

Epidemiologia e fatores relacionados às doenças psiquiátricas em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no interior do nordeste brasileiro

Epidemiology and factors related to psychiatric diseases in a child psychosocial support center in a city in northeastern Brazil

Ester Mesquita Pitaluga, Renata Vasques Palheta Avancini, Gustavo Senra Avancini, Daniel Abner Paiva Caetano, Jair Castello Soares, Kivia Sivério de Aguiar Guedes, Laura Moreira Teixeira.

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)- Imperatriz-MA- Brasil.

Resumo

Objetivo: O objetivo principal deste estudo é identificar quais são as doenças psiquiátricas mais prevalentes em pacientes atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSIJ) de Imperatriz e associar fatores que poderiam estar relacionados ao aparecimento e a apresentação desses distúrbios na infância. **Métodos:** Essa pesquisa se caracteriza como indutiva, analítica-descritiva, retrospectiva e documental. O presente estudo foi conduzido no Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil de Imperatriz-MA. **Resultados.** Ao todo, foram 137 diagnósticos ou hipóteses diagnósticas levantadas, tendo algumas crianças recebido mais de um diagnóstico. São 22 diagnósticos diferentes definidos por Código Internacional de Doenças (CID) que foram reagrupados em categorias maiores conforme a semelhança dos transtornos. O sexo masculino é o mais prevalente e a média de idade aproximada é de 6 anos. **Conclusão:** Os transtornos mentais mais prevalentes entre as crianças analisadas foram os transtornos globais do desenvolvimento (em primeiro lugar autismo infantil) e transtornos hipercinéticos, seguidos pelo estado de stress pós-traumático, retardo mental e transtornos ansiosos. Foi comprovada a associação entre os transtornos presentes neste estudo e fatores genéticos, biológicos e ambientais.

Palavras-chave:

Psiquiatria infantil.
Saúde mental.
Transtornos mentais

Abstract

Objectives: The main objective of this study is to identify which are the most prevalent psychiatric diseases in patients attended by the Child Psychosocial Support Center (CAPSIJ) of Imperatriz and to associate factors that could be related to the appearance and presentation of these disorders in children. **Method:** This research is characterized as inductive, analytical-descriptive, retrospective and documentary. The present study was conducted at the Child Psychosocial Support Center of Imperatriz-MA. **Results:** In all, 137 diagnoses or diagnostic hypotheses were raised, with some children receiving more than one diagnosis. There are 22 different diagnoses defined by the International Code of Diseases (ICD) that have been regrouped into larger categories according to the similarities of the disorders. The male sex is the most prevalent and the average age is approximately 6 years. **Conclusion:** The most prevalent mental disorders among the children analyzed were child development disorders (primarily childhood autism) and hyperkinetic disorders, followed by post-traumatic stress disorder, mental retardation, and anxiety disorders. The association between the disorders present in this study and genetic, biological and environmental factors.

Keyword:

Child Psychiatry.
Mental Health.
Mental Disorders.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Ester Mesquita Pitaluga: esterpitaluga7@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os distúrbios mentais têm representado um grande desafio para a saúde mundial, considerando que 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental e 3% apresenta algum transtorno mental severo e persistente que necessita de acompanhamento. A incidência anual de experiências psicóticas na população geral é de 2,5%. A reforma psiquiátrica tem buscado oferecer maior assistência aos pacientes, incluindo crianças e adolescentes.¹

Uma série de pesquisas já evidenciaram a influência que a experiência social e emocional exerce sobre a arquitetura do cérebro, que levaria ao estresse biológico e às alterações no comportamento infantil.² Todo esse processo teria influência no funcionamento da escola, respostas negativas às adversidades e problemas imunológicos, que aumentaria a susceptibilidade a diversas infecções. Nos EUA, entre 9,5% e 14,2% das crianças desde o nascimento até os cinco anos de idade sofrem de problemas sócio-emocionais que levam à angústia não somente da criança, mas também da família.³

Além dos fatores de risco, há também os fatores de proteção que influenciam o desenvolvimento e contribuem para uma mente saudável. Dentre eles estão componentes familiares, genéticos e sociais. Uma família funcional associada à ausência de histórico familiar para doenças mentais e uma sociedade harmoniosa que promova redes de apoio às crianças e aos adolescentes são exemplos de fatores de proteção à saúde mental.⁴

Ainda há certa dificuldade na detecção desses problemas sócio-emocionais de maneira precoce. No estudo realizado por Williams et al foi demonstrado que a maioria dos pais de crianças menores que 3 anos que apresentavam resultados positivos no ASQ:SE (Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional), um instrumento para a avaliação das alterações emocionais infantis com eficácia comprovada no mesmo estudo, raramente expressavam preocupações sobre o comportamento dessas crianças, mesmo quando esse rastreamento social-emocional indicava problemas. A explicação mais coerente

para esse ocorrido seria uma falha dos pais em detectar as dificuldades sociais em crianças pequenas.³

Além do grande impacto na infância, os transtornos mentais podem ainda afetar a vida adulta se não forem tratados corretamente, o que pode gerar problemas de relacionamento, abuso de substâncias, desemprego pela dificuldade de se adequar à sociedade e mortalidade. Já foi comprovado também que crianças educadas por pacientes psiquiátricos têm maiores chances de desenvolver algum problema de relacionamento em qualquer fase da vida.⁵

Diante disso, o objetivo do presente estudo é identificar quais são as doenças psiquiátricas mais prevalentes em pacientes atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSIJ) de Imperatriz, bem como associar os fatores que poderiam estar relacionados ao aparecimento desses distúrbios nas crianças.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada em março de 2018 e se caracteriza como indutiva, fundamental, analítica-descritiva e retrospectiva (com análise do tipo caso-controle), considerando que neste estudo os dados foram coletados de um determinado período no passado através da análise documental de prontuários obtidos no Centro de Apoio Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSIJ) que é a principal referência na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes na macrorregião de Imperatriz-Maranhão.

Foram incluídos no estudo pacientes de 2 a 12 anos admitidos entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2017 e excluídos pacientes que tiveram alta médica. O modelo de prontuário da própria instituição (Anamnese Multiprofissional) foi utilizado para a coleta dos dados e as informações foram selecionados conforme a sua relevância para o estudo.

Após a obtenção das informações, as patologias foram reorganizadas em categorias, segundo seu Código Internacional de Doenças (CID), cada condição que poderia ser um fator de

risco foi distribuída em: sexo, não ter como responsável pai e mãe, presença de comorbidades/história patológica pregressa, presença de antecedentes patológicos familiares de transtornos mentais, ter renda de até um salário mínimo, e presença de comprometimento afetivo e traumas vivenciados pela criança. As variáveis foram escolhidas com base na literatura e na disponibilidade das informações nos prontuários das crianças.

Os dados foram codificados e registrados em um banco de dados na planilha do Programa Excel versão Office 2013 da Microsoft e, posteriormente, foram analisados através do programa Epi Info™ versão 7. Foi aplicada a análise descritiva, o teste do Qui Quadrado ou o teste de Fisher (quando uma das células apresentava valor menor que 5) para comprovar ou descartar a relação entre as doenças e as condições levantadas. A relação foi considerada existente quando o valor de P foi menor que 0,05, sendo a força de associação avaliada pelo Odds Ratio (ao exceder a 1 indicará uma associação de risco entre o fator e o efeito; e quando apresentar um valor menor que 1 indicará uma associação de proteção entre o fator e o efeito). Em cada análise o grupo portador da patologia a ser analisada foi considerado como “caso” e o grupo não portador como “controle”, sendo a comparação realizada entre os próprios pacientes para avaliar se diferentes exposições leva-

riam a diferentes desfechos. Sendo assim, os testes demonstram se determinado fator está mais relacionado a patologia estudada.

A pesquisa atende aos critérios da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Os procedimentos foram aprovados pela Comissão de Ética e Bioética da Faculdade de Imperatriz (COEB) sob o protocolo 00-2/2018.

RESULTADOS

Dos 122 prontuários selecionados, 2 preencheram os critérios de exclusão, nos levando a uma amostra total de 120 prontuários. O valor mínimo das idades analisadas foi de 2 e o máximo de 12, a mediana foi de 6 e a média aritmética de 6,5333. A variância das idades foi de 8,419, o desvio padrão de 2,9016 e o coeficiente de variação de 44,41%. Em relação sexo, foram 30 (25%) meninas admitidas nesse período contra 90 (75%) meninos.

Foram 137 diagnósticos ou hipóteses diagnósticas levantadas, tendo algumas crianças recebido mais de um diagnóstico. São 22 diagnósticos diferentes definidos por CID que foram reagrupados em categorias maiores conforme a semelhança dos transtornos. A Gráfico 01 apresenta o número de casos ocorridos em cada categoria e a Tabela 01 demonstra quais doenças foram encontradas nas categorias qual a frequência de cada uma.

Tabela 01 - Doenças pertencentes a cada categoria e o número de diagnósticos encontrados.

| Categoria | Transtornos e número de diagnósticos |
|--|--|
| F84 - Transtornos globais do desenvolvimento | F840 - Autismo infantil (37) F849 - Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (2) |
| F90 - Transtornos hipercinéticos + R463 - Hiperatividade | F900 Distúrbios da atividade e da atenção (29) F901 Transtorno hipercinético de conduta (8) R463 Hiperatividade (2) |
| F43 - Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação | F43.1 Estado de “stress” pós-traumático (17) |
| F70 – Retardo mental leve + F71 – Retardo mental moderado + F72 – Retardo mental grave | F700 - Retardo mental leve - menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento (6) F711 - Retardo mental moderado - comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento (2) |

| | |
|---|--|
| | F720 - Retardo mental grave - menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento (3) |
| | F718 - Retardo mental moderado - outros comprometimentos do comportamento (1) |
| | F708 - Retardo mental leve - outros comprometimentos do comportamento (2) |
| F41 - Outros transtornos ansiosos + F40 Transtornos fóbico-ansiosos | F410 - Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica] (3) F411 - Ansiedade generalizada (9) F400 - Agorafobia (1) F320 - Episódio depressivo leve (1) F940 - Mutismo eletivo (2) F913 - Distúrbio desafiador e de oposição (3) F810 - Transtorno específico de leitura (2) |
| Outros | F068 - Outros transtornos mentais especificados devidos a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física (1) R471 - Disartria e anartria (2) R480 - Dislexia e alexia (3) F29 - Psicose não-orgânica não especificada (1) |
| Sem diagnóstico até o momento da coleta (2) | |

Quanto aos responsáveis, 52 (43,3%) das crianças têm como responsáveis pai e mãe, 44 (36,7%) têm como responsáveis a mãe ou somente a família materna, 11 (9,2%) têm o outro familiar como responsável, 5 (4,2%) têm o pai ou apenas a família paterna, 4 (3,3%) são adotadas e 4 (3,3%) são crianças institucionalizadas.

Ao todo, 45 crianças apresentaram alguma comorbidade/história patológica pregressa, sendo as epilepsias e as convulsões as mais encontradas, totalizando 19 casos, e logo após, a hipóxia intrauterina com 9 casos. Algumas apresentaram uma gestação conturbada: as agressões físicas e verbais à mãe estiveram presentes em 26 (21,6%) casos, 19 (15,8%) crianças não foram planejadas ou desejadas, 16 (13,3%) das mães tiveram uma gestação estressante emocionalmente.

A presença de transtornos mentais em familiares ocorreu em 67 (55,8%) casos, sendo que em 29 deles o familiar diagnosticado era mãe, pai, irmão ou irmã, 26 tinham mais de um familiar diagnosticado e em 20 casos o transtorno do familiar era semelhante ao transtorno da criança. 16 crianças convivem com o familiar com o transtorno.

Em relação aos dados socioeconômicos, 52 (43,33%) das famílias das crianças têm renda de até um salário mínimo, 27 (22,5%) têm renda de até dois salários, 7 (5,8%) têm renda de até três salários e 16 (13,3%) têm renda maior que

três salários. Não há informações sobre 18 casos (15%).

Dentre os fatores de risco ambientais, 76 (63,3%) crianças apresentaram algum comprometimento das relações afetivas ou vivenciaram algum trauma. 46 são filhas de pais separados, 21 foram abandonadas pelo pai, 16 têm pai e /ou mãe usuários de drogas, presos ou foragidos, 8 perderam algum ente querido, 4 sofrem bullying ou se mudaram de escola recentemente, 3 foram abusadas sexualmente por algum familiar, 3 sofrem ou presenciam violência física e verbal, 3 passam a maior parte do tempo com outro familiar (quando os responsáveis não podem estar com a criança).

Na análise entre sexo e patologias foi encontrada relação entre transtornos globais do desenvolvimento (risco para o sexo masculino), estado de stress pós-traumático e transtornos ansiosos (ambos representam risco para o sexo feminino, pois o Odds Ratio demonstra proteção para o sexo masculino), como pode ser observado na tabela 02. Os transtornos hiper-cinéticos e o sexo apresentaram um P de 0,09 e a relação entre o sexo masculino pode não ter sido estabelecida devido ao tamanho da amostra. A presença de retardo mental não estaria associada ao sexo.

Na análise entre a condição “não tem como responsáveis pai e mãe” e patologias foi encontrada relação entre estado do stress pós-

traumático, em que a condição demonstrou ser um fator de risco para o desenvolvimento do transtorno (Odds Ratio maior que 1), como pode ser observado na Tabela 03 que traz o caso.

Tabela 02 - Análise entre sexo (fator de exposição) e transtornos mentais (efeito): casos que apresentaram relação.

| Variável | | F84 - Transtornos globais do desenvolvimento | | |
|----------|--------------------|--|--------------------|---------------------|
| | | | Transtorno ausente | Transtorno presente |
| Sexo | Feminino | N (%) | 25 (83,33) | 5 (16,67) |
| | Masculino | N (%) | 56 (62,22) | 34 (37,78) |
| | Total | N (%) | 81 (67,50) | 39 (32,50) |
| | Significância* | P: 0,0325163108 | | |
| | Odds Ratio: 3,0357 | Intervalo de confiança 95%: 1,0610-8,6794 | | |
| Variável | | F431 - "Estado de ""stress"" pós-traumático" | | |
| | | | Transtorno ausente | Transtorno presente |
| Sexo | Feminino | N (%) | 22(73,33) | 8(26,67) |
| | Masculino | N (%) | 81(90,00) | 9(10,00) |
| | Total | N (%) | 103(85,83) | 17(14,17) |
| | Significância* | P: 0,0012731728 | | |
| | Odds Ratio: 0,1618 | Intervalo de confiança 95%: 0,0482-0,5434 | | |
| Variável | | F41 Outros transtornos ansiosos + F40 Transtornos fóbico-ansioso | | |
| | | | Transtorno ausente | Transtorno presente |
| Sexo | Feminino | N (%) | 22(73,33) | 8(26,67) |
| | Masculino | N (%) | 85(94,44) | 5(5,56) |
| | Total | N (%) | 107(89,17) | 13(10,83) |
| | Significância* | P: 0,0012731728 | | |
| | Odds Ratio: 0,1618 | Intervalo de confiança 95%: 0,0482-0,5434 | | |

*Teste de Qui Quadrado

Já na análise entre a condição “presença de comorbidades/história patológica pregressa” e transtornos mentais, foi encontrada relação entre retardo mental, em que a condição demonstrou ser um fator de risco para o desenvolvimento desta patologia (Odds Ratio maior que 1), como pode ser observado na Tabela 3. A presença de comorbidades ou de uma história patológica pregressa nessas crianças não se mostraram fatores significativos para o desenvolvimento dos demais transtornos.

Analisando a condição “antecedentes patológicos familiares de transtornos mentais” e sua associação entre as patologias, foi encontrada relação entre transtornos ansiosos, em que esta condição demonstrou ser um fator de risco para o desenvolvimento deste desfecho (Odds Ratio maior que 1), como pode ser observado na Tabela 04. A presença de antecedentes patológicos familiares não apresentou relação com nenhum outro transtorno.

Tabela 03 - Análise entre a condições “não ter como responsáveis pai e mãe” e “presença de comorbidades/história patológica progressa” (fatores de exposição) e transtornos mentais (efeito): casos que apresentaram relação.

| Variável | F431 - "Estado de ""stress"" pós-traumático" | | | |
|--|--|--|--------------------|---------------------|
| Não tem como responsáveis pai e mãe | | | Transtorno ausente | Transtorno presente |
| | Não exposto | N (%) | 49(94,23) | 3(5,77) |
| | Exposto | N (%) | 54(79,41) | 14(20,59) |
| | Total | N (%) | 103(85,83) | 17(14,17) |
| | Significância** | P: 0,0324390883 | | |
| | Odds Ratio: 4,2346 | Intervalo de confiança 95%: 1,1477-15,6244 | | |
| Variável | F70 – Retardo mental leve + F71 – Retardo mental moderado + F72 – Retardo mental grave | | | |
| Presença de Comorbidades/História patológica progressa | | | Transtorno ausente | Transtorno presente |
| | Não exposto | N (%) | 71(94,67) | 4(5,33) |
| | Exposto | N (%) | 35(77,78) | 10(22,22) |
| | Total | N (%) | 106(88,33) | 14(11,67) |
| | Significância** | P: 0,0077815000 | | |
| | Odds Ratio: 5,0714 | Intervalo de confiança 95%: 1,4850-17,3190 | | |

**Teste de Fisher (pelo menos uma das células apresenta um valor menor que 5)

Quanto a associação entre a condição “comprometimento do afeto e presença de traumas vivenciados pela criança” e os transtornos mentais, foi encontrada a relação entre transtorno do stress pós-traumático, em que essa condição demonstrou não ser apenas um fator

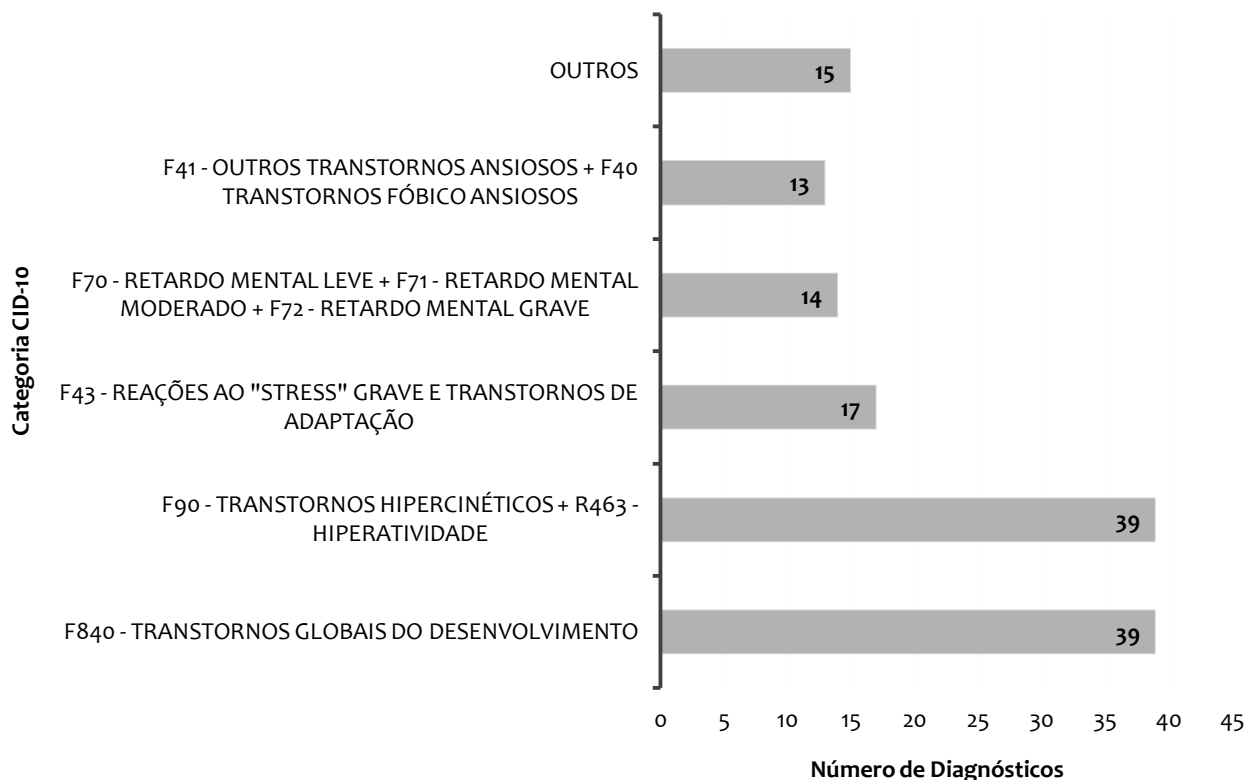
de risco, mas também necessária para o desenvolvimento do desfecho. Todas as crianças com o diagnóstico apresentaram essa condição, levando a um Odds Ratio indefinido como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 04 - Análise entre a condição “antecedentes patológicos familiares de transtornos mentais” e “comprometimento do afeto e traumas vivenciados pela criança” (fatores de exposição) e transtornos mentais (efeito).

| Variável | F41 Outros transtornos ansiosos + F40 Transtornos fóbico-ansioso | | | |
|---|--|--|--------------------|---------------------|
| Antecedentes patológicos familiares (transtornos mentais) | | | Transtorno ausente | Transtorno presente |
| | Não exposto | N (%) | 51(96,23) | 2(3,77) |
| | Exposto | N (%) | 56(83,58) | 11(16,42) |
| | Total | N (%) | 107(89,17) | 13(10,83) |
| | Significância** | P: 0,0369391024 | | |
| | Odds Ratio: 5,0089 | Intervalo de confiança 95%: 1,0592-23,6867 | | |
| Variável | F431 - "Estado de ""stress"" pós-traumático" | | | |
| Comprometimento do afeto e traumas vivenciados pela criança | | | Transtorno ausente | Transtorno presente |
| | Não exposto | N (%) | 44(100,00) | 0(0,00) |
| | Exposto | N (%) | 59(77,63) | 17(22,37) |
| | Total | N (%) | 103(85,83) | 17(14,17) |
| | Significância** | P: 0,0002474388 | | |
| | Odds Ratio: Indefinido | Intervalo de confiança 95%: Indefinido | | |

**Teste de Fisher (pelo menos uma das células apresenta um valor menor que 5)

Gráfico 1: Número de diagnósticos separados por categoria de CID agrupados conforme sua semelhança sintomatológica.



Não houve relação entre os transtornos mentais e a situação socioeconômica do paciente, que neste trabalho foi colocada como a condição “até um salário mínimo”.

DISCUSSÃO

Pesquisas mostram que 13,4% de crianças e adolescentes seriam afetados por qualquer transtorno mental em todo mundo⁶. Os transtornos encontrados entre crianças e adolescentes em estudos realizados em diversos países são depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias, e transtorno de conduta. Alguns autores apontam o TDAH como o transtorno mais prevalente em crianças^{5,7}.

A frequência do aparecimento desses transtornos está ligada, portanto, à faixa etária abordada e à região estudada. Nosso estudo demonstrou uma prevalência do autismo infantil,

no entanto há também uma grande quantidade de crianças com transtornos hiperkinéticos de conduta e hiperatividade, a ponto de se equipararem à categoria aplicada ao autismo. O autismo leva à restrições das relações sociais e alterações comportamentais, sua prevalência no mundo seria de 0,6%^{8,9}. A etiologia do transtorno do espectro autista (TEA) seria multifatorial associada a fatores genéticos e neurobiológicos que poderiam levar à uma maior predominância na região¹⁰.

A literatura demonstra, uma associação entre TDAH, transtorno de conduta e sexo masculino⁷. Estima-se também que os meninos são quatro vezes mais propensos a serem diagnosticados com autismo que meninas¹¹. Isso levou à uma clara prevalência desse gênero no presente estudo, considerando que esses foram os transtornos mais encontrados. A relação com o sexo masculino também foi comprovada no caso do autismo através dos testes realizados e essa relação no caso dos transtornos hiperkinéticos de

conduta poderia ser alcançada com o aumento da amostra.

Foi demonstrado que pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos têm maiores chances de desenvolverem outros transtornos, sendo assim muitos pacientes receberam mais de um diagnóstico^{12,13}. Quando há associação de muitos fatores de risco, a probabilidade de um desenvolvimento mental pouco saudável se torna ainda maior.⁴

Muitas crianças tinham outros familiares como responsáveis, eram adotadas ou institucionalizadas, o que representaria um fator de risco^{4,14}. A presença de transtornos mentais na família na maioria dos casos revela uma possível relação genética, ou influência ambiental devido a convivência com esses familiares¹⁵. A baixa renda e a pouca instrução, tornariam as crianças mais suscetíveis ao aparecimento dos transtornos mentais e apesar da quantidade considerável de famílias com renda superior a um salário mínimo no presente estudo, outras condições sociais não abordadas poderiam estar relacionadas às patologias, como o fato de muitos conviverem com a violência urbana⁴. Outro fator que tem alta influência sobre o aparecimento das doenças mentais em crianças são os traumas e o comprometimento do afeto. A maioria das crianças apresentava alguma situação que se enquadrava nessa categoria¹⁶.

O presente estudo conseguiu provar através dos testes, a relação entre sexo feminino e estado do stress pós-traumático, sexo feminino e transtornos ansiosos. Segundo a literatura, as meninas tendem a apresentar reações agudas mais extremas quando comparadas aos meninos, além de estarem mais expostas à violência sexual, o que ocorre neste estudo (as 3 crianças abusadas sexualmente eram do sexo feminino)^{15,17}. O abuso físico e sexual durante a infância já foi associado ao suicídio e à sua ideação entre adolescentes, podendo ser um fator desencadeante.¹⁸ Assim sendo, meninas apresentariam, também, com maior frequência, os transtornos de ansiedade¹².

Foi comprovada também uma relação de risco entre estado do stress pós-traumático e não ter como responsáveis uma figura materna

e uma figura paterna. A mudança dessa estrutura familiar estaria relacionada ao aparecimento dos transtornos mentais de forma precoce, neste caso específico, uma família disfuncional levaria ao aparecimento da patologia¹. A relação entre comorbidades e uma história patológica pregressa significativa e retardo mental também foi estabelecida no presente estudo. A literatura demonstra que a maioria dos pacientes com deficiência intelectual apresenta lesão cerebral traumática e crises neonatais; dados semelhantes aos encontrados¹⁹.

A presença de antecedentes patológicos familiares se mostrou um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos ansiosos nesta pesquisa; estudos realizados no ano de 2015 constataram que crianças ansiosas e com transtornos de humor tinham pais com algum tipo de distúrbio psiquiátrico. Nesse caso, tanto fatores genéticos quanto ambientais estariam envolvidos.¹²

Absolutamente todas as crianças com estado de stress pós-traumático apresentaram comprometimento do afeto ou algum trauma relatado. Por vezes não é simples chegar a esse diagnóstico, pois a sintomatologia pode ser bem variada e o evento causador em alguns casos é indetectável, o que pode levar à um impacto profundo no funcionamento comportamental, cognitivo, social e físico do indivíduo².

Uma das maiores limitações no desenvolvimento de estudos relacionados à psiquiatria é a instabilidade diagnóstica, o curso costuma ser imprevisível.

CONCLUSÃO

Os transtornos mentais mais prevalentes entre as crianças analisadas foram os transtornos globais do desenvolvimento (em primeiro lugar autismo infantil) e transtornos hipercinéticos (principalmente distúrbios da atividade e atenção), seguidos pelo estado de stress pós-traumático, retardo mental e transtornos ansiosos. Foi comprovada a associação entre os transtornos presentes neste estudo e fatores genéticos, biológicos e ambientais. A história socioeconômica não demonstrou associação com as doenças psiquiátricas infantis. Verificou-se através desta

pesquisa um bom funcionamento do CAPS Infanto-Juvenil de Imperatriz, no entanto a dificuldade diagnóstica é algo evidente devido, principalmente, ao não comparecimento às consultas e à complexidade dos casos.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a toda equipe do CAPS e CAPSIJ de Imperatriz, em especial ao Robson e à Silvana que nos receberam com boa vontade e gentileza.

Forma de citar este artigo: Pitaluga EM, Avancini RVP, Avancini GS, Caetano DAP, Soares JC, Guedes KSA, et al. Epidemiologia e Fatores Relacionados às Doenças Psiquiátricas em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil no Interior do Nordeste Brasileiro. Rev. Educ. Saúde 2020; 8 (1): 64-73.

REFERÊNCIAS

1. Vicente JB, Marcon SS, Higarashi IH. Convivendo com o transtorno mental na infância: Sentimentos e reações da família. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(1):e0370014.
2. Marques IA. EMDR com crianças: o estado da arte. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa, 6(1) 2015.
3. Williams ME, Zamora I, Akinsilo O, Chen AH, Poulsen MK. Broad Developmental Screening Misses Young Children With Social-Emotional Needs. *Clin. Pediatr. (Phila)* 2017.
4. Matsukura TS, Fernandes ADSA, Cid MFB. Saúde mental infantil em contextos de desvantagem socioeconômica: fatores de risco e proteção. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 22, n. 2, p. 251-262, 2014.
5. Machado CM, Gonçalves AMAL, Marques Filho AB, Oliveira MCOSM, Domingos NAM, Cabrera EMS. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 53-62. São Paulo, SP, maio-ago. 2014. ISSN 1516-3687.
6. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **:.* 2015.
7. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. Bras. Psiquiatr.* 63, 360–372, 2014.
8. Marfinati AC, Abrão JLF. Um Percurso Pela Psiquiatria Infantil: Dos Antece

- dentes Históricos à Origem do Conceito de Autismo. *Estilos clin.*, São Paulo v. 19, 244–262. 2014.
9. Tilahun D, Fekadu A, Tekola B, Araya M, Roth I, Davey B et al. Ethiopian community health workers' beliefs and attitudes towards children with autism: Impact of a brief training intervention. 2017.
10. Gomes PTM, Lima LHL, Bueno MKG, Araújo LA, Souza NM. Autism in Brazil: A systematic review of family challenges and coping strategies. *J. Pediatr. (Rio. J)*. 91, 111–121. 2015.
11. Duvekot J, Ende JVD, Verhulst FC, Slappendel G, Daalen EV, Maras A et al. Factors influencing the probability of a diagnosis of autism spectrum disorder in girls versus boys. *Autism* 21, 646–658. 2017.
12. Silva Júnior EA, Gomes CAB. Psychiatric comorbidities among adolescents with and without anxiety disorders: a community study. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(3):181-6.
13. Mewton L, Hodge A, Gates N, Vison-tay R, Teesson M. The Brain Games study: protocol for a randomised controlled trial of computerised cognitive training for preventing mental illness in adolescents with high-risk personality styles. Mewton L, et al. *BMJ Open* 2017;7: e017721.
14. Lehmann S, Heiervang ER, Havik T, Havik OE. Screening Foster Children for Mental Disorders: Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Plos One*, 2014.
15. Teixeira JN, Alvarenga P. Relações entre controle psicológico e comportamental materno e ansiedade infantil Introdução. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 68, 145–160. 2016.
16. Schaefer SL, Lobo BOM, Brunnet AE, Kristensen CH. Reações Pós-Traumáticas em Crianças: Como, Por Que e Quais Aspectos Avaliar? *Interação em Psicologia* 20, 459–478. 2016.
17. Silva RS, Gonçalves MA ocorrência de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes abusados sexualmente. *Uniciências* 19, 72–78. 2015.
18. Schäfer JL, Teixeira VA, Fontoura LP, Castro LC, Horta RL. Exposure to physical and sexual violence and suicidal ideation among schoolchildren Exposição à violência física e sexual e ideação suicida entre escolares. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(2):96-103.
19. Vieira ECM, Giffoni DAS. Avaliação de preditores de risco para deficiência intelectual. *Rev. Psicopedagogia* 2017; 34(104): 189-95.