

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO INFANTO-JUVENIL EM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO

Sociodemographic and clinical profile of psychiatric child care in a university medical service

Maria Carolina Lobato Machado^{1,2}, Mariana Martins Grassi Sedlmaier¹, Marina Patrus Ananias de Souza Brandão¹, Felipe Cambraia Pereira de Barros^{1,3}, Rafael Ferreira^{1,4}

RESUMO

INTRODUÇÃO: O atendimento psiquiátrico ambulatorial ganhou força nos últimos anos, e a identificação precisa da prevalência dos transtornos mentais na infância auxilia no delineamento de políticas públicas e melhorias dos serviços médicos prestados. **OBJETIVO:** Estabelecer um perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos no setor psiquiátrico de hebiatria/pediatria de um ambulatório universitário localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa retrospectiva transversal, baseada em análises de dados em prontuários do atendimento de psiquiatria infanto-juvenil em um ambulatório universitário. **RESULTADOS:** Em uma amostra de 234 indivíduos, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi o diagnóstico mais encontrado em ambos os sexos (46,2%); enquanto dificuldade escolar (62,2%), agitação (40,9%), dificuldade de concentração (39,5%) e agressividade (39,1%) foram os sintomas mais frequentes. **CONCLUSÃO:** A amostra analisada apresenta um perfil semelhante aos descritos em estudos anteriores. A identificação da prevalência dos transtornos mentais na infância é importante no auxílio do delineamento de políticas públicas e melhorias nos serviços médicos prestados para a população.

Palavras-chave: Psiquiatria infantil. Saúde mental. Assistência ambulatorial.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Outpatient psychiatric care has gained strength in recent years, and accurate identification of the prevalence of mental disorders in childhood helps to design public policies and improve medical services. **OBJECTIVE:** Establish a sociodemographic and clinical profile of patients attending the psychiatric sector of hebiatrics / pediatrics at a university outpatient clinic located in Belo Horizonte, Minas Gerais. **METHODS:** This is a cross-sectional retrospective study, based on data analysis of medical records of child and adolescent psychiatry in a university outpatient clinic. **RESULTS:** In a sample of 234 individuals, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) was the most common diagnosis in both sexes (46.2%); while learning difficulties (62.2%), agitation (40.9%), difficulty concentrating (39.5%) and aggressiveness (39.1%) were the most frequent symptoms. **CONCLUSION:** The analyzed sample presents a profile similar to those described in previous studies. The identification of the prevalence of mental disorders in childhood is important in helping to design public policies and improve the medical services provided to the population.

Keywords: Child psychiatry. Mental health. Ambulatory care.

¹ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI - FHEMIG), Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Hospital Unimed Belo Horizonte, Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴ Hospital João XXIII, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Maria Carolina - Rua Padre Marinho, 150, Santa Efigênia, Belo Horizonte (MG), Brasil - Telefone: (31) 3235-3005/3012 - e-mail: mariacarolinalobatomachado@gmail.com

INTRODUÇÃO

O atendimento psiquiátrico ambulatorial ganhou força nos últimos anos devido às mudanças nas políticas de atendimento ao paciente psiquiátrico, que ocorreram em consequência da Reforma Psiquiátrica brasileira. A partir destas mudanças, o atendimento ambulatorial se estabeleceu como um dos dispositivos de suporte extra-hospitalar com atendimento médico e psicológico¹.

Cerca de 50 a 75% dos transtornos mentais surgem durante a infância, justificando a importância do atendimento psiquiátrico voltado a esta parcela da população^{2,3}. O atendimento a crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos se diferencia consideravelmente do atendimento a adultos, especialmente sobre questões relacionadas ao crescimento e desenvolvimento que atuam fortemente sobre o ciclo vital. Também é observada comorbidade significativamente maior que a encontrada nos adultos, provocando grande influência para o processo diagnóstico, assim como para as abordagens terapêuticas, psicofarmacológicas e psicoterápicas aplicadas aos indivíduos dessa faixa etária⁴.

Identificar a prevalência de transtornos mentais da infância, bem como os fatores de proteção e vulnerabilidade a que estas crianças estão submetidas, auxilia no delineamento de políticas públicas de saúde, na distribuição de recursos e na prevenção e tratamentos de casos. Portanto, verifica-se a relevância de estudos que examinem os problemas locais de saúde mental na população de crianças e adolescentes, com intuito de melhorar o planejamento orçamentário em torno das principais demandas.

Diante dessas considerações, torna-se de suma importância um estudo que estabeleça o perfil do atendimento psiquiátrico infanto-juvenil em um serviço médico ambulatorial universitário especificando: idade, sexo, naturalidade, residência, escolaridade, queixa principal, quem acompanhava o paciente durante a consulta, diagnóstico inicial, sintomas associados e intercorrências pré-natais. A partir dos dados coletados, foi analisada a prevalência dos transtornos psiquiátricos atendidos no local em questão, entre o período de fevereiro de 2014 a abril de 2017.

A pesquisa busca fornecer informações relevantes que possam melhorar o atendimento proporcionado ambulatorialmente, consistente com o conhecimento preciso do perfil dos pacientes contemplados neste atendimento. Visa também a promoção de possíveis políticas públicas a partir do conhecimento do perfil de atendimento, e melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as principais queixas desses pacientes, visando o diagnóstico precoce.

MÉTODO

Tipo de estudo

A pesquisa em questão trata-se de um estudo retrospectivo transversal, que tem como principal fonte de dados prontuários pertencentes à área de atendimento psiquiátrico infanto-juvenil de um serviço clínico ambulatorial vinculado à uma universidade. Foram seguidas as orientações adequadas, sendo que a coleta de dados foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética (CAAE: 70160317.4.0000.5134). Por fim, enfatizamos que os princípios éticos foram respeitados e estão de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, foram avaliados prontuários de atendimentos da pediatria e hebiatria cujo foco do atendimento era alguma queixa psiquiátrica. Para isto, as fichas dos pacientes foram avaliadas em busca do modelo padrão de prontuário utilizado para avaliação psiquiátrica da criança e do adolescente – trata-se de um prontuário específico que o médico preenche ao atender uma primeira consulta com este perfil.

Amostra

Foram incluídos prontuários de pacientes com até 18 anos atendidos no ambulatório de pediatria e hebiatria, que tiveram demanda em psiquiatria e apresentaram este prontuário de primeiro atendimento. Foram identificados 595 pacientes da pediatria e hebiatria atendidos com demanda psiquiátrica dentro do período de fevereiro de 2014 a abril de 2017.

O ambulatório universitário em questão atende a população de Belo Horizonte referenciada pela rede de serviços municipal, funcionando, assim, em plena integração com o Sistema Único de Saúde (SUS) local. Ele oferece assistência médica em diversas áreas como Clínica Médica, Pediatria, Psiquiatria, Ginecologia/Obstetrícia e Cirurgia e em outras especialidades clínicas. O atendimento psiquiátrico infanto-juvenil foi instituído em 2014. Desde então, tem ocorrido apenas através de encaminhamentos dos pacientes pelos Centros de Saúde. De 2014 a 10 de abril de 2017, foram realizados 2.589 atendimentos psiquiátricos infanto-juvenis.

Procedimentos

Foram analisados 234 prontuários escolhidos através de amostragem aleatória simples. O formulário utilizado para coleta foi o prontuário de primeira consulta, padrão para estes tipos de atendimento. Trata-se de um formulário único, comum a todos os primeiros atendimentos para consultas deste perfil de pacientes. Nele, o profissional de saúde responsável apenas completa os dados. De certa forma, esse aspecto pode ter limitado a coleta de alguns dados, visto que o prontuário só contemplava aquilo que estava solicitado neste formulário padrão. Os prontuários foram avaliados por duas pesquisadoras, que compilaram os dados em uma ficha de coleta de dados elaborada especificamente para este fim, observando sempre critérios de sigilo e adequação do preenchimento

correto da ficha de anamnese. Foram avaliados pacientes cuja primeira consulta tenha ocorrido até o ano de 2017, que possuíam prontuário de primeira consulta preenchido, com nome e número de prontuário adequados.

Sendo assim, foram coletados dados relativos à idade, sexo, queixa principal, dados sobre os pais e também sobre possíveis comorbidades. Foi observado quem foi o acompanhante do paciente durante a consulta. Também foram contemplados dados sobre a conduta terapêutica escolhida, além da forma como foram feitos os encaminhamentos para o ambulatório: demanda espontânea, médicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou algum familiar, por exemplo.

Análise estatística

Durante a formulação do projeto de pesquisa, a revisão de literatura apontou estudos anteriores que destacaram o predomínio de TDAH nos atendimentos psiquiátricos da infância e adolescência². Para atender ao objetivo do estudo, uma amostra foi calculada para testar a proporção de pacientes com TDAH no estudo na seguinte fórmula⁵:

$$n = p(1 - p) \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{d} \right)^2$$

Em que $z_{1-\alpha/2}$ e $z_{1-\beta}$ denotam quantis da distribuição normal padrão associadas à significância e ao poder do teste, respectivamente, p representa a prevalência de TDAH obtida em estudo anterior (54,12%)², e d é a diferença mínima que se deseja testar. Considerando 5% de significância e poder mínimo de 80% para se testar uma diferença mínima de 10% do valor obtido do estudo anterior, sendo necessário, no mínimo, 195 pacientes.

As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas. As variáveis numéricas foram apresentadas como média ± desvio-padrão. A associação entre variáveis categóricas foi avaliada via testes qui-quadrado e exato de Fisher. A análise foi desenvolvida no programa gratuito R versão 3.3.2, e foi considerado significativo $p < 0,05$, com um intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 234 indivíduos, sendo 73,8% do sexo masculino. A idade média ao diagnóstico foi $10,88 \pm 4,04$ anos. A maioria era natural de Belo Horizonte, 83,8%, e 87,2% residia na capital. Em relação à residência, 87,7% residiam com os pais (pai, mãe ou ambos). Os acompanhantes eram os pais em 90,4% dos casos (Tabela 1).

Tabela 1. Análises descritivas por sexo, idade, naturalidade, residência, com quem reside e acompanhante

Característica	N válido	Estatística
Sexo	233	
Feminino		61 (26,2%)
Masculino		172 (73,8%)
Idade ao diagnóstico (anos)	234	$10,88 \pm 4,04$
Naturalidade	74	
BH		62 (83,8%)
Interior		11 (14,9%)
Outros		1 (1,4%)
Residência	203	
BH		177 (87,2%)
Região Metropolitana de BH		17 (8,4%)
Outros		9 (4,4%)
Com quem reside*	234	
Pai/mãe		205 (87,7%)
Tios		15 (6,4%)
Avós		27 (11,5%)
Outros		46 (19,7%)
Acompanhante*	229	
Pais		207 (90,4%)
Avó materna/ paterna		13 (5,7%)
Irmãos		2 (0,9%)
Tios		3 (1,3%)

* Permite respostas múltiplas
BH – Belo Horizonte.

O diagnóstico mais encontrado, tanto para indivíduos do sexo masculino quanto feminino, foi Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), com uma prevalência de 46,2% (Gráfico 1). Os sintomas mais comuns foram: dificuldade escolar (62,2%), agitação (40,9%), dificuldade de concentração (39,5%) e (39,1%) agressividade (Gráfico 2). Intercorrências pré-natais foram relatadas em 47% dos casos, traumas emocionais em 78,5% (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas dos pacientes

Característica	N válido	Estatística
Intercorrências pré-natais	168	79 (47%)
Traumas emocionais	135	106 (78,5%)
Marcos do desenvolvimento	114	
Normal		89 (78,1%)
Alterado		25 (21,9%)
Aleitamento materno	174	152 (87,4%)
Aleitamento materno exclusivo	69	48 (69,6%)
Até que idade foi amamentado (meses)	142	$9,5 \pm 9,24$

Gráfico 1. Características clínicas dos pacientes - Diagnósticos iniciais mais frequentes conforme CID-10⁶

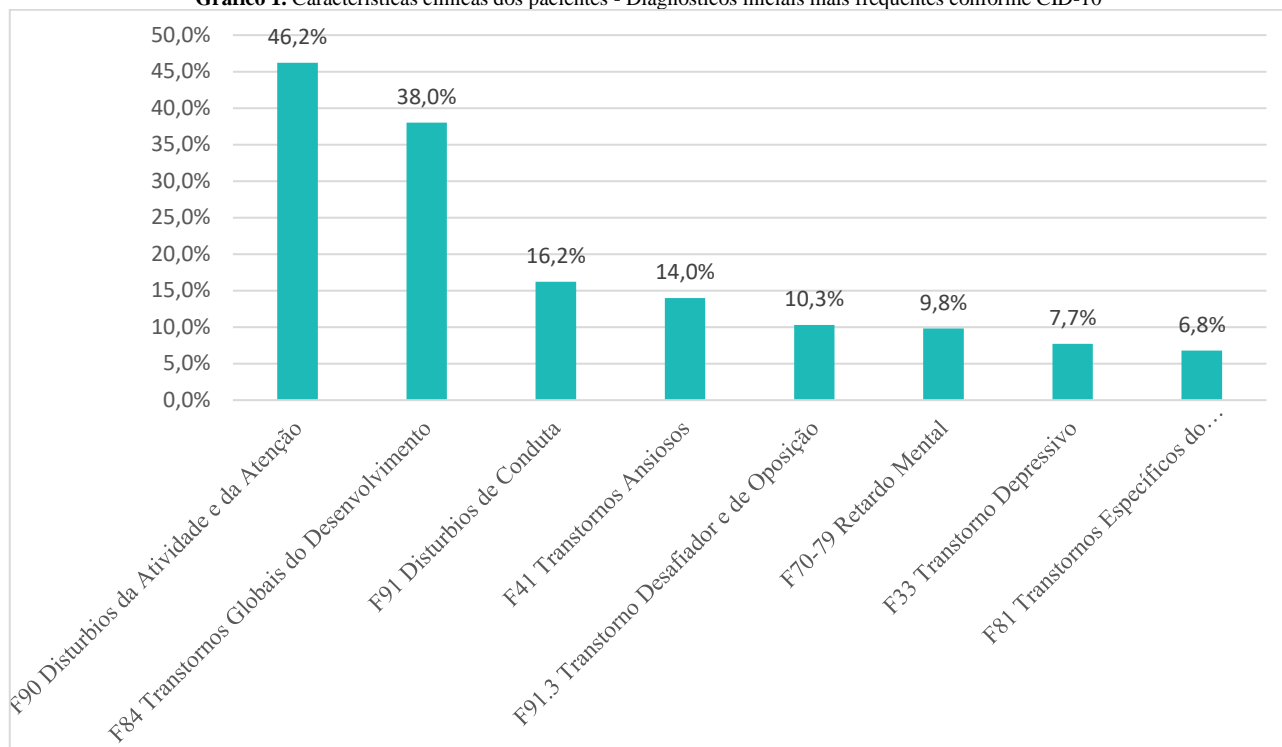
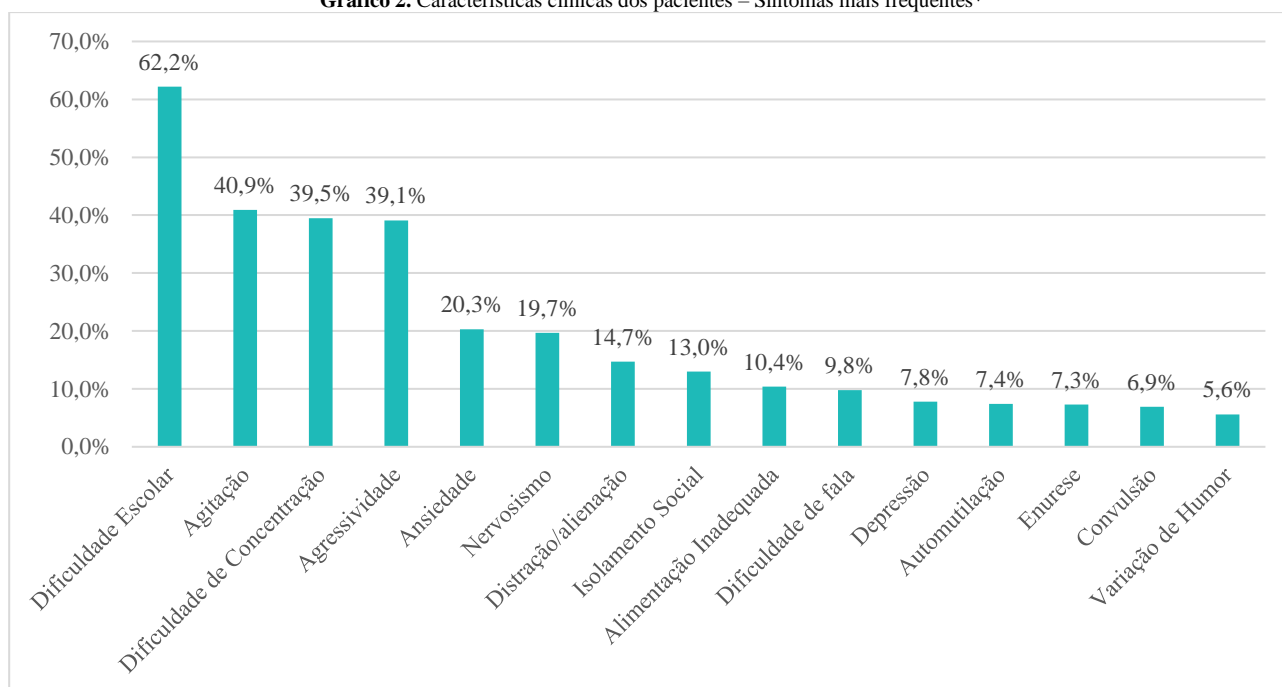


Gráfico 2. Características clínicas dos pacientes – Sintomas mais frequentes*



História familiar de transtorno psiquiátrico foi relatada em 65,1% dos casos, sendo que a mais comum foi o diagnóstico correspondente ao código F10 segundo a Classificação Internacional de Doenças⁶. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, representando 58,3%. O encaminhamento foi feito pela Unidade Básica de Saúde em 50,5% dos casos, e o motivo principal de referenciamento foi a “dificuldade de fala/comunicação” (35,7%) (Tabela 3).

Em relação aos diagnósticos mais frequentes, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

(TDAH) foi o mais comum entre os indivíduos do sexo masculino ($p < 0,001$), e o transtorno depressivo o menos comum para esses pacientes ($p < 0,05$). Os sintomas “agitação” e “dificuldade de aceitar não” foram mais frequentes entre os meninos ($p < 0,05$ e $p < 0,05$), enquanto a “alimentação inadequada”, “depressão” e “automutilação” foram mais comuns entre as meninas ($p < 0,05$, $p < 0,001$ e $p < 0,05$). Além disso, na primeira consulta, 85,3% dos pacientes receberam a prescrição de alguma medicação (Tabela 4).

Tabela 3. História familiar e características do tratamento do paciente

Característica	N válido	Estatística
História familiar de transtorno psiquiátrico*	189	123 (65,1%)
F10	120	70 (58,3%)
F33	120	31 (25,8%)
F20	120	13 (10,8%)
Quem fez o encaminhamento	99	
UBS		50 (50,5%)
Escola/creche		32 (32,3%)
Outros**		17 (17,2%)
Motivos do encaminhamento*	84	
Dificuldade de fala		30 (35,7%)
Dificuldade escolar		16 (19%)
Acompanhamento		12 (14,3%)
TDAH		10 (11,9%)
Atraso desenvolvimento		6 (7,1%)
Outros***		24 (28,6%)

* Permite respostas múltiplas.

** Na categoria "outros" foram incluídos pediatria (n=6), psicologia (n=4), Programa Municipal de Atendimento Familiar (PROMAF) (n=3), casa de adoção (n=2), Fundação Libanesa de Minas Gerais (Fuliban) e Centro Psíquico da Adolescência e da Infância (CEPAI) (ambos com n=1).

***Na categoria "outros" foram incluídos cefaleia, convulsões, agitação psicomotora, irritabilidade, comportamento desafiador, agressividade, fobias, ansiedade, transtorno de gênero, insônia, traumas, distração, isolamento, automutilação, síndrome fetal alcoólica.

F10. Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool.

F33. Transtorno depressivo recorrente.

F20. Esquizofrenia.

Tabela 4. Características dos pacientes segundo sexo

Característica	Feminino	Masculino	Valor de p
	(n=61)	(n=172)	
Diagnósticos iniciais mais frequentes*			
TDAH	16 (26,2%)	92 (53,5%)	<0,001 ^Q
Distúrbios de conduta	7 (11,5%)	31 (18%)	0,323 ^Q
Transtornos ansiosos	10 (16,4%)	22 (12,8%)	0,627 ^Q
Transtornos globais do desenvolvimento	4 (6,6%)	22 (12,8%)	0,239 ^F
Transtorno desafiador e de oposição	4 (6,6%)	20 (11,6%)	0,333 ^F
Retardo mental	7 (11,5%)	16 (9,3%)	0,811 ^Q
Transtorno depressivo	9 (14,8%)	9 (5,2%)	0,035 ^Q
Dificuldade em habilidades escolares	6 (9,8%)	10 (5,8%)	0,440 ^Q
Sintomas*			
Dificuldade escolar	30 (50,8%)	114 (66,3%)	0,051 ^Q
Agitação	14 (23,3%)	80 (46,8%)	0,002 ^Q
Dificuldade de concentração	18 (30%)	74 (43%)	0,105 ^Q
Agressividade	19 (31,7%)	71 (41,3%)	0,245 ^Q
Ansiedade	17 (28,8%)	30 (17,4%)	0,092 ^Q
Nervosismo	17 (29,3%)	29 (16,9%)	0,063 ^Q
Distração / alienação	7 (11,9%)	27 (15,7%)	0,614 ^Q
Isolamento social	10 (17,5%)	19 (11,6%)	0,358 ^Q
Alimentação inadequada	12 (21,1%)	11 (6,8%)	0,006 ^Q
Dificuldade fala	4 (6,9%)	18 (10,9%)	0,453 ^F
Depressão	11 (19%)	7 (4,1%)	<0,001 ^F
Automutilação	9 (15,5%)	7 (4,5%)	0,014 ^Q
Enurese	2 (3,4%)	15 (8,7%)	0,251 ^F
Convulsão	2 (3,4%)	14 (8,1%)	0,371 ^F
Variação de humor	3 (5,1%)	10 (5,8%)	1,000 ^F
Dificuldade em aceitar não	-	13 (7,6%)	0,043 ^F
Mania	4 (6,8%)	7 (4,1%)	0,479 ^F
Encoprese	-	7 (4,1%)	0,196 ^F
Síncope	1 (1,7%)	4 (2,3%)	1,000 ^F
Distímia	3 (5,1%)	2 (1,2%)	0,107 ^F
Conversão	2 (3,4%)	1 (0,6%)	0,161 ^F
Agorafobia	1 (1,7%)	1 (0,6%)	0,446 ^F
Condutas mais comuns*			
Exames	21 (61,1%)	57 (36,3%)	0,861 ^Q
Ritalina	12 (22,2%)	60 (38,2%)	0,049 ^Q
Psicologia	17 (31,5%)	44 (28%)	0,757 ^Q
Imipramina	13 (24,1%)	46 (29,3%)	0,574 ^Q
Risperidona	10 (18,5%)	45 (28,7%)	0,199 ^Q

* variáveis possuem missings

^Qteste qui-quadrado de independência

^Fteste exato de Fisher (usados devido amostra do estudo ter tamanho relativamente pequeno)

Observação 1: A estatística qui-quadrado é uma medida de divergência entre a distribuição dos dados e uma distribuição esperada ou hipotética escolhida. Se o valor de p associado à estatística qui-quadrado for menor do que o α selecionado, o teste rejeita a hipótese nula de que as duas variáveis são independentes.

Observação 2: O teste exato de Fisher testa a hipótese de que duas variáveis estão associadas. É indicado quando o tamanho das duas amostras independentes é pequeno e consiste em determinar a probabilidade exata de ocorrência de uma frequência observada.

DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, foi traçado o perfil epidemiológico e clínico das crianças e adolescentes atendidos pela psiquiatria pediátrica na instituição pesquisada. Em sua maioria, os pacientes deste estudo são naturais e residentes de Belo Horizonte, e foram à consulta acompanhados pelos pais – os quais possuem ensino fundamental incompleto ou terminado. Tais informações podem dizer sobre a abrangência regional do serviço, além do relacionamento familiar desses pacientes e o amparo que têm dos pais. Uma similaridade encontrada nesta pesquisa em comparação ao estudo de Miranda, Tarasconi e Scortegagna⁷ foi a idade média predominante dos pacientes, estimando final da fase escolar e início da adolescência.

A respeito do TDAH, diagnóstico mais predominante neste estudo, verifica-se similaridade com o estudo de Machado et al.², que também afirma que este foi o quadro psiquiátrico mais encontrado em crianças e adolescentes. Além disso, observa-se possível permanência de transtornos mentais como comorbidades em indivíduos adultos que os tiveram desencadeados na infância e adolescência⁸. Admite-se que intervenções com estratégias comportamentais e orientações são peças fundamentais na condução destes casos. Além disso, a psicoterapia ainda é uma das abordagens mais empregadas nessas situações⁹. Abordagens pedagógicas diversas no âmbito escolar podem ser pilares de um método de aprendizagem direcionado para esses indivíduos, fornecendo subsídios para que o aluno se torne mais ativo para o aprendizado¹⁰. Este dado implica na participação ativa da escola, da equipe multidisciplinar e dos familiares no tratamento da doença, para além do tratamento farmacológico.

Ao encontrar como sintomas mais comuns a dificuldade escolar (62,2%), agitação (40,9%), dificuldade de concentração (39,5%) e a agressividade (39,1%), respectivamente, nota-se a necessidade de atenção diferenciada, visto que tais sintomas podem ou não estar ligados a quadros psiquiátricos¹¹. Contudo, estudos associam transtornos de ansiedade na infância associados ao insucesso educacional, portanto, a possíveis dificuldades escolares.¹²

Não foram identificados estudos prévios que avaliaram, especificamente, os sintomas psiquiátricos mais frequentes na população pediátrica em Belo Horizonte. Considerando que uma história de transtorno de ansiedade na adolescência e infância confere aproximadamente dois a três vezes maior risco de ter um transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo na idade adulta¹³, enfatiza-se a importância de profissionais de saúde saberem identificar corretamente as possíveis manifestações de transtornos psiquiátricos.

O diagnóstico de quadros psiquiátricos na população infanto-juvenil é desafiante, visto que muitas vezes as crianças e adolescentes expressam seus problemas

emocionais por meio de comportamentos nem sempre diretamente associados por eles a um sofrimento interno¹⁴. Quase metade dos pacientes (47%) referiram intercorrências pré-natais, e cerca de 80% dos pacientes relataram traumas emocionais (78,5%). Tais informações não podem ser desvalorizadas na investigação de transtornos mentais, uma vez que a literatura científica nos últimos anos tem contribuído para a identificação dos possíveis fatores de risco associados à ocorrência de transtornos mentais nas crianças e adolescentes, sendo eles: fatores biológicos, fatores genéticos, fatores psicossociais e fatores ambientais¹⁵. 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 transtornos⁸.

Outro quesito importante encontrado em 65,1% da amostra é a correlação de transtornos mentais em crianças com história familiar positiva de transtornos psiquiátricos. Vicente et al¹⁶ afirmou que crianças e adolescentes com histórico de transtorno mental na família têm 2,4 vezes mais chances de terem qualquer transtorno mental (Odds Ratio (OR) = 2,4, IC 95% [1,2-4,6]). O transtorno familiar mais comum identificado foi relacionado ao uso de álcool, representando 58,3%.

Com relação à logística de funcionamento de encaminhamentos, metade dos atendimentos analisados foram encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, especialmente motivados pela dificuldade de fala. Isso ressalta o valor do acolhimento da criança com dificuldades de desenvolvimento na atenção primária, e também como a identificação de pacientes de risco muitas vezes é feita através de sintomas perceptíveis. Contudo, estudos demonstram que, ainda assim, distúrbios psiquiátricos na infância como a depressão ainda são subdiagnosticados na atenção primária¹⁷.

Estudo anterior constatou predominância do sexo masculino no atendimento de transtornos mentais em comparação ao sexo feminino, entretanto encontrou predominância de distúrbios de conduta no primeiro grupo e de estresse grave e transtorno de ajustamento no segundo⁷. Neste trabalho, foi encontrado predominância de TDAH em ambos os sexos, seguida de distúrbios de conduta no sexo masculino e de transtornos ansiosos no sexo feminino, condizente com estudo prévio¹⁸. Uma comparação interessante estabelecida na literatura foi feita sobre problemas emocionais de internalização relacionados aos afetos, como ansiedade e depressão, e de externalização, referentes ao mundo externo como comportamentos agressivos e antissociais¹⁹. Sabe-se que há uma associação maior entre sexo masculino e o diagnóstico de distúrbios de conduta, provavelmente por algumas diferenças que caracterizam o sexo masculino e o sexo feminino. Uma dessas diferenças é a expressão da agressividade, maior entre meninos²⁰, o que justificaria em parte não só a maior prevalência dos distúrbios de

conduta neste grupo, mas também a maior prevalência de sintomas como agitação e dificuldade de aceitar não, que também foram mais frequentes em meninos¹⁸ ($p < 0,05$ e $p < 0,05$, respectivamente). Uma atenção deve ser dada a este diagnóstico, visto que frequentemente está associada à transtorno de personalidade antissocial na vida adulta¹⁸.

Alimentação inadequada, depressão e automutilação foram mais comuns entre as meninas ($p < 0,05$, $p < 0,001$ e $p < 0,05$). Estudos apontam tendência deste sexo de apresentar tais sintomas, com foco maior na faixa etária adolescente. As principais explicações seriam alterações hormonais, pressão social e familiar e insatisfação com imagem corporal²¹. Já foi estudada a forte influência da percepção dos pais em relação à incidência de transtornos alimentares em jovens, mais uma vez destacando a importância das ações dos pais e familiares e suas consequências sobre o desenvolvimento neuropsiquiátrico das crianças e adolescentes^{17,22}.

Como questões positivas adicionais, através desta pesquisa, houve maior esclarecimento sobre os pacientes atendidos por um ambulatório universitário, tornando o estudo um reflexo das demandas que devem ser atendidas por esta instituição. Em contrapartida, as principais limitações para coleta de dados encontradas neste estudo foram relacionadas às letras ilegíveis em prontuários manuscritos e a falta de padronização de informações colhidas durante as consultas. Também se evidenciou dificuldade na busca bibliográfica para esta pesquisa, que contempla artigos não muito recentes, mesmo tendo sido feita uma busca direcionada nas principais bases de dados, como *Up To Date*, por exemplo. Tal fato pode apresentar uma realidade em que não são feitos muitos estudos com este perfil de população, visto a dificuldade ética que podem implicar, já que se trata de um grupo em que a maioria ainda não é maior de idade. Dessa maneira, o atual estudo funciona como motivação para implementação de um padrão de anamnese em ambulatórios universitários, além do uso de prontuários eletrônicos para evitar esse tipo de limitações em pesquisas futuras na instituição em questão.

CONCLUSÃO

Crianças e adolescentes requerem atenção diferenciada sobre quadros psiquiátricos, que podem apresentar difícil diagnóstico de caráter multifatorial, englobando fatores biológicos, genéticos e ambientais. Valorizar todos os dados dos atendimentos psiquiátricos desse público, além de envolver as crianças, seus familiares, o sistema educativo e o sistema de saúde, são fundamentais para elaborar e aplicar estratégias adequadas de saúde. Os profissionais de saúde são responsáveis por conhecer o perfil da população que atende, identificar os fatores de risco, e possibilitar o desenvolvimento de programas de intervenção para prevenção ou atenuação dos efeitos desses transtornos.

REFERÊNCIAS

1. Santos YF, Oliveira IMF, Yamamoto OH. O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal, RN. *Psicol. Argum.* 2009;59(27):313-322.
2. Machado CM, Luiz AMA, Filho ABM, Miyazaki MCO, Domingos NA, Cabrera EMS. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Psicol teor prat.* 2014;16(2):53-62.
3. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry.* 2007; 20(4): 359-364.
4. Esposito BP, Savoia MG. Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: um estudo descritivo. *Psicol. teor. prat.* 2006; 8(1):31-40.
5. Chow S, Shao J, Wang H. *Sample Size Calculations in Clinical Research.* 2nd Ed. Chapman & Hall/CRC Biostatistics Series. 2008.
6. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997; 1(10).
7. Miranda CA, Tarasconi CV, Scortegagna SA. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Aval. psicol.* 2008;7(2):249-257.
8. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. bras. psiquiatr.* 2014; 63(4): 360-372.
9. Soria-Saucedo R. et al. Receipt of Evidence-Based Pharmacotherapy and Psychotherapy Among Children and Adolescents With New Diagnoses of Depression. *Psychiatr Serv.* 2016; 67(3):316-23.
10. Teixeira AR, Alliprandini PMZ. Intervenção no uso de estratégias de aprendizagem diante de dificuldades de aprendizagem. *Psicol. Esc. Educ.* 2013; 17(2): 279-288.
11. Kauark FS, Silva VAS. Dificuldades de aprendizagem nas séries iniciais do ensino fundamental e ações psico & pedagógicas. *Rev psicopedag.* 2008; 25(78): 264-270.
12. Leech K. A brief parent-focused intervention to improve preschoolers conversational skills and school readiness. *Dev Psychol.* 2018; 54(1):15-28.
13. Pine DS et al. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(1):56-64.
14. Bird HR, Duarte CS. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de saúde mental. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(4):162-3.
15. Polanczyk GV. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2009; 31(1): 6-12.
16. Vicente B, Saldivia S, Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev. méd. Chile.* 2012; 140(4): 447-457.
17. Olfson M et al. National Trends in the Mental Health Care of Children, Adolescents, and Adults by Office-Based Physicians. *JAMA psychiatry* 2014; 71:81.
18. Guimarães NM, Pasian SR. Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. *Psicol Estud.* 2006; 11(1): 89-97.
19. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiq Clínica.* 2006; 33(2): 43-54.
20. Monteiro NRO, Guimarães JO, Montesano FT, Farias MA. Competência, problemas internalizantes e problemas externalizantes em quatro grupos de adolescentes. *Psico-USF* 2013; 18(3): 427-436.
21. Bordin IAS, Offord DR. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Rev Bras Psiquiatria.* 2000; 22(2): 12-15.
22. Allen KL, Byrne SM, Forbes D, Oddy WH. Risk Factors for Full- and Partial-Syndrome Early Adolescent Eating Disorders: A Population-Based Pregnancy Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2009; 48(8): 800 - 809.