

Estudo sobre queixas referidas em uma unidade de saúde mental da infância e adolescência

Study on morbidity related in a child and adolescent mental health center

Gilson Maestrini Muza¹
Marisa Pacini Costa²
Ana Paula Ribeiro Gomes³

¹Centro de Orientação Médico-Psicopedagógico - COMPP/SES-DF Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental da Infância e adolescência - NEPESMI/FEPECS/SES-DF

²Coordenação de Política de Humanização da Saúde da SES-DF NEPESMI/FEPECS/SES-DF

³Hospital de Base do Distrito Federal. NEPESMI/FEPECS/SES-DF

Correspondência

Gilson Maestrini Muza
SHIN QI 02 conjunto 11 casa 09, Lago Norte, Brasília – DF 70510-110, Brasil

Recebido em 16/abril/2009
Aprovado em 30/março/2010

RESUMO

Trata-se de estudo sobre morbidade referida em uma Unidade de Referência em saúde mental para a infância e adolescência localizado no Distrito Federal. Foram examinados 9872 registros de acolhimentos realizados por dois profissionais de saúde mental com os pais de crianças e adolescentes com idade entre zero e dezoito anos de idade, que procuraram a unidade no período de abril de 2001 a março de 2005. Os resultados revelam que houve predomínio do sexo masculino (65,9%) com idade entre cinco a nove anos (43%). A população de estudo era procedente, predominantemente, de comunidades de baixa renda e procuraram a unidade espontaneamente ou foram encaminhados pelas instituições de saúde, de ensino ou por órgãos de proteção da infância e adolescência. As queixas mais prevalentes foram os transtornos de linguagem e aprendizagem (37%), seguidos pelos transtornos emocionais e comportamentais (18%), desajustes e conflitos familiares (14%), TDA+H (10%) e suspeita de transtornos psiquiátricos (10%). Reconhecemos que a demanda por serviços de saúde mental é expressiva e apenas uma parcela tem suas necessidades atendidas.

Palavras-chave: Infância e adolescência; Transtornos emocionais e comportamentais; Queixa referidas.

ABSTRACT

The study deals on morbidity referred to a Child and Adolescent Mental Health Reference Unit located at the Federal District. 9,872 care records undertaken by two mental health professionals with the parents of children and adolescents aged 0 to 18 years old, who visited the unit during the period of the period of April 2001 to March, 2005 were analyzed. The outcomes revealed a gender predominance of males (65.9%), aged 5 to 9 years (43%). Study population came primarily from low-income communities and had voluntarily looked for or transferred by health care units, educational, and child and adolescents protection institutions. Most prevailing complains were language disorder and learning

difficulties (37%), followed for the emotional and behavior disturbance (18%), family problems and conflicts (14%), TDA+H (10%) and suspicion of psychiatric disorders (10%). We acknowledge that demand for mental health care services is very high and only a portion of the population has their needs met.

Key words: Children and adolescents; Emotional and behavior disorder; Referred complaints.

INTRODUÇÃO

Uma publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) intitulada Relatório sobre Saúde no Mundo (2001) Saúde Mental – Nova Conceção, Nova Esperança¹ – traz alguns conceitos relacionados aos transtornos mentais e comportamentais situando-os como fenômenos multideterminados, que acometem aproximadamente 25% da população em algum momento da vida. E quando considerada a Carga Global das Doenças (CGD) – um indicador do impacto individual, familiar e comunitário de determinada doença – os transtornos neuropsiquiátricos ocupam quatro posições entre as 10 primeiras e crescem ano a ano.

A compreensão da multideterminação dos transtornos mentais e comportamentais não nos pode conduzir a uma aceitação simplista do processo saúde/doença mental, onde cada dimensão da existência humana contribui igualmente para a expressão de determinado fenômeno. Trata-se, de modo inequívoco, de um fenômeno complexo onde as dimensões biológica, psicológica e social se engendram de forma singular para cada indivíduo e remetem, invariavelmente, às experiências vividas na infância e adolescência.

Estudos epidemiológicos sobre a prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência são escassos e a maioria deles é desenvolvida em países anglo-saxônicos. Os resultados desses estudos, mesmo para os transtornos específicos, mostram uma variação importante, não só em razão dos de-

senhos metodológicos utilizados e dos instrumentos de coleta de dados empregados, mas relacionados também com a realidade socioeconômica e cultural das populações investigadas². No Brasil algumas experiências foram levadas a cabo com resultados interessantes em anos recentes³⁻⁵. Esses estudos, com grande frequência, são realizados na região sudeste, que não retratam a diversidade sócio-econômico-cultural do Brasil. Conhecer a realidade local, regional e mesmo nacional é de fato indispensável para provermos cada um desses níveis de recursos de pessoas e equipamentos para a atenção à saúde mental.

O objetivo desse estudo é apresentar algumas características sociodemográficas e o perfil das queixas referidas de pais e cuidadores de crianças e adolescentes acolhidos em um centro de referência em saúde mental da infância e adolescência, de caráter público, em regime ambulatorial, localizado no Distrito Federal no período de abril de 2001 a março de 2005.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo conduzido a partir dos registros dos acolhimentos realizados com os familiares de crianças e adolescentes atendidos no Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP) no período de abril de 2001 a março de 2005.

O COMPP é um centro de referência em saúde mental da infância e adolescência e atende pacientes procedentes do Distrito Federal e Entorno com idade até 18 anos incompletos. O COMPP conta com profissionais das áreas de Pediatria, Psicologia, Serviço Social, Neuropediatria, Psiquiatria, Pedagogia, Fonoaudiologia e Terapia ocupacional.

A entrevista de acolhimento na referida unidade é conduzida por dois técnicos de nível superior com experiências em saúde mental da infância e adolescência – com a presença de familiares ou responsáveis. Para Ancona-Lopez⁶ o acolhimento, diferente da triagem, pressupõe uma concepção de atenção que se propõe a ser um atendimento que contempla uma intervenção psicológica significativa em si. Independentemente dos encaminhamentos a serem feitos, quem procura a Unidade de Referência está frente a dificuldades e vem em busca de mudanças. A carga emocional que acompanha o pedido de ajuda costuma ser um valioso instrumento de mobilização do paciente para transformações. Portanto, busca-se no acolhimento, numa postura de compreensão e apoio, apreender os conteúdos não manifestos e resgatar os aspectos positivos do paciente e sua família enquanto aguardam serem atendidos.

As variáveis de estudo foram: sexo, idade, escolaridade, a escola freqüentada, se pública ou privada, origem do encaminhamento, local de moradia e as queixas dos familiares/responsáveis relacionadas às crianças e adolescentes. A anotação das queixas é realizada a partir de uma codificação adotada na Unidade desde 1998 e estão divididas por áreas de comprometimento da criança segundo o relato dos pais e cuidadores. Dos 9899 registros de acolhimentos realizados no período de abril de 2001 a março de 2005 totalizando 48 meses ininterruptos, foram excluídos 27 registros por inexistência das anotações relacionada às queixas dos pacientes. Os resultados são apresentados na forma de tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição da população de estudo

Dos 9872 registros de acolhimento realizados no período de estudo houve nítido predomínio de indivíduos do sexo masculino com 6508 (65,9)% contra 3367 (34,1%) do sexo feminino e na faixa etária de 5 a 9 anos, com 48,0% (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição da população de estudo por sexo e faixa etária. COMPP/SES/DF, 2001-2005.

Faixa etária \ sexo	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total N(%)
0 – 4	1071 (16,4)	485 (14,4)	1556 (15,7)
5 – 9	2891 (44,4)	1258 (40,4)	4149 (43,0)
10 – 14	2015 (31,0)	1136 (33,8)	3151 (31,9)
15 – 18	530 (8,1)	385 (11,5)	916 (9,3)
Total	6507 (65,9)	3365 (34,1)	9872 (100)

Alguns transtornos emocionais e/ou comportamentais, que podem ter suas primeiras manifestações na infância e adolescência, incidem diferentemente em relação ao sexo, como é o caso dos Transtornos Depressivos, dos Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade e dos Transtornos de Conduta^{4,5,8}. Quando se trata, no entanto, de queixas inespecíficas, alguns estudos epidemiológicos, mesmo que com desenhos metodológicos diferentes do empregado nesse estudo, mostram um predomínio de transtornos emocionais e comportamentais entre pacientes do sexo masculino.⁹ Esse aspecto pode estar ligado ao fato de que os meninos amadurecerem emocionalmente mais tardiamente que as meninas e por esse grupo gerar mais expectativa por parte de seus pais e pela própria comunidade no que diz respeito ao desempenho de papéis sociais.

A faixa etária mais freqüente entre os usuários acolhidos no COMPP situa-se entre cinco e nove anos de idade, correspondendo a 4251 acolhimentos ou 43% do total. A idade média dos usuários acolhidos na Unidade foi de 9 anos, com moda de 9 anos e o primeiro e o terceiro quartis em 6 e 12 anos, respectivamente. Portanto, a distribuição dos usuários acolhidos no COMPP, por idade, corresponde a uma distribuição normal.

Aproximadamente 50% da população de estudo concentram-se na faixa etária de 6 a 12 anos e é interessante notar que nos países de língua inglesa os estudos epidemiológicos preferentemente investigam a ocorrência de transtornos emocionais e comportamentais de 7 a 14 anos². Em razão de uma norma institucional a população acolhida no COMPP se restringe à faixa etária que corresponde às idades de zero a 18 anos. Reconhecemos a existência de uma pressão de demanda para que o atendimento se estenda até 19 anos incompletos, o que caracterizaria nossa população como de crianças e adolescentes, conforme denomina a Organização Mundial de

Saúde. Chama-nos a atenção o fato dos mais jovens usuários acolhidos no COMPP, no período, tratar-se de seis crianças com menos de 1 ano de idade. Cinco dessas crianças foram encaminhadas por unidades de saúde e, por apresentarem queixas importantes, foram submetidas a procedimentos de avaliação e tratamento. A partir desses achados temos que considerar a possibilidade de que um número importante e desconhecido de crianças com menos de 1 ano de idade possam estar vivendo em situação de risco para o seu desenvolvimento emocional, mas que por diferentes razões, tais condições ainda não puderam ser identificadas.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos pacientes acolhidos segundo o local de residência. Nota-se que as Regiões Administrativas de Ceilândia, Taguatinga, Samambaia, Planaltina e Gama são as regiões de onde mais procedem as crianças acolhidas no COMPP. Pouco mais de 10% dos acolhimentos são procedentes das cidades do Entorno do Distrito Federal. São famílias que percorrem distâncias enormes em busca de assistência à saúde mental. Ceilândia e Taguatinga são as duas mais populosas Regiões Administrativas do Distrito Federal, portanto era de se esperar que a maioria dos acolhidos fosse proveniente dessas regiões. Ressalte-se que a cidade de Brasília, incluindo os Lagos Sul e Norte – regiões de maior poder aquisitivo – corresponde a pouco mais de 8% da população de estudo, percentual semelhante ao da população geral que reside nessas localidades.

As condições socioeconômicas e culturais têm impacto importante nas condições de saúde de uma população e conseqüentemente nas condições de saúde mental de seus membros. Por força da organização político-administrativa e em razão de características próprias, o Distrito Federal tem surgido como um pólo migratório já há algumas décadas, o que tem gerado bolsões de pobreza e miséria, tanto dentro do limite geográfico do Distrito Federal como no Entorno. Nessas circunstâncias, boa parte da população vê-se privada das condições materiais necessárias para atender seus membros em suas necessidades básicas, tais como alimentação, proteção e acesso à educação e saúde, com maior impacto sobre a população de crianças e adolescentes. É consenso entre os profissionais da Unidade que nos últimos anos a frequência de requisição dos serviços da Unidade aumentou consideravelmente e a demanda tem se tornado cada vez mais grave e complexa.

Tabela 2

Distribuição da população de estudo por local de residência. COMPP/DF, 2001-2005.

Residência	N	%
Ceilândia	1471	14,90
Goiás	1029	10,40
Taguatinga	816	8,30
Samambaia	791	8,00
Planaltina	785	8,00
Santa Maria	602	6,10
Gama	538	5,40
Brasília/Plano Piloto	530	5,40
Sobradinho	507	5,10
Recanto das Emas	501	5,10
Guará	403	4,10
Riacho Fundo	274	2,80
Paranoá	271	2,70
São Sebastião	245	2,50
Brazlândia	191	1,90
Cruzeiro	163	1,70
Núcleo Bandeirante	137	1,40
Lago Norte	85	0,90
Candangolândia	65	0,70
Lago Sul	41	0,40
Águas Claras	14	0,10
Outros	413	4,20
Total	9872	100

O Relatório Sobre Saúde no Mundo (2001), da Organização Mundial de Saúde¹ destaca a pobreza como um importante determinante dos transtornos mentais e comportamentais. E acrescenta que a população mais desfavorecida é a que mais tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental, adequadamente organizados. Mesmo em países desenvolvidos a distribuição dos serviços de saúde mental para a infância e a adolescência é desigual e se concentra nos grandes centros e com maior concentração de riqueza, dificultando o acesso daqueles procedentes de localidades menos desenvolvidas.¹⁰ Poucos estudos nacionais abordam a prevalência e incidência dos transtornos mentais entre crianças e adolescentes de estratos sociais diferentes. Um desses estudos foi realizado na Região Sudeste do Brasil, utilizando um instrumento de avaliação de desenvolvimento e bem-estar. Os autores, dentre outros aspectos, puderam comparar duas amostras de escolares (7 a 14 anos), de escolas públicas e privadas, e encontraram maiores índices de transtornos mentais naqueles procedentes de escolas públicas⁴. Outra investigação com essa faixa etária identifica diferenças importantes nas taxas de prováveis transtornos mentais entre crianças e adolescentes de diferentes grupos sociais, com as maiores taxas entre aqueles das classes menos favorecidas.¹¹

Escolaridade

Quanto à escolaridade da população de estudo, verificou-se uma predominância de crianças que cursavam o ensino fundamental, as quais totalizaram 60% (5923 crianças) da população de estudo, contra 3% de crianças que cursavam o ensino médio. Apenas um adolescente cursava a segundo ano do ensino superior. Vinte e nove por cento da população de estudo (2896 crianças) não haviam iniciado o ensino fundamental. Um número elevado de usuários, cerca de 8% ou 791, não tinha o registro de seu nível de escolaridade (Tabela 3).

Tabela 3

Distribuição da população estudada por nível de escolaridade. COMPP/DF, 2001-2005.

Escolaridade	N	%
Ensino Fundamental	5923	60%
Não iniciou escolarização	2896	29%
Ensino Médio	261	3%
Ensino Superior	1	0%
Sem registro	791	8%
Total	9872	100%

Notem que apenas 3% da população de estudo estavam inseridos no ensino médio e superior. Quando examinamos a população de estudo segundo a idade, identificamos 914 adolescentes na faixa etária de 15 a 18 anos, o que corresponde às idades em que habitualmente os adolescentes estão cursando o ensino médio. Verificamos, no entanto, que apenas 264 adolescentes cursavam o ensino médio, o que equivale a reconhecer que 71% dos adolescentes acolhidos no COMPP apresentam alguma defasagem escolar, muitos deles sequer ingressaram no ensino médio. O fracasso na progressão acadêmica constitui, por si só, em poderoso preditor no envolvimento dos adolescentes em comportamento de risco¹², no surgimento de co-morbidades¹³ ou na persistência de um transtorno emocional e comportamental durante a idade adulta¹⁴. Esse cenário não é nada diferente se examinamos as crianças e adolescentes com idade para freqüentarem o ensino fundamental, ou seja, aqueles com idade entre 7 e 14 anos. Nessa faixa etária encontramos um número crescente de crianças e adolescentes com defasagem escolar e um número também crescente que sequer freqüentam a escola. Da mesma forma que para os adolescentes tardios, esse grupo encontra-se exposto a risco de conviver com mais agravos além daqueles já inerentes à condição de usuário de um centro de referência em saúde mental da infância e adolescência.

Procedência do encaminhamento

A maioria das crianças acolhidas no COMPP foi encaminhada de instituições hospitalares, 39,4% (3889). Cerca de 26% procuraram espontaneamente o serviço, totalizando 2600 acolhimentos. Destacam-se também os encaminhamentos provenientes das instituições educacionais (18,9%), dos Conselhos Tutelares (5,7%) e da Vara da Infância e da Juventude (3,7%) (Tabela 04).

Tabela 04

Procedência do encaminhamento da população de estudo. COMPP/DF, 2001-2005.

Procedência	N	%
Instituições hospitalares	3889	39,4
Demanda espontânea	2600	26,3
Instituições educacionais	1864	18,9
Vara da Infância e da Juventude	370	3,7
Conselho Tutelar	558	5,7
Outros	591	4,7
Total	9872	100

A unidade de referência em saúde mental da infância e adolescência desse estudo, como já dissemos, nasceu de um convênio entre três secretarias do Distrito Federal, Saúde, Educação e Assistência Social e, desde sua origem, a parceria mais tradicional e que se mantém mais estreita até hoje, ocorre entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação, portanto não há surpresa quando constatamos que são essas duas secretarias que mais encaminham as crianças e os adolescentes. Próximos da metade dos encaminhamentos realizados pelas Instituições Hospitalares, que inclui desde as unidades hospitalares, passando por profissionais ligados à assistência a saúde, foram de crianças em idade pré-escolar, ou seja, até os 6 anos de idade. Para esse grupo etário os médicos de um modo geral e os pediatras em particular, desempenham um papel fundamental, pois é no contato precoce e regular com a criança que qualquer perturbação no desenvolvimento neuropsicomotor é melhor avaliada, identificado seus agravos e indicado os procedimentos mais apropriados. Reconhecemos, contudo, ser provável que sequer a agenda de consultas de crescimento e desenvolvimento para os primeiros anos de vida é cumprida atualmente em boa parte da rede pública de saúde. O mais preocupante, no entanto, é a atual lógica do serviço de saúde, centrada na doença e não na promoção da saúde, o que poderia levar a uma dificuldade em avaliar outras dimensões do desenvolvimento humano, que não àquelas focadas nas queixas trazidas pelas famílias¹⁵. E, por se tratar de crianças e adolescentes, pais e professores são particular-

mente importantes na detecção precoce de transtornos emocionais e comportamentais¹⁶.

Ao considerarmos os encaminhamentos procedentes da Vara da infância (VIJ) e dos Conselhos Tutelares (CT), teremos um percentual de pouco mais de 9% o que equivale a um total de 928 crianças ou adolescentes. Nos últimos anos tem crescido bastante o número de encaminhamentos procedentes da VIJ e CT e é consenso entre os profissionais diretamente envolvidos na avaliação e acompanhamento dessas crianças e adolescentes que se trata de um grupo com demanda cada vez mais complexa e com maior gravidade, cujos motivos de encaminhamento concentram-se em temas ligados a privação de direitos e atos de violência, não apenas como vítimas, mas também como algozes (entre os adolescentes).

Queixas referidas

A tabela 5 mostra a distribuição das queixas referidas pela população de estudo. Relembramos que para cada criança e adolescente foram anotados um máximo de três queixas.

Tabela 05

Prevalência de queixas da população de estudo, COMPP/SES/DF, 2001-2005.

Queixas referidas	N	%
Distúrbio da linguagem	1977	20%
Alterações comportamentais/emocionais	1750	18%
Dificuldades escolares	1670	17%
Desajustes ou conflitos familiares	1388	14%
Caso social grave	1063	11%
Suspeita de transtorno psiquiátrico	964	10%
Suspeita de TDAH	651	7%
Suspeita de autismo	163	2%
Abuso sexual	199	2%
Maus tratos	122	1%
Outras Queixas	441	5%

Entre as queixas referidas mais prevalentes no acolhimento destacam-se os distúrbios da linguagem, verificados em 1977 usuários, ou seja, cerca de 20% das crianças e adolescentes acolhidos no período de estudo. O COMPP é uma unidade reconhecida pela comunidade e pelas instituições de educação, saúde e assistência à infância e adolescência como uma unidade que oferece um serviço de fonoaudiologia tradicional no Distrito Federal. Daí o número importante de usuários com queixas nessa área do desenvolvimento. A segunda queixa mais prevalente foi as alterações compor-

tamentais/emocionais, presentes em 1750 casos, o que corresponde a 18% dos acolhimentos. Na anotação dessa queixa encontram-se várias manifestações de crianças e adolescentes que tanto poderiam conduzir, após os procedimentos de avaliação, para um diagnóstico de transtorno de ansiedade, como para um diagnóstico de transtorno de humor. As demais queixas que se seguem são as dificuldades escolares com 1670 (17%), os desajustes ou conflitos familiares com 1388 (14%), os casos sociais graves com 1063 (11%), caracterizado pelas situações em que as famílias das crianças e adolescentes passam por dificuldades importantes na atenção das necessidades básicas, assim como a impossibilidade de prover o cuidado e proteção à prole. As queixas que conduzem a uma suspeita de transtorno psiquiátrico ocorreram em 964 (10%) acolhimentos e TDAH com 651 (7%). A atenção às famílias de crianças e adolescentes portando as queixas relacionadas acima constituem, grosso modo, na missão do COMPP. A equipe de assistência às crianças e adolescentes e suas famílias se organiza em programas de atenção às demandas que surgem em razão da prevalência de determinado transtorno, no entanto sem condições em assistir a todos ou mesmo acolher muitos usuários do Distrito Federal e Entorno, o que leva a Unidade a conviver com uma demanda reprimida, quase imobilizante.

A demanda por serviços de saúde mental da infância e adolescência cresce rapidamente em nosso meio, enquanto que o mesmo não ocorre com o número de equipes capacitadas e de serviços especializados em saúde mental da infância e adolescência. Não se trata de um fenômeno local, embora por razões e matizes diferentes e que se engendram de modo peculiar, ocorre também em países desenvolvidos. Um estudo¹⁸ sobre transtornos mentais em crianças e adolescentes, realizado nos USA, entre 1995 e 2000, mostra algumas mudanças importantes. A mais significativa delas foi o aumento da proporção de internação de crianças e adolescentes tratadas para transtorno bipolar e transtornos alimentares, que dobrou no período. O relatório do Estudo Nacional de Saúde da Criança realizado em 2003, com crianças entre 6 a 17 anos, nos EUA¹⁷ traz os transtornos de aprendizagem, os transtornos de Déficit de Atenção e os transtornos comportamentais como os mais prevalentes; quando comparado com os estudos nacionais prévios não vê diferenças e propõe uma revisão no manejo terapêutico desses transtornos. Um estudo realizado na Região Sueste do Brasil⁴, utilizando os critérios do DSM IV em escolares entre 7 e 14 anos, encontra uma prevalência

de transtornos mentais de 12,7%, significativamente maior que o estudo Britânico, com procedimento de amostragem e critérios diagnóstico semelhantes. Os autores concluem que, aproximadamente um em cada oito escolares da região tem um transtorno psiquiátrico que envolve um nível de stress ou prejuízo no desempenho social, o que justificaria a necessidade de tratamento e denuncia a existência de um imenso abismo entre necessidade e o provimento da assistência. O acesso aos profissionais de saúde mentais e mesmo aos serviços de saúde mental destinados à infância e adolescência, atualmente distribuídos de forma bastante desigual e de alto custo, ainda configura-se em obstáculo importante para os usuários e suas famílias.

Os usuários do COMPP, como já destacamos, são procedentes, em grande parte, das classes menos favorecidas, e que convivem com dificuldades materiais importantes, acesso precário ao trabalho e renda e, frequentemente, mostram os menores índices de escolarização. Todos esses elementos são importantes na configuração do quadro de queixas que trazem. E mais, aos pais e cuidadores cabem, muitas vezes, a tarefa de prover seus filhos das condições necessárias para o bom desenvolvimento físico, psíquico e social, e de identificar precocemente os agravos que perturbam esse desenvolvimento e buscar a assistência necessária. Se hoje reconhecemos que os fatores individuais e familiares podem estar mais associados aos transtornos psiquiátricos que qualquer outro fator¹⁹, do mesmo modo que a tarefa de provimento de serviços de saúde mental para seus filhos recai sobre a família uma responsabilidade muito grande, mas sem o apoio e suporte necessário. Os resultados disso são a enorme demanda, a baixa oferta de serviços e a constatação de uma realidade dramática, grave e complexa associada aos transtornos mentais na infância e adolescência.

Outras queixas, menos prevalentes, mas certamente bastante transcendentais são os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (Transtornos Autistas) com 163 (2%) suspeitas e os abusos sexuais e físicos, com 2% e 1% respectivamente. O autismo infantil, um evento do espectro dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), embora com evidências de um componente genético importante, não permite descartar a multifatorialidade na compreensão do fenômeno. Trata-se, portanto, de um quadro de extrema complexidade que exige que abordagens multidisciplinares sejam efetivadas visando-se não somente a questão educacional, mas também o processo de sociali-

zação de crianças e adolescentes²⁰. Embora com prognóstico reservado, o diagnóstico precoce e a instituição de um programa terapêutico apropriado podem resultar em benefícios expressivos para a criança, o adolescente e mesmo o adulto. Nossa realidade, no entanto, revela que apenas 15% das queixas que levaram a suspeita desses transtornos chegaram à unidade de referência em saúde mental da infância e adolescência com até 3 anos de idade. Aos demais, em se confirmando a suspeita diagnóstica recai um ônus que pode ser bastante severo.

Dados epidemiológicos a respeito da violência contra a criança e o adolescente, particularmente o abuso físico e sexual, revelam um fenômeno que não respeita fronteiras, classes sociais, nem credos religiosos. A prevalência real de atos de abuso físico e sexual contra crianças e adolescentes são desconhecidas, os números absolutos de casos de abuso variam enormemente em função da época, local e metodologia dos estudos realizados. Em razão de o abuso ser praticado, na maioria dos casos, por pessoas próximas à criança, por constrangimento, medo, vergonha ou mesmo uma relação de dependência, reina, freqüentemente, um pacto de silêncio perverso e cruel.

Se somados, o número de crianças e adolescentes com suspeita de abuso (físico e sexual) nesse estudo chega a 321, ou seja, 3% do total. Sabemos que a sub-notificação é uma realidade, os equipamentos e recursos de pessoas para receber as notificações e a acolher as crianças e adolescentes sob risco são insuficientes, o manejo dos casos suspeitos muitas vezes conduzem a criança e a família a uma re-vitimização ou a um desfecho desastroso, o que é inadmissível, em razão das conseqüências a curto e médio prazo para as vítimas.

Quanto ao encaminhamento dos pacientes dentro do serviço, verificamos que a grande maioria dos usuários acolhidos no COMPP (87,72%), foi encaminhada para uma investigação diagnóstica ou para algum procedimento terapêutico específico. Pouco mais de 16% das crianças e adolescentes acolhidos no período, já tinham algum diagnóstico, o que permitiu que fossem encaminhados diretamente a um procedimento terapêutico, enquanto prosseguia a investigação diagnóstica. Ressalte-se que apenas 187 crianças e adolescentes trouxeram queixas imprecisas e não necessitaram de acompanhamento de qualquer setor da Unidade e foram apenas orientados e/ou apoiados em seus papéis de cuidadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando examinamos a população de estudo por sexo e idade, nossos resultados foram compatíveis com aqueles obtidos pela literatura nacional e mesmo internacional. Ou seja, os transtornos emocionais e comportamentais incidem mais em meninos em idade escolar e nos adolescentes situados na primeira fase da adolescência. Se considerarmos a distribuição da população de estudo por local de moradia podemos ver que a distribuição obedece a duas lógicas bastante compreensíveis: a maior parte dos usuários da Unidade de Referência são procedentes das localidades mais populosas do Distrito Federal e é, também, procedentes das localidades com menor índice de desenvolvimento humano, o que confirma a associação entre pobreza e transtornos mentais.

Um elemento bastante preocupante foi a constatação de um alto índice de defasagem escolar entre as crianças e adolescentes acolhidas na Unidade. Entre os adolescentes, a proporção daqueles em situação de defasagem escolar é dramática. Se reconhecermos que estar inserido no sistema educacional funciona como um elemento protetor ao desenvolvimento sócio-emocional de crianças, adolescentes e suas famílias, com importante repercussão no desenvolvimento socioeconômico da própria comunidade em que vivem, para um grupo importante de famílias pode significar uma moratória no processo de desenvolvimento afetivo-relacional e social de seus membros.

Outro aspecto estudado foi o modo como os usuários acessam a Unidade de Saúde. Destaca-se o fato de que a maioria é encaminhada por outras instituições que não as instituições de saúde, o que pode caracterizar uma dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde, sobretudo provenientes da atenção básica, ou falhas na identificação de sinais de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes ou mesmo de situações que coloquem em risco a saúde mental da infância e adolescência.

Quanto à distribuição da população de estudo por queixas destacam-se os casos de suspeita de transtornos psiquiátricos e autismo pelo impacto pessoal e familiar que suscitam. Nada diferente, no entanto, das situações de abuso físico e sexual, da qual são vítimas crianças e adolescentes e das situações de conflitos familiares, que expõe a infância e a adolescência a um risco prolongado com impacto não menos danoso à saúde mental. Apesar do expressivo número de crianças e adolescen-

tes acolhidos na Unidade de referência em saúde mental da infância e adolescência no período de estudo, uma parcela reduzida teve suas necessidades de atenção às demandas atendidas. Nessas condições, um número importante de crianças, adolescentes e suas famílias convivem com o sofrimento psíquico ou em situação de risco para um desenvolvimento saudável, com fragorante prejuízo na construção das singularidades. O cenário atual configura a existência de um abismo entre a necessidade e o provimento de uma assistência equânime e humanizada.

São necessários novos estudos sobre prevalência dos transtornos mentais e comportamentais entre crianças e adolescentes, sobretudo aqueles que utilizem um desenho metodológico com critérios diagnósticos baseado em protocolos aceitos pela comunidade científica, uma vez que as queixas referidas carecem de confirmação diagnóstica.

BIBLIOGRAFIA

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Saúde mental: Nova concepção, Nova Esperança. Relatório Sobre Saúde no Mundo (2001). Organização Pan-americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Genebra; 2001.
2. Rapoport JL, Inoff-Grmain G, Weissman MM, Greenwald S, Narrow WE, Jensen PS et al. Childhood obsessive-compulsive disorder in the NIMH MECA study. Parent versus child identification of cases. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorder. *J Anxiety Disord* 2000; 14(6): 535-48.
3. Duarte CS, Bordin IA. Instrumentos de avaliação. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22 (Supl 2):2-6.
4. Fleitlich-Bilik B, Goodman, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorder in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004, 43(6): 727-34.
5. Goodman R, Santos DN, Nunes APR, Miranda DP, Fleitlich-Bilyk B, Almeida-Filho N. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005, 40: 11-17.
6. Ancona-Lopez S. A porta de entrada: da entrevista de triagem à consulta psicológica. [Tese de doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo (SP): 1996.

7. Messer J, Goodman R, Rowe R, Meltzer H, Maughan, B. Preadolescent conduct problem in girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006, 45(2): 184-91.
8. Cury CR, Golfeto JH. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev Bras Psiquiatr* 2003, 25(3):139-45.
9. Shaaban KM, Baashar TA. A community study of depression in adolescent girls: prevalence and its relation to age. *Med Princ Pract* 2003; 12(4): 256-9.
10. Beecham J, Chisholm D, O'Herlihy A, Astin J. Variations in the costs of child and adolescent psychiatric in-patient units. *Br J Psychiatry* 2003, 183: 220-225.
11. Fleitlich B, Goodman R *Epidemiologia. Rev Bras Psiquiatr* 2000, 22(Supl 2):2-6.
12. Muza GM. Alcoolismo e drogadição na Adolescência. Histórias de vida. [Tese Doutorado]. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (SP): 1996.
13. Lalonde J, Turgay A, Hudson JI. Attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and comorbid disruptive behavior disorder in a child and adolescent mental health clinic. *Can J Psychiatry* 1998; 43(6): 623-8.
14. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV et al. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorders persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2005; 57(11): 1442-51.
15. Sourander A., Haavisto A, Ronning JÁ, Multimäki P, Parkkola K, Santalahti P et al. Recognition of psychiatric disorders, and self-perception problems. A follow-up study from age 8 to age 18. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46(10): 1124-34.
16. Wu P, Hoven CW, Bird HR, Moore RE, Cohen P, Alegria M et al. Depressive and disruptive disorder and mental health service utilization in children and adolescents. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(9): 1081-90.
17. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45(8): 1350-62.
18. Harpaz-Rotem I, Leslie DL, Martin A, Rosenheck RA. Changes in child and adolescent inpatient psychiatric admission diagnosis between 1995 and 2000. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(8): 642-7.
19. Ford T, Goodman, R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(10): 1203-11.
20. Assumpção-Jr FB, Pimentel ACM. Autismo infantil. *Rev Bras Psiq* 2000; 22 (suppl.1): 37-9.

Pesquisa realizada com recursos da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal FAPDF