pacientes masculinos, principais queixas relativas à alteração de conduta e a grande associação de transtornos psiquiátricos à epilepsia, reiteram essa semelhança.

Apesar disso, o estudo ainda se mostra inovador, uma vez que elucida o perfil de pacientes atendidos em serviço de urgência em psiquiatria da infância e adolescência de Belo Horizonte, e contribui para o enriquecimento das bases de dados brasileiras.

Com o melhor conhecimento dessa população, todos os envolvidos no atendimento desses pacientes podem ser orientados sobre suas principais demandas.

Houve limitações referentes à coleta de dados, como o não preenchimento de alguns campos necessários e à subjetividade do entrevistador. A identificação dessas limitações pode permitir que haja padronização do preenchimento dos prontuários. Além da limitação na coleta, vale ressaltar que apesar da amostra expressiva, os resultados possivelmente não podem ser extrapolados para toda a realidade nacional, embora o impactante número amostral dessa pesquisa permita certas inferências. Até a finalização da coleta de dados não havia estudos nacionais com um grupo amostral tão extenso.

Estudos transversais como esse abrem portas para pesquisas mais profundas sobre a população psiquiátrica infanto-juvenil, e podem permitir o desenvolvimento de políticas públicas e intervenções mais eficientes, preparando profissionais de saúde e cuidadores.

REFERÊNCIAS

- Escotto-Morett J, Ángeles-Llerenas A, Domínguez-Esponda R, Márquez-Caraveo, ME. Procesos de atención a menores de 20 años en La Castañeda: evolución del concepto de infancia en psiquiatria. *Salud Pública de México*. 2017; 59(4): 468-476.
- Kalb L.G., Stapp E.K., Ballard E.D., Holingue C., Keefer A., Riley A. Trends in psychiatric emergency department visits among youth and young adults in the us. *Pediatrics*, 2019;143.
- Benarous X, Milhiet V, Oppetit A, Viaux S, El Kamel NM, Guinchat V, et al. Changes in the Use of Emergency Care for the Youth With Mental Health Problems Over Decades: A Repeated Cross Sectional Study. *Front. Psychiatry*. 2019; 10:26
- Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2010; 32(Suppl. 2): S112-S120
- Bird HR., Duarte CS. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de saúde mental. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2002; 24; 4: 162-163.
- Dolan MA, Mace SE. Pediatric Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System. *Pediatrics*. 2006 Oct;118(4):1764-7
- Hyman SE. The genetics of mental illness: implications for practice. *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):455-463.
- Navarro-Mateu F, Tormo M, Vilagut G, et al Epidemiology and genetics of common mental disorders in the general population: the PEGASUS-Murcia project *BMJ Open* 2013;3:e004035.
- Shrivastava AK, Karia SB, Sonavane SS, De Sousa AA. Child sexual abuse and the development of psychiatric disorders: a neurobiological trajectory of pathogenesis. *Industrial psychiatry journal*. 2017;26(1):4-12.
- Hébert, M., Lavoie F, Blais, M. Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; 19(3): 685-694.
- Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, et al Violence and mental illness: what is the true story? *J Epidemiol Community Health* 2016;70:223-225.
- Newman JM, Turnbull A., Berman BA., Rodrigues SMA., Serper, MR. Impact of Traumatic and Violent Victimization Experiences in Individuals With Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2010; 198;10:708-714.
- Schulte-Körne G. Mental Health Problems in a School Setting in Children and Adolescents. *DtschArztebl Int*. 2016;113(11):183-190.
- Rozel, J.S. *CurrEmerg Hosp Med Rep*. 2015; 3: 202.
- Porter M, Gracia R, Oliva JC, et al. Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences. *Actas españolas de psiquiatria* 2016;44(6):203-11.
- Akkaya-Kalayci T, Popow C, Waldhör T, et al. Psychiatric emergencies of minors with and without migration background. *Psychiatrische Akutvorstellungen von Minderjährigen mit und ohne Migrationshintergrund. Neuropsychiatr*. 2017;31(1):1-7.
- Fernández-Quintana, A., Novo-Ponte, A., Quiroga-Fernández, C., Méndez-Iglesias, R., & Pereiro-Gómez, C. Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento. *Revista De Psiquiatria Infanto-Juvenil*.2018; 35(1): 17-30.
- Matali JL, Andión O et al. Adolescents and Dual Diagnosis in a Psychiatric Emergency Service. *Adicciones*. 106. 2;28(2): 71-9.
- Horta RL. Et al. Prevalência e condições associadas ao uso de drogas ilícitas na vida: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. 2015. *Ver Bras Epidemiol* 2018; 21(1).
- Souza, ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 59-70.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico, 2010.
- Benarous X, Milhiet V, Oppetit A, et al. Changes in the Use of Emergency Care for the Youth With Mental Health Problems Over Decades: A Repeated Cross Sectional Study. *Front Psychiatry*. 2019;10:26.
- Boyer L, Henry JM, Samuelian JC, et al. Mental Disorders among Children and Adolescents Admitted to a French Psychiatric Emergency Service. *Emerg Med Int*. 2013;2013:651530.
- Araz Altay, M.; Bozatlı, L.; DemirciŞipka, B.; Görker, I. Current Pattern of Psychiatric Comorbidity and Psychotropic Drug Prescription in Child and Adolescent Patients. *Medicina* 2019; 55:159.
- Maia Filho HS, Costa CRM, Gomes MM. Epilepsia e saúde mental na infância. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 2006; 12(2): 79-88.
- Marchetti, RL, CastroAPW, Kurcgant D, Cremonese E, Gallucci Neto J. Transtornos mentais associados à epilepsia. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 2005;32(3), 170-182.