

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS OBSERVADOS NUMA EQUIPA DE PSQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Um Estudo Retrospectivo

Ricardo ENCARNAÇÃO, Maria MOURA, Fátima GOMES, Pedro Caldeira DA SILVA

RESUMO

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido a um crescente número de crianças que necessita de avaliação e acompanhamento em Psiquiatria da Infância e Adolescência. Actualmente estima-se que entre 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de Saúde Mental, sendo que apenas um quinto destas recebem o tratamento apropriado. Assim, no sentido de se poder proceder a uma melhor planificação e gestão de recursos realizou-se uma análise do movimento assistencial de uma Equipa de Pedopsiquiatria entre 2004 e 2007 bem como uma análise descritiva detalhada da população de utentes do ano 2007. No período de quatro anos estudado foram observadas 1923 crianças num total de 9609 consultas. Verificou-se um predomínio claro de crianças e adolescentes do sexo masculino e a média etária observada foi de 9,89 anos.

A caracterização da população consultada no ano de 2007 (480 utentes), revelou também uma preponderância das estruturas familiares nucleares e, ao nível da área de residência destaca-se um predomínio de crianças do concelho de Sintra (71%). Quanto à origem do pedido, em 29% os casos foram referenciados pelo Médico Assistente e em 26% pela Escola; os motivos de consulta mais frequentes foram os problemas de comportamento (30%) e as dificuldades de aprendizagem escolar (15%). Foi possível ainda caracterizar os pedidos de consulta por fonte de referenciação.

No que concerne ao diagnóstico, a nível psicodinâmico, a Organização Depressiva predomina (56%) enquanto, quando analisados os diagnósticos do Eixo I de acordo com a DSM-IV-TR, se verifica um predomínio das Perturbações do Humor (30%) seguindo-se as Perturbações do Comportamento e Défice de Atenção (24,8%). Os tempos de espera médios entre o pedido e a primeira consulta variaram entre 55 dias (casos provenientes do Serviço de Urgência) e os 141 dias (casos sinalizados pela escola).

Apenas com uma análise aprofundada da realidade assistencial nesta área permitirá a planificação e implementação de medidas que visem otimizar os Serviços e a resposta que estes dão às crianças, adolescentes e famílias.

R.E., M.M., F.G., P.C.S.: Área de Pedopsiquiatria. Hospital Dona Estefânia (CHLC). Lisboa. Portugal.

© 2011 CELOM

SUMMARY

CHARACTERIZATION OF THE CASES REFERRED AND CONSULTED IN A CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY CLINIC

A retrospective study.

Child Mental Health Services have been dealing, over the last decades, with a growing number of children in need of evaluation and treatment. Recent studies estimate that 10 to 20% of children and adolescents met criteria for, at least, one psychiatric diagnosis, and that only one fifth gets appropriate treatment. Thus, in order to optimize service planning

and management we performed an analysis of the cases referred to and observed at one Child and Adolescent Psychiatry Clinic between 2004 and 2007, as well as descriptive analysis of the youth population observed at the same clinic during 2007.

In the 4 year period studied, 1923 children were consulted in a total of 9609 appointments. Sample mean age was 9.89 years with a clear male gender preponderance.

During 2007, 480 patients were consulted and it was possible to observe a predominance of nuclear family structure and around 71% of cases living in Sintra. Regarding the source of referral, 29% of the cases were referred by the assistant physician and in 26% by school teachers; the main complaints were behavior problems (30%) and learning disabilities (15%). It was also possible to characterize complaints according to the different referral sources.

On a psychodynamic diagnostic level, 56% of all cases met criteria for a Depressive Organization. According to DSM-IV-TR diagnostic criteria for Axis I disorders, we found 30% of Emotional Disorders and 24.8% of Conduct Disorders and Attention Deficit and Hyperactive Disorder. Mean waiting times between referral and the first appointment varied between 55 days (cases referred from the Emergency Department) and 141 days (school referrals).

Only a deeper and detailed analysis of this reality will allow the planning and implementation of measures needed to optimize Child and Adolescent Mental Health services and the answer they can give to patients and families.

INTRODUÇÃO

A prevalência de psicopatologia na criança e do adolescente tem sofrido um aumento desde a II Guerra Mundial (Zubrick et al 2000)¹. Estudos de prevalência em diferentes centros internacionais indicam que entre 17% e 32% de crianças e adolescentes apresentam critérios diagnósticos para pelo menos uma perturbação psiquiátrica²⁻⁵. Estes resultados atingem valores ainda mais elevados quando estudada a prevalência de comorbidades, ou seja, a prevalência de dois ou mais diagnósticos³. De entre os principais quadros psicopatológicos destacam-se, pela sua maior prevalência nestas faixas etárias, os diagnósticos de problemas de comportamento - incluindo Perturbação de Oposição, Perturbação Disruptiva do Comportamento e Perturbação de Hiperactividade e Déficit de Atenção - e problemas emocionais - como Perturbação de Ansiedade e Perturbação Depressiva²⁻⁴.

Apesar desta elevada prevalência de problemas de comportamento e emocionais, é importante notar que apenas uma pequena percentagem destas crianças e jovens entra em contacto com os Serviços de Saúde Mental. Nos Estados Unidos é estimado que 21% das crianças dos 9 aos 17 anos apresentem uma doença mental ou aditiva causadora de impacto relevante; no entanto, apenas um quinto destes recebem o tratamento adequado necessário (OMS, 2001)¹.

Por conseguinte, reveste-se de fulcral relevância uma planificação e gestão adequadas dos recursos existentes e das intervenções a realizar. Para este objectivo maior ser alcançável, importa pois, de forma prioritária, caracterizar a população clínica pedopsiquiátrica.

A realidade assistencial da Pedopsiquiatria em Portugal encontra-se longe de ser conhecida ou mesmo estudada.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado na Equipa da Lapa, uma Equipa de Sector pertencente ao Hospital Dona Estefânia do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Trata-se de uma equipa multidisciplinar destinada ao acompanhamento de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 os 18 anos de idade, sendo constituída por médicos de Pedopsiquiatria (especialistas e internos em formação), psicólogos, uma enfermeira especialista em Saúde Mental e uma técnica de Serviço Social. A área de atendimento desta equipa abrange trinta freguesias do concelho de Lisboa, o concelho de Sintra, o distrito de Évora e Angra do Heroísmo (Região Autónoma dos Açores), correspondendo a cerca de 600 mil habitantes e a 95 mil crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 19 anos.

As crianças e adolescentes com problemas (ou suspeita de problemas) de Saúde Mental recorrem à Equipa da Lapa através de múltiplos canais de referência como, por exemplo, os Médicos de Família, a Escola, estruturas sediadas na comunidade, por iniciativa dos seus pais ou cuidadores, entre outros. Num primeiro contacto com a equipa é realizada uma entrevista de acolhimento que permite identificar o motivo de pedido de consulta, obter uma avaliação subjectiva da urgência e gravidade dos casos e, em algumas situações, iniciar uma reflexão e algumas alterações relativamente ao funcionamento da família e da criança/adolescente.

O estudo realizado foi um estudo transversal, descritivo e histórico (retrospectivo) da população de crianças e jovens utilizadora dos Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Equipa da Lapa.

Foi efectuada uma análise exploratória à evolução do movimento assistencial em consultas médicas entre 1 de Janeiro de 2004 e 31 de Dezembro de 2007, recorrendo à informação constante na base de dados informática utilizada como registo administrativo dos casos que contactaram com o Serviço neste período de tempo. Variáveis demográficas como a idade e género dos elementos da amostra, e a informação obtida sobre o número e tipo de consultas médicas realizadas foram analisadas.

Seguidamente, visando uma caracterização mais pormenorizada dos casos observados, procedeu-se à análise da informação contida nos processos clínicos abertos na Equipa da Lapa entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2007. Foram analisadas variáveis demográficas (idade, género, local de residência), relacionadas com a família e prestadores de cuidados, escolaridade, fontes e os motivos de referenciação, diagnósticos principais e intervenções terapêuticas realizadas. Procurou-se ainda analisar os tempos de espera médios desde os pedidos de consulta e as primeiras consultas de Pedopsiquiatria.

Para efeitos de registo e categorização dos motivos de consulta utilizou-se o *Sistema de Codificação de Base de Dados Para Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência* (Silva MA, Vilarça P, Caldeira da Silva P; 2005).

Para efeitos de registo e categorização do tipo de estrutura familiar considerou-se: família nuclear como um agregado com a presença de ambos os progenitores; família reconstruída quando a criança/adolescente reside numa família resultante de um novo relacionamento de um dos seus pais; família monoparental (com mãe/com pai); entregue ao cuidado de outros familiares. Considerou-se ainda nesta variável o acolhimento institucional devido às importantes particularidades deste tipo de situação. Consideraram-se ainda as situações em que no mesmo agregado familiar residiam elementos de três ou mais gerações e/ou considerados como não pertencentes à família nuclear (família alargada), bem como procurou-se registar os casos em que o divórcio parental era referido no processo clínico.

Os diagnósticos sindrómicos foram realizados de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)⁶.

RESULTADOS

Evolução do Movimento Assistencial em Consultas Médicas de Pedopsiquiatria (2004 – 2007).

Ao longo do período de tempo estudado foram observadas em consultas de Pedopsiquiatria na Equipa da Lapa 1923 crianças e jovens, num total de 9609 consultas.

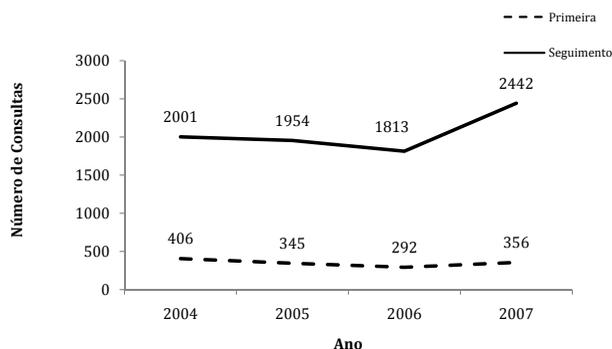


Fig.1 – Evolução do número de primeiras consultas e de consultas de seguimento realizadas por ano

Destas, 1399 (14,6%) corresponderam a primeiras consultas e 8210 (85,4%) a consultas de seguimento. Verificou-se uma diminuição do número de doentes observados nos três primeiros anos do período estudado, variando entre 864 em 2004, 693 em 2005 e 600 em 2006. No ano 2007 assistiu-se a uma evolução em sentido inverso, com um incremento no número de crianças e adolescentes observados que totalizaram 790. A evolução do número de consultas realizadas pode ser observada na Figura 1.

Da análise dos dados obtidos pode constatar-se, entre 2004 e 2006, uma redução nos três parâmetros acima referidos: cerca de 30,6% no número de doentes e 12,5% no número de consultas (28,1% nas primeiras consultas e 19,4% nas consultas de seguimento). Esta situação inverte-se no ano 2007 com aumentos verificados de 24,1% no número de doentes e de 24,8% no número de consultas realizadas (18,0% nas primeiras consultas e 25,8% nas consultas subsequentes).

As idades dos doentes observados situam-se entre os três e os vinte e quatro anos ($M=9,89$; $DP=3,132$), verificando-se uma evolução crescente das idades médias ao longo dos quatro anos avaliados por este estudo. O teste *t* de Student para amostras independentes foi utilizado para comparar as médias etárias entre os diferentes anos. Não se observaram diferenças com significado estatístico nas médias das idades de 2004 ($M=9,57$; $DP=3,069$) e 2005 ($M=9,70$; $DP=686$), bem como nas de 2005 e 2006 ($M=9,78$; $DP=3,074$). Uma diferença com relevância estatística foi verificada entre 2006 e 2007 ($M=10,49$; $DP=3,168$); $t(1387)=4,198$, $p=0,000$.

Quadro 1 – Distribuição dos doentes observados por género, por ano

	Masculino	Feminino	Total
2004	549 (65,0%)	289 (35,0%)	843
2005	489 (71,3%)	197 (28,7%)	686
2006	427 (71,2%)	137 (28,8%)	600
2007	546 (69,2%)	243 (30,8%)	789

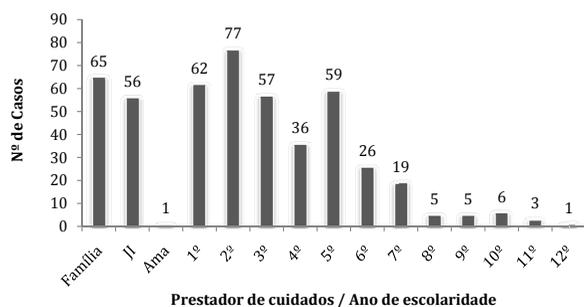


Fig. 2 – Distribuição por ano de escolaridade / prestador de cuidados

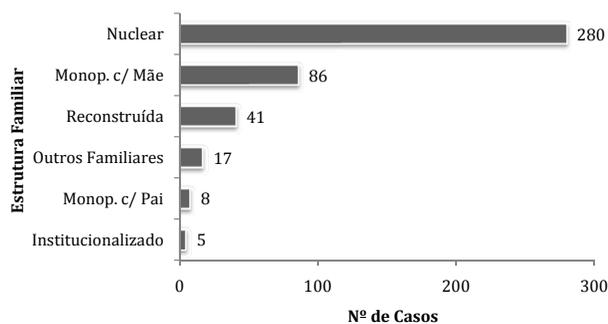


Fig. 3 – Distribuição por Estrutura Familiar

A maioria das crianças e jovens neste estudo pertencem ao género masculino (68,9%), estando este predomínio patente nos quatro anos analisados (Quadro 1).

As médias etárias, quando calculadas em função do género, situam-se, em ambos os casos, em valores próximos da média de idades da totalidade da amostra, sendo no género masculino de 9,86 (DP=3,076) e no género feminino de 9,96 (DP=3,254). Esta diferença não tem significado estatístico. Nas análises parciais anuais das médias etárias por género também não se observam diferenças com relevância estatística.

Análise da informação contida nos processos clínicos abertos na Equipa da Lapa no ano de 2007.

No ano de 2007 foram abertos na Equipa da Lapa 480 processos, sendo que em dois (0,4%) apenas se conseguiu obter informação demográfica muito resumida compilada numa folha de registo administrativo aquando o pedido de consulta.

A maioria dos processos correspondia a crianças e jovens do sexo masculino (N=287; 59,8%) sendo a média etária observada neste género (M=8,98; DP=3,094) inferior à verificada no grupo de doentes pertencente ao género feminino (M=9,55; DP=3,654). Esta diferença não apresenta, contudo, significado estatístico. A média das idades da amostra de 9,2 anos (DP=3,337).

Relativamente ao nível de escolaridade frequentado pelos elementos da amostra ou, nos casos das crianças mais novas, ao seu prestador de cuidados habitual durante o dia, os resultados obtidos encontram-se representados no Figura 5.

Destaca-se que mais de metade dos doentes se encontravam a frequentar o 1º Ciclo do Ensino Básico (N=242; 50,6%) e que aproximadamente um quarto (N=121; 25,3%) fica habitualmente ao cuidado de familiares (N=65; 13,6%) ou em Jardim de Infância (N=56; 11,8%). De realçar ainda um outro *pico* na distribuição correspondendo ao quinto ano e ao início do segundo Ciclo do Ensino Básico com 59 (12,3%) das crianças/jovens da amostra a frequentar este nível de ensino.

A caracterização das famílias das crianças e jovens cujos processos foram analisados (Figura 3) não pode ser realizada em 9,0% dos casos (N=43) devido a erro de registo (informação ausente, incompleta ou ilegível). A estrutura familiar predominante é a família *nuclear* representando 64% do total (N=280). Destaca-se ainda uma percentagem importante de famílias *monoparentais* com a presença da mãe (N=86; 19,7%). As restantes estruturas familiares encontradas foram as famílias *reconstruídas* (N=41; 9,4%), crianças entregues a outros familiares que não os seus pais (N=17; 3,9%), famílias *monoparentais* com a presença do pai (N=8; 1,8%) e cinco casos de crianças/jovens institucionalizados (1,1%).

Acresce à caracterização acima realizada que 43 (9,8%) das crianças/jovens da amostra integravam famílias alargadas; o número de crianças com pais separados e/ou divorciados foi de 145 (33,2%); em 14 casos (3,2%) um ou ambos os pais haviam falecido; três das crianças/jovens (0,7%) viviam com famílias adoptantes.

Quanto à área geográfica de residência das crianças e jovens da amostra, destaca-se um marcado predomínio do concelho de Sintra (N=343; 71,5%), seguido do concelho de Lisboa (N=81; 18,1%) e do concelho de Évora (N=17; 3,5%). Cerca de 15 (6,9%) casos residiam, à altura da abertura do processo, em concelhos fora da área de referência da Equipa da Lapa.

No que diz respeito às freguesias de residência das crianças e jovens da amostra, o Quadro 2 apresenta as dez mais frequentes neste estudo. Aqui também é bem evidente o predomínio do concelho de Sintra sendo que as cinco freguesias mais frequentes correspondem a 50% da amostra.

Os pedidos de consulta foram também analisados tendo sido possível caracterizá-los em 451 processos. A origem mais frequente dos pedidos foi o Médico de Família/Médico Assistente (N=129; 28,6%), seguida pelos casos encaminhados pela Escola (N=118; 26,2%) e provenientes da Clínica da Juventude do HDE (N=41; 9,1%). Trinta e sete dos processos (6,9%) foram abertos por iniciativa própria das famílias e nove (2%) foram provenientes da articulação comunitária com o Centro de Saúde de Sintra (Quadro 3).

Quadro 2 – Distribuição por Freguesias de residência (10+)

Freguesia (Concelho)	FA	FR	FR Acumulada
Algueirão - Mem Martins (Sintra)	67	0,14	0,14
Agualva-Cacém (Sintra)	63	0,13	0,27
Queluz (Sintra)	44	0,09	0,36
Rio de Mouro (Sintra)	41	0,09	0,45
Belas (Sintra)	27	0,06	0,50
Sta. Maria e S. Miguel (Sintra)	23	0,05	0,55
Massamá (Sintra)	18	0,04	0,59
Casal de Cambra (Sintra)	15	0,03	0,62
Monte Abraão (Sintra)	9	0,02	0,64
Anjos (Lisboa)	7	0,01	0,65

Os motivos subjacentes aos pedidos de consulta foram recolhidos e recodificados, tendo sido possível identificar os motivos de consulta correspondentes a 401 processos (83,5%). Foram, no total, coligidos 907 motivos de consulta distintos, sendo que os problemas de comportamento (N=299) foram o principal motivo evocado como justificação para a consulta, correspondendo a 74,6% do total de casos analisados. As dificuldades de

Quadro 4 – Tempos de espera entre o pedido e a primeira consulta de Pedopsiquiatria (* limite inferior do intervalo de confiança truncado)

Proveniência	N	Pedido-Consulta		
		Média (dias)	DP	IC 95
SU HDE	24	55	54	(0* - 163)
C.S. Sintra	7	64	78	(0* - 220)
Outro Técnico Saúde	5	64	67	(0* - 198)
CPCJ/Tribunal/SS	9	115	46	(23 - 207)
Outro Serviço HDE	17	123	53	(17 - 229)
Psicólogo	22	124	51	(22 - 226)
Outro Hospital	31	124	46	(32 - 216)
Iniciativa Própria	34	128	38	(52 - 204)
Médico Assistente	115	135	62	11 - 259
Escola	112	141	53	35 - 243

aprendizagem (N=146; 36,4%), os problemas dos afectos (N=100; 24,9%) e as alterações da consciência, orientação, atenção e memória (N=91; 22,7%) foram também identificados numa percentagem importante dos casos.

Procedeu-se ainda à análise dos motivos de consulta de acordo com as diferentes fontes de referenciação/

Quadro 3 – Motivos de consulta (categorizados) por fonte de referenciação

MOTIVO DE CONSULTA	FONTE DE REFERENCIAÇÃO										Total de Motivos de Consulta
	CPCJ, Tribunal, SS	Escola	Iniciativa Própria	Médico Assistente	Outro Serviço do HDE	Outro Hospital	Outro Técnico de Saúde	Psicólogo	CS Sintra	SU HDE	
Prob. do Comportamento	4	78	23	85	39	23	3	15	5	21	296
Dif. de Aprendizagem Escolar	4	47	13	36	24	7	0	8	3	2	144
Prob. dos Afectos	1	18	11	32	14	4	2	5	0	12	99
Alt. Consciência, Orientação, Atenção e Memória	2	31	7	28	10	6	1	4	1	1	91
Prob. Funcionais	0	10	6	20	2	9	3	0	5	6	61
Desconhecido	0	15	5	19	5	7	0	6	0	0	57
Prob. Ambiente e/ou Parentalidade	7	15	3	10	5	2	3	7	0	2	54
Dif. na Socialização	2	12	4	5	6	5	0	1	0	2	37
Dif. da Comunicação Verbal	1	12	1	13	4	3	1	1	0	0	36
Prob. de Expressão Somática	1	1	2	3	4	2	0	3	1	4	21
Prob. do Desenvolvimento Global	0	4	0	5	4	5	0	0	1	0	19
Outros Motivos não Especificados	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	5
Alt. Percepção e Pensamento	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	3
Prob. da Expressão Motora	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Suspeita de Problemas Sexuais e da Identidade de Género	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
Sem sintomas	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Prob. Ligados ao Consumo de Substâncias	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total de Casos	10	118	37	129	60	35	6	23	9	24	451

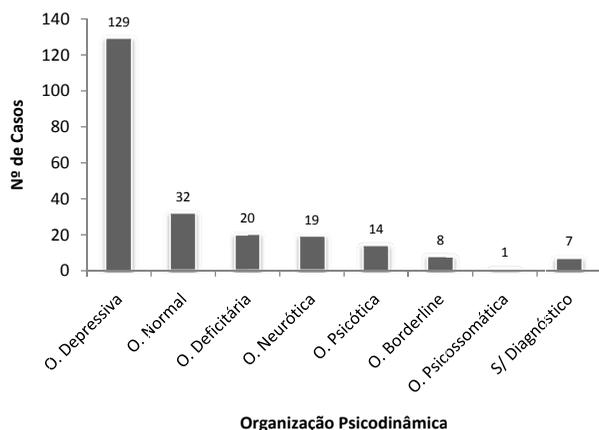


Fig. 4 - Diagnóstico estrutural psicodinâmico

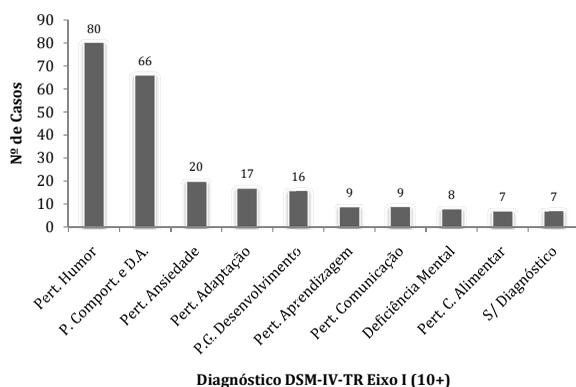


Fig. 5 – Diagnóstico DSM-IV-TR – Diagnóstico principal Eixo I – 10 mais prevalentes

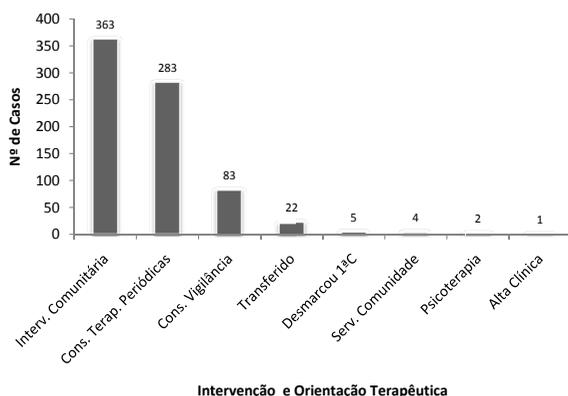


Fig. 6 – Intervenção e orientação terapêutica dos casos

proveniência. Esses resultados encontram-se registados no Quadro 4, estando realçados os três motivos mais frequentes de cada fonte de referenciação.

Do ponto de vista diagnóstico, foi possível obter dados referentes ao diagnóstico psicodinâmico em 230 processos clínicos (Figura 4) e relativamente ao diagnóstico DSM-IV-TR (Eixo I) em 266 casos (Figura 5). Nos restantes a informação diagnóstica era ausente ou ilegível.

Assim, do ponto de vista psicodinâmico, verifica-se um predomínio claro da Organização Depressiva (N=129; 56%) havendo também que realçar que cerca de 14% dos casos apresentam diagnóstico estrutural de Organização Normal (N=32).

Relativamente aos diagnósticos sindromáticos segundo a DSM-IV-TR, e atendendo apenas ao diagnóstico principal do Eixo I, pode verificar-se um predomínio das Perturbações do Humor (N=80; 30,0%) e das Perturbações do Comportamento e Défice de Atenção (N=66; 24,8%). Os diagnósticos de Perturbações da Ansiedade, Perturbações de Adaptação e Perturbações Globais do Desenvolvimento foram encontrados em 24,8%, 7,5% e 6,4% dos casos, respectivamente.

Com base na informação constante nos processos clínicos procurou-se caracterizar o tipo de intervenção e orientação terapêutica de cada caso. Os resultados obtidos referentes a quatrocentos processos encontram-se representados no Figura 6.

Cerca de 70,8% dos casos foram acompanhados em Consultas Terapêuticas Periódicas, 20,8% em Consultas de Vigilância e dois casos (0,5%) em Psicoterapia de inspiração analítica. Em 90,8% dos casos foi realizada intervenção comunitária (contacto com a Escola, Técnicos de Saúde ou discussão do caso em Reuniões Comunitárias) e um dos casos com processo clínico aberto não compareceu à primeira consulta agendada (0,25%). Em aproximadamente 31% dos casos existe ainda registo de recurso a intervenção psicofarmacológica e em cerca de 15% a avaliação psicológica na Equipa.

Calcularam-se ainda os tempos de espera médios entre o pedido de consulta e a primeira consulta, bem como os respectivos desvios-padrão e intervalos de confiança a 95% (Quadro 4).

Os tempos de espera médios variam entre 55 dias (casos referenciados à equipa após observação no Serviço de Urgência de Pedopsiquiatria do HDE) e os 141 dias (casos referenciados pelas escolas). Os casos que em média têm tempos de espera menores são os provenientes do Serviço de Urgência, da articulação comunitária com o C.S. Sintra e ainda os que são referenciados por outros técnicos de saúde. No entanto, a dispersão dos resultados é acentuada dificultando qualquer interpretação diferencial aprofundada dos mesmos.

DISCUSSÃO

Limitações do Estudo

Por se tratar de um estudo histórico, este tipo de trabalho encontra-se susceptível a importantes vieses de registo. Mais evidente esta situação se torna quando

estamos perante um conjunto de processos clínicos em suporte papel, onde os registos são realizados de forma manuscrita. Por esse motivo, a colheita de dados revestiu-se de particular dificuldade, não tendo sempre sido possível obter dados completos da totalidade da amostra, condicionando em determinadas variáveis um significativo número de dados omissos. A ausência de registo ou a sua ilegibilidade total ou parcial constitui, sem dúvida, uma condicionante importante para este tipo de estudos de caracterização, tão relevantes para o conhecimento e compreensão global da nossa especialidade.

Evolução do Movimento Assistencial em Consultas Médicas de Pedopsiquiatria

Esta primeira fase do trabalho foi desenhada para permitir ter uma visão de conjunto e uma perspectiva da evolução recente em termos de movimento assistencial.

Ao contrário da impressão subjectiva dos técnicos da Equipa e também em desacordo com os dados existentes na literatura, verificou-se uma diminuição do número de crianças e adolescentes observados bem como de consultas realizadas (primeiras e subsequentes) entre os anos 2004 e 2006. Esta situação dever-se-á provavelmente à mobilidade dos médicos internos que frequentavam o Internato Complementar na Equipa da Lapa e que, ao longo desses anos foram saindo sem imediata substituição.

Pelo mesmo motivo, mas na direcção inversa, se verifica um acréscimo muito significativo de todos os indicadores acima referidos no ano 2007. Durante este ano estiveram colocados na Equipa da Lapa três internos de Pedopsiquiatria contribuindo de forma importante para a prestação de cuidados. Atente-se ainda ao facto de em Setembro desse mesmo ano a Equipa da Lapa ter passado a abranger a população adolescente com a integração de uma outra médica pedopsiquiatra.

Em relação à distribuição por género, os dados obtidos evidenciam um claro predomínio do sexo masculino e levantam a questão da fronteira nosográfica dos limites do normal e do patológico. Vários argumentos têm sido apresentados no sentido de contextualizar esta assimetria clássica da distribuição do recurso a consultas de pedopsiquiatria. Por um lado, alguns dados apontam para a existência de uma vulnerabilidade genética e fragilidade biológica maiores nos rapazes, sendo a vulnerabilidade do desenvolvimento igualmente superior nestes⁷⁻⁹. Para certos autores, a estes factos acresce-se uma maior adaptabilidade ao enquadramento sócio-cultural no sexo feminino e uma menor tolerância familiar e social para os sintomas mais externalizados e disruptivos apresentados pelas crianças do sexo masculino^{7,10}. Ainda numa outra perspectiva, no plano individual, a identificação mais directa entre

mãe e filha (Stoller) assegurar-lhe-ia uma base mais sólida do que ao rapaz. Finalmente, para os etólogos, uma das características do sexo masculino nas várias espécies animais é precisamente uma maior dispersão dos comportamentos em torno da normalidade (I. Eibl-Eibesfeldt), enquanto o sexo feminino parece apresentar uma menor variabilidade e assumir um papel mais importante na conservação da espécie⁷.

De acordo com diversos estudos realizados sobre a incidência e prevalência de psicopatologia nas camadas mais jovens da sociedade, verifica-se uma tendência ao equilíbrio entre os dois géneros durante a adolescência e um predomínio do sexo feminino na idade adulta. Esta evolução levanta paralelamente um conjunto de questões referentes à existência ou não de um *continuum* da psicopatologia da infância para a adolescência e para a idade adulta, tema em permanente discussão e a carecer de mais aprofundada investigação.

Relativamente à distribuição etária das crianças e adolescentes salienta-se um aumento mais acentuado da média de idades em 2007 (o único com significado estatístico) em provável relação com o início das consultas a adolescentes. As idades encontradas abaixo dos cinco e acima dos 18 anos (actuais limites etários) são justificadas pelo facto de a Equipa da Lapa, entre 2004 e início de 2007, observar crianças a partir dos três anos e pela manutenção em seguimento de alguns casos com características familiares e psicopatológicas específicas após os 18 anos de idade.

As médias etárias apuradas no género masculino foram sistematicamente inferiores às do género feminino. Esta diferença, apesar de neste estudo não apresentar relevância estatística, encontra-se de acordo com outros estudos citados na literatura⁷⁻⁹.

Análise da Informação Contida nos Processos Clínicos Abertos na Equipa da Lapa

Com este estudo consideramos ter conseguido obter uma caracterização importante dos casos que recorreram à Equipa da Lapa no período de um ano. Tratando-se de uma equipa de sector que, classicamente, tem que lidar com uma importante lista de espera, torna-se imperioso analisar com detalhe o seu movimento assistencial visando melhor otimizar os recursos existentes.

Os processos clínicos abertos na Equipa durante o ano 2007 não evidenciaram diferenças relevantes em relação aos anos anteriores no que diz respeito ao predomínio das crianças e adolescentes do sexo masculino, nem em relação ao facto de estas terem, em média, idades inferiores às do sexo feminino.

No que respeita às idades das crianças e adolescentes destacam-se três picos na distribuição correspondendo, por ordem decrescente, às idades de 7, 8 e 11 anos. As duas primeiras correspondem a crianças do

Primeiro Ciclo do Ensino Básico, podendo levantar a hipótese destas idades se constituírem como um marco em que as dificuldades de aprendizagem escolar (nomeadamente leitura e escrita) se tornam mais evidentes e, simultaneamente, correspondendo a uma fase crítica do percurso escolar com a transição da primeira para a segunda fase deste ciclo de ensino (com exigência crescente e maior necessidade de abstracção e de resolução de problemas). O elevado número de crianças com 11 anos poderá estar relacionado com a transição para o Segundo Ciclo, onde se verifica um contacto com uma realidade distinta, com um maior número de disciplinas e de docentes, bem como com um espaço físico de maiores dimensões e menos contentor. Será importante referir ainda o nível relativamente elevado de crianças com cinco anos na amostra, o que poderá ser indicativo de uma crescente preocupação com o ingresso no Ensino Básico, podendo sugerir uma maior vigilância e sensibilização de todos os intervenientes (pais, infantários, escolas, profissionais de saúde, ...).

A análise do nível/ano de escolaridade frequentado pelos elementos da amostra reforça os achados e as considerações acima apresentados, evidenciando um predomínio de crianças no primeiro, segundo, terceiro e quinto anos do Ensino Básico. Seria importante perceber de que forma os sintomas se apresentam e interferem com o rendimento académico, bem como a repercussão afectiva e/ou relacional que possa advir de importantes dificuldades de aprendizagem. Apenas assim se poderá, na maioria das vezes, verdadeiramente perceber a complexidade de muitos dos casos e conseguir planear de forma estruturada uma intervenção terapêutica eficaz.

Em relação à caracterização das famílias, destaca-se uma relevante prevalência de pais separados. Porém, relativamente aos eventuais quadros psicopatológicos nos filhos, mais do que a separação *per se*, importará a existência de explícita conflitualidade do casal. Desta forma, é importante enfatizar que a descontextualização em relação ao enquadramento sócio-familiar não permite retirar elações lineares em relação ao impacto da ruptura conjugal no desenvolvimento da criança. Estudos passados demonstram como a conflitualidade no divórcio poderá ser factor causal de evoluções delinquentes, e apontam a desarmonia mais do que a ruptura como condicionante de comportamentos de cariz anti-social (Rutter, 1971)¹⁰.

Em relação à área de residência importa realçar que mais de 70% dos casos da amostra residem no Concelho de Sintra. Esta distância geográfica, agravada pelas congestionadas vias de acesso entre Sintra e Lisboa, condiciona muitas vezes uma difícil compatibilização dos cuidados a prestar às crianças com a disponibilidade e obrigações laborais dos pais. Esta constatação reforça a importância de uma articulação comunitária efectiva, como

modo de permitir uma melhor e mais eficaz resposta¹¹.

Uma das questões centrais na planificação dos cuidados e, em particular dos cuidados de Saúde Mental a crianças e adolescentes, é o conhecimento detalhado que deve existir relativamente às fontes de referenciação dos casos. A escassez de recursos e o número crescente de solicitações obriga a que se identifiquem as entidades que com maior frequência requerem a nossa intervenção, se procure estabelecer uma mais eficaz, próxima e continuada colaboração, visando otimizar as próprias referenciações e melhorar a nossa intervenção. Neste nosso estudo foi possível perceber que a principal proveniência dos pedidos de consulta situa-se nos Médicos de Família e na Escola. Este facto realça uma vez mais a importância de uma articulação com estas duas entidades e, simultaneamente, levanta uma questão que importará em futuros trabalhos procurar esclarecer: as vias de acesso aos serviços de Pedopsiquiatria. Na realidade, parece existir uma clara complementaridade entre os pedidos de consulta realizados através dos Cuidados de Saúde Primários e através da Escola; em muitos casos, o *alerta* parte da Escola que informa os pais que procuram o Médico de Família que, por sua vez, orienta para observação pedopsiquiátrica. Assim, apenas uma clarificação do percurso passo-a-passo das crianças, adolescentes e famílias permitiria um conhecimento real da sua proveniência.

A outra questão-chave prende-se com os motivos de consulta. Os nossos resultados demonstram um predomínio claro de sintomatologia externalizada, encontrando-se em sintonia com os dados existentes na literatura da Especialidade e em diversos trabalhos de investigação realizados em outros centros nacionais e internacionais⁶⁻¹¹. Estes motivos de consulta, mais ainda em crianças em idade escolar, traduzem-se muitas vezes em situações que, na primeira consulta, se encontram já muito próximas da ruptura e com consequências mais profundas na própria criança e nas díades criança/pais, criança/escola e pais/escola.

O segundo motivo mais prevalente prende-se com as dificuldades de aprendizagem escolar e vem confirmar os obstáculos que surgem em contexto escola. A escola pode então surgir como primeiro sinalizador de dificuldades ao nível do desenvolvimento adequado da criança, pondo muitas vezes em evidência o seu sofrimento psíquico. Por vezes há também questões de difícil gestão e resolução quando as dificuldades de aprendizagem não se encontram directamente relacionadas com nenhum quadro psicopatológico relevante ou parecem relacionar-se com quadros deficitários. Nestes casos, e para além da orientação que a Psiquiatria da Infância e Adolescência possa dar no sentido de excluir ou clarificar diagnósticos, qualquer solução terá que passar por uma intervenção pedagógica adaptada às necessidades específicas de cada

criança. Ora, com a alteração da legislação relativa às Medidas Educativas Especiais e à atribuição de Apoio Pedagógico Especializado nas escolas (DL 3/2008), a gestão destas situações tornou-se algo complexa para os nossos Serviços e para Escolas, passando a ser indispensável uma mais próxima articulação entre os diferentes intervenientes no sentido de melhor caracterizar os diferentes planos de intervenção e salvaguardar o Interesse Superior da Criança.

Se olharmos para os motivos de consulta de acordo com a fonte de referência é possível verificar a presença dos problemas de comportamento nos três motivos mais prevalentes de todas as fontes. As dificuldades de aprendizagem aparecem também representadas de forma transversal nos motivos mais prevalentes, excluindo os casos referenciados por outros técnicos de saúde e pelo Serviço de Urgência. Os problemas de atenção reportados com maior frequência pela Escola e os problemas relacionados com o ambiente e parentalidade são dos mais prevalentes nas referências oriundas das CPCJ, Tribunais, Segurança Social, Psicólogos na comunidade e outros técnicos de saúde. Estes resultados, apesar de não surpreendentes, reflectem a maior atenção das diferentes entidades para diferentes sintomas e problemáticas e reforçam a importância da existência de múltiplas fontes de informação em Pedopsiquiatria.

A análise dos diagnósticos foi efectuada em dois níveis: estrutural (psicodinâmico) e sindromático (DSM-IV-TR). O diagnóstico psicodinâmico levanta sempre muitas questões sobre o funcionamento psíquico da criança, porém traz um acréscimo importante para a sua compreensibilidade, tendo em conta a ideia de organização mental como noção não estanque e sem limites dogmáticos: uma *organização intermédia e instável* (Coimbra de Matos, 1994)¹².

Quanto ao diagnóstico segundo a DSM-IV-TR os resultados deste estudo entram em contradição com os encontrados em diferentes fontes bibliográficas. Com efeito, a maior prevalência das Perturbações Depressivas quando comparada com a das Perturbações de Comportamento e Déficit de Atenção é um achado inverso ao esperado e reportado noutros estudos. Uma possível justificação para estes resultados poderá passar pela elevada percentagem de processos clínicos em que não foi possível apurar qualquer diagnóstico. Desta forma poder-se-á supor estar na presença de um viés de selecção que condicione a precisão e representatividade destes resultados em particular. Em relação às perturbações de aprendizagem e, tendo em conta os motivos de consulta, poderá tratar-se de um diagnóstico subvalorizado ou, por outro lado, funcionar como o impacto visível de outras perturbações psiquiátricas eventualmente menos evidentes.

CONCLUSÃO

No que concerne à abordagem terapêutica, destacamos a importância dada à intervenção comunitária que abrange a quase totalidade dos casos da amostra. Esta articulação com as estruturas da comunidade torna-se imprescindível tanto para uma melhor compreensão dos casos como também no desejo de uma intervenção mais adequada pela mobilização de intervenientes de diferentes contextos relacionais, procurando que haja uma adequação mútua e crescente entre a criança e o meio que a rodeia.

Os tempos de espera apurados reflectem a dificuldade sentida em dar uma resposta atempada às múltiplas solicitações e pedidos de intervenção. No entanto, da análise dos dados obtidos, poder-se-á inferir que a grande dispersão dos resultados se prende com a tentativa de hierarquizar a prioridade dos casos de acordo com a informação clínica existente e com as consultas de acolhimento/triagem realizadas. De qualquer forma, os casos provenientes do Serviço de Urgência e da reunião comunitária no CS Sintra tiveram tempos de espera médios menores que os restantes reflectindo, por um lado uma eventual maior gravidade e urgência e, por outro, a existência de informação clínica mais detalhada sobre estes casos.

Este trabalho permitiu obter um conjunto de dados importante que deverá ser utilizado na planificação de futuras intervenções e no desenho de novos estudos que permitam otimizar o funcionamento da Equipa e implementar medidas experimentais que visem melhor gerir a lista e, principalmente, os tempos de espera.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

- MATHAI J, ANDERSON P, BOURNE A: The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a screening measure prior to admission to a Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS). Austria e-journal for the advancement of Mental Health 2002;1(3):95-106
- MELTZER H, GATWARD R, GOODMAN R, FORD T: Mental health of children and adolescents in Great Britain. Int Rev Psychiatry 2003;15(1-2):185-7
- LANGSFORD S, HOUGHTIN S, DOUGLAS G, WHITING K: Prevalence and Comorbidity of Child and Adolescent Disorders in Mainstream School Students. Psychiatry 2001;(22):1-12
- SAWYER MG, ARNEY FM, BAGHURST PA et al: The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. Aust N Z J Psychiatry. 2001;35(6):806-814
- POTTER R, DARWICH A: Predicting attendance at child and

adolescent clinics. Psychiatric Bulletin 1996;20(12):717

6. American Psychiatric Association: DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4.º ed. Lisboa: Climepsi; 2002

7. Marcelli D. Infância e Psicopatologia. 1.º ed. Lisboa: Climepsi; 2005

8. MARTIN A, VOLKMAR F: Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 4.º ed. Lippincott Williams & Wilkins 2007

9. RUTTER M, BISHOP D, PINE D et al: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5.º ed. London: Blackwell Publishing 2008

10. FERREIRA T: Em Defesa da Criança - Teoria e Prática Psicanalítica da Infância. 1.º ed. Lisboa: Assírio & Alvim; 2002

11. ROBERTS S, PARTRIDGE I: Allocation of referrals within a child and adolescent mental health service. Psychiatric Bulletin 1998;22(8):487

12. Coimbra de Matos A. As Pré-Psicoses. Revista Port Pedopsiquiat 1994;6:27-34