

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina Molecular

MARIA CAROLINA LOBATO MACHADO

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE
QUEIXA, DIAGNÓSTICO E POPULAÇÃO POUCO EXPLORADOS NUM
SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA.**

Belo Horizonte
2023

MARIA CAROLINA LOBATO MACHADO

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE CARACTERIZAÇÃO
EPIDEMIOLÓGICA DE QUEIXA, DIAGNÓSTICO E POPULAÇÃO POUCO
EXPLORADOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PSQUIATRIA DA
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Medicina Molecular.

Orientadora: Profa. Dra. Débora Marques de Miranda

Coorientador: Prof. Dr. Bernardo de Mattos Viana

Coorientador: Prof. Dr. Rodrigo Nicolato

Belo Horizonte

2023

M149e Machado, Maria Carolina Lobato.
Estudo retrospectivo de caracterização epidemiológica de queixa, diagnóstico e população pouco explorados num serviço de urgência de psiquiatria da infância e adolescência [recursos eletrônicos]. / Maria Carolina Lobato Machado. - - Belo Horizonte: 2023.
156f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Débora Marques de Miranda.
Coorientador (a): Bernardo de Mattos Viana; Rodrigo Nicolato.
Área de concentração: Medicina Molecular.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Serviços de Emergência Psiquiátrica. 2. Adolescente. 3. Transtorno Autístico. 4. Uso Recreativo de Drogas. 5. Vulnerabilidade em Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Miranda, Débora Marques de. II. Viana, Bernardo de Mattos. III. Nicolato, Rodrigo. IV. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. V. Título.

NLM: WM 401

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA MOLECULAR

FOLHA DE APROVAÇÃO

ESTUDO RETROSPECTIVO DE CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE QUEIXA, DIAGNÓSTICO E POPULAÇÃO POUCO EXPLORADOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

MARIA CAROLINA LOBATO MACHADO

Tese de Doutorado defendida e aprovada, no dia vinte e dois de setembro de dois mil vinte e três, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação Medicina Molecular da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores doutores:

Débora Marques de Miranda - Orientadora
UFMG

Marina Silva de Lucca - participação a distância
UFV

Sílvia Mendonça da Matta
PMMG

Antônio Marcos Alvim Soares Júnior
UFMG

Jonas Jardim de Paula
UFMG

Belo Horizonte, 22 de setembro de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Debora Marques de Miranda, Professora do Magistério Superior**, em 02/10/2023, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marina Silva de Lucca, Usuário Externo**, em 04/10/2023, às 10:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Marcos Alvim Soares Júnior, Professor do Magistério Superior**, em 06/10/2023, às 16:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sílvia Mendonça da Matta, Usuário Externo**, em 09/10/2023, às 13:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jonas Jardim de Paula, Servidor(a)**, em 10/10/2023, às 10:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2626034** e o código CRC **16B52DE5**.

Àqueles que são a minha base:
meus pais, irmãs e padrinhos.
À Profa. Débora, por acreditar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conceder saúde, força e por me cercar de pessoas incríveis que foram fundamentais para que eu pudesse lidar com os muitos desafios que surgiram em paralelo à jornada do doutorado.

À Profa. Débora Marques de Miranda, minha eterna gratidão pela orientação, paciência e, principalmente, por acreditar em mim, mesmo quando eu já não conseguia acreditar em mim mesma.

Ao Prof. Bernardo Viana por ter sido meu “lobo frontal acessório”, essencial para que eu conseguisse concluir o processo. Ao Prof. Rodrigo Nicolato pela oportunidade e confiança.

Aos Profs. Jonas Jardim, Antônio Alvim, Paulo Brasil e Luciana Cunha pela avaliação e sugestões da Qualificação.

Aos meus pais que, mesmo sem compreender completamente o que eu estava fazendo, me apoiaram incondicionalmente. Meu pai, que continua me ensinando sobre o amor incondicional, mesmo não sendo possível chegar fisicamente até este dia. Minha mãe, exemplo de força e determinação, por seu incentivo incansável para que eu sempre me mantivesse na busca de conhecimento e crescimento profissional.

Às minhas irmãs (Zaine e Tetê) e cunhados (Jander e Herbert) que seguraram a barra nos momentos mais difíceis, me deram abrigo e cuidaram de tudo para que eu pudesse concluir minha tese. Amanda, Isabela e Zitinha pelo acolhimento, colo e torcida e “muitos etc.”. Rodrigo, Mayla e Helena por tornarem meus dias mais divertidos. Marcelo e Tia Ângela, por facilitarem minha vida me permitindo mais tempo para estudar.

Meus padrinhos pelo eterno exemplo. Meus primos que me proporcionaram tranquilidade para que eu pudesse concluir o meu processo minimizando outras preocupações. À minha família e meus grandes amigos (Vivi, Fefê, Lulu,

Kika, Flavinha...) por aceitarem minha necessidade de querer estar presente e não conseguir e, ainda assim estiveram ao meu lado de alguma forma. Ao Paulo Fernando pela parceria indescritível nessa reta final.

Aos amigos que a profissão me deu e foram essenciais nessa jornada: Marina Mourão, Luciana Rodrigues, Ana Luiza Eulálio, Danuza Menezes, Felipe Amorim, Flávia Chiacchio, Silvinha, Antônio.

Aos meus colegas de trabalho, em especial minha chefe Ana Cristina, pelo exemplo de profissional, e por toda paciência, colo e apoio nesse período. Aos residentes por quem não pude estar tão presente como eu gostaria.

À Renata Livramento por toda escuta.

Aos profissionais das instituições parceiras que fizeram parte da execução do projeto: UFMG, CMMG e CEPAL. Principalmente Claudinha e Marlene, que viabilizaram a coleta de dados no CEPAL.

E, aos meus queridos alunos da iniciação científica que foram o ponto de partida dessa jornada.

RESUMO

Introdução: A prevalência de transtornos mentais na população pediátrica é presumida em 13,4%. Porém, apenas um em cada seis recebe tratamento apropriado, evidenciando a lacuna entre necessidade e acesso à assistência. Isso resulta em maior risco para situações de crise psicossocial, especialmente entre aqueles em situações de vulnerabilidade com acesso limitado a recursos de tratamento. Diante da diversidade de temas no cenário de urgência em psiquiatria da infância e adolescência (PIA), nosso estudo escolhe tópicos menos explorados, visando compreender fatores sociodemográficos que levam essa população ao serviço de urgência de PIA. **Objetivos:** Caracterização epidemiológica de queixa (irritabilidade e uso de substâncias), diagnóstico (Autismo) e população (adolescentes em medidas socioeducativas) pouco explorados num serviço de urgência de PIA. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo realizado pela análise de prontuários dos pacientes, de até 18 anos, atendidos no período de 01 de junho de 2017 a 31 de maio de 2018 na urgência de PIA de um serviço de Belo Horizonte. **Resultados:** Agressividade, agitação e irritabilidade foram as queixas mais comuns no atendimento de urgência. A irritabilidade esteve associada ao diagnóstico de transtorno de humor sem especificação no atendimento de urgência. Transtorno do Espectro Autista foi o único diagnóstico associado à busca de atendimento por irritabilidade, com taxa de primodiagnóstico de 23% e em idade tardia. O uso de maconha, cocaína e álcool foi comum entre os pacientes atendidos na urgência, e a depressão foi o diagnóstico mais relacionado ao uso de substâncias (SPA). 24,8% dos atendimentos com relato de uso de SPA envolviam adolescentes em medidas socioeducativas (SE). Estes, frequentemente relataram vivências traumáticas e maior chance de quadros de transtornos relacionados ao estresse, de conduta e por uso de SPA. **Conclusões:** Os achados reforçam a hipótese de que as unidades de urgência podem servir como ponto inicial de diagnóstico e acesso de crianças e adolescentes com transtornos mentais, destacando possíveis lacunas na atenção básica. As unidades de SE parecem precisar aprimorar a abordagem de questões ligadas ao uso de SPA. Compreender as características da população que frequenta a urgência de PIA permite debater estratégias para

prevenção e tratamento de transtornos com impacto na rede de cuidados da infância e adolescência.

Palavras-chave: serviços de emergência psiquiátrica; psiquiatria infantil; criança e adolescente; vulnerabilidade em saúde; autismo; uso de substâncias.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of mental disorders in the pediatric population is estimated at 13.4%. However, only one in every six individuals receives adequate treatment, highlighting the gap between necessity and access to care. This disparity results in an elevated risk for psychosocial crisis situations, particularly among those in vulnerable circumstances with limited access to treatment resources. Given the diversity of issues in the context of child and adolescent psychiatry (CAP) emergencies, our study focuses on less explored topics, aiming to comprehend the sociodemographic factors that lead this population to seek urgent care in CAP settings. **Objectives:** Epidemiological characterization of underexplored complaints (Irritability and Substance Use), diagnosis (Autism) and population (Adolescents imprisoned) in a CAP emergency service. **Methods:** Retrospective cross-sectional study conducted through the analysis of medical records of patients, up to 18 years, attended at the CAP emergency department of a facility in Belo Horizonte, during the period from June 1, 2017, to May 31, 2018. **Results:** Aggressiveness, agitation and irritability were the most frequent complaints in emergency care. Irritability was associated with the diagnosis of unspecified mood disorder in the clinical setting. Autism Spectrum Disorder was the only pre-existing diagnosis associated with seeking care due to irritability, with a first-diagnosis rate of 23%, occurring later in age. The use of marijuana, cocaine, and alcohol was prevalent among patients attending the emergency department, with depression being the diagnosis most closely linked to the substance use (SU). Among cases involving reported of SU, 24.8% involved adolescents within socio-educational measures (SE), who often reported traumatic experiences. This group also exhibited higher likelihood of stress-related disorders, conduct disorders, and SU-related conditions. **Conclusions:** The findings reinforce the hypothesis that emergency units can serve as an initial point of contact for children and adolescents with mental disorders, highlighting potential gaps in primary care. SE units demonstrated a need for improvement in addressing issues related to SU. By comprehending the population frequenting the CAP emergency department, it becomes possible to discuss strategies for the prevention and

treatment of disorders with impacts on the childhood and adolescence care network.

Key words: psychiatric emergency services; child psychiatry; child and adolescent; health vulnerability; autism; substance use disorder.

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS DO ARTIGO 3:

FIGURA1 – Distribuição dos usuários de SPA de acordo com o sexo.....	90
FIGURA 2 – Porcentagem de jovens usuários e não usuários de drogas que frequentam a escola	93

LISTA DE TABELAS

TABELAS DO ARTIGO 1

TABELA 1 – Group comparison analysis of sociodemographic profiles.....	38
TABELA 2 – Group comparison analysis of comorbidities.....	41
TABELA 3 – Group comparison for new underlying psychiatric diagnosis that were established during the medical examination	43
TABELA 4 – Correlation between common concerns and angry behavior/irritable mood.....	46

TABELAS DO ARTIGO 2

TABELA 1 – Sociodemographics.....	65
TABELA 2 – Somatic comorbidities	67
TABELA 3 – Previous Psychiatric Comorbidities.....	69
TABELA 4 –Main complaints of patients diagnosed with ASD and not diagnosed with ASD.....	73

TABELAS DO ARTIGO 3

TABELA 1 – Prevalência de uso de SPA nos jovens atendidos no serviço de urgência.....	89
TABELA 2 – Frequência de uso de SPA por idade.....	90
TABELA 3 – Análise do perfil étnico dos pacientes usuários e não usuários de SPA.....	91
TABELA 4 - Relação entre uso de SPA e presença de distúrbios psiquiátricos.....	92

TABELAS DO ARTIGO 4

TABELA 1 – Análise comparativa entre os grupos dos perfis sócio demográficos.....	111
TABELA 2 – Análise comparativa entre os grupos em relação aos diagnósticos recebidos no atendimento.....	114
TABELA 3 – Análise comparativa entre os grupos em relação às queixas que motivaram o atendimento.....	117

LISTA DE ABREVIATURAS

95% CI – 95% confidence interval

ADHD – Attention deficit hyperactivity disorder

ASD – Autism spectrum disorder

CAP – Child and adolescent psychiatric

CFM – Conselho Federal de Medicina

DI – Deficiência intelectual

DP – Desvio padrão

ID – Intellectual disability

MSE – medida socioeducativa

OR – Odds ratio

PIA – Psiquiatria da infância e adolescência

RC – Razão de chances

SD – Standard deviation

SE - Socioeducativo

SPA – Substâncias psicoativas

SU – Substance use

TDAH – Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

TDDH – Transtorno disruptivo de desregulação do humor

TEA – Transtorno do espectro autista

TOD – Transtorno Opositor Desafiador

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. JUSTIFICATIVA	26
3. OBJETIVOS	28
3.1. OBJETIVO PRIMÁRIO.....	28
3.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	28
4. METODOLOGIA.....	29
4.1. DELINEAMENTO.....	29
4.2. AMOSTRA	30
4.3. PROCEDIMENTOS	30
4.4. ANÁLISES DE DADOS.....	32
5. RESULTADOS:.....	33
5.1. ARTIGO 1	33
5.2. ARTIGO 2	61
5.3. ARTIGO 3	84
5.4. ARTIGO 4	105
6. LIMITAÇÕES.....	127
7. CONCLUSÃO.....	128
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
ANEXOS	151
ANEXO I – Parecer Consubstanciado CEP – FCM-MG	151
ANEXO II – Parecer Consubstanciado CEP - FHEMIG	154

1. INTRODUÇÃO

A prevalência global de transtornos mentais na população pediátrica é presumida em 13,4% (Polanczyk et al., 2015). Ao longo da vida, cerca de um terço dos jovens atenderá aos critérios diagnósticos para algum tipo de transtorno mental. No entanto, é importante ressaltar que apenas um a cada seis indivíduos recebe o tratamento adequado, revelando uma lacuna significativa entre a necessidade e o acesso à assistência (Ali et al., 2012; Kalb et al., 2019; Lo et al., 2020; Merikangas et al., 2009).

Essa situação é agravada pela escassez de profissionais especializados em psiquiatria da infância e adolescência (PIA), o que dificulta ainda mais o acesso ao tratamento. Além disso, os serviços disponíveis muitas vezes carecem de profissionais devidamente capacitados e infraestrutura adequada para atender às necessidades dessa população. (Resende & Volpe, 2021; Kalb et al., 2019; Porter et al., 2016; Costello et al., 2014).

Em virtude da disparidade entre oferta e demanda de tratamento, não raro, o primeiro acesso dessas crianças e adolescentes a um serviço de saúde pode ocorrer em situação de crise em um serviço de urgência e emergência pediátrico, clínico ou psiquiátrico (Lo et al., 2020; Mutlu et al., 2015). O local onde ocorre a assistência de urgência em PIA exhibe variações entre as regiões e é influenciado pelas políticas locais e recursos disponíveis. Dessa forma, esse atendimento pode ser prestado em unidades especializadas em saúde mental infantojuvenil, serviços de urgência pediátrica ou serviços especializados em psiquiatria geral. Esse fator, por sua vez, tem o potencial de moldar o perfil dos pacientes atendidos, contribuindo para a variabilidade das informações de atendimentos de urgência apresentadas na literatura.

Sobre o atendimento de urgência em PIA:

Em serviços de urgência pediátrica, por exemplo, os transtornos psiquiátricos representam até 5% dos atendimentos (Lo et al., 2020; Grupp-Phelan et al., 2007) e há evidências do aumento da busca por atendimento de urgência por queixas psiquiátricas nesta faixa etária nos últimos anos (Tavano et al., 2023; Lo et al., 2020; Kalb et al., 2019; Mapelli et al., 2015; Ali et al.,

2012). Por outro lado, há debates sobre a verdadeira necessidade de atendimento de alguns desses casos em serviços de urgência. Dois estudos canadenses também levantaram questionamentos nesse sentido: em um deles, a maioria dos pacientes (66,9%) não precisou de encaminhamento para acompanhamento psiquiátrico após a avaliação inicial; o outro concluiu que um terço dos casos psiquiátricos em serviços de urgência pediátrica foi considerado "inapropriado" e poderiam ter sido resolvidos no local de residência (Fremont et al., 2008). Dessa forma, avaliar os quadros/sintomas psiquiátricos em um serviço de urgência, pode proporcionar uma visão da tendência dos transtornos em uma determinada região.

Segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1451/1995, a urgência é definida como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Enquanto a emergência é definida como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (Conselho Federal de Medicina, 1995). No contexto da psiquiatria, uma situação de urgência ou emergência é avaliada não somente com base no agravo em si, mas também levando em conta os recursos da comunidade que o indivíduo dispõe para lidar com a situação. Assim, pacientes em condições de vulnerabilidade social, com pouco acesso aos recursos de tratamento, podem ser consideradas populações de maior risco para chegarem a situações de crise psicossocial. São exemplos de situações que podem ser consideradas como urgentes ou emergentes: ideação ou tentativa de suicídio, automutilação, comportamento agressivo, agitação psicomotora, quadros psicóticos agudos, crises intensas de ansiedade, o uso de substâncias de uma maneira que coloque o indivíduo em risco, dentre outras situações em que se averigüe o risco para o paciente ou terceiros (Kalb et al., 2019).

Sobre pacientes e atendimentos na urgência:

Nos atendimentos de urgência, os adolescentes parecem ser mais prevalentes que as crianças, mas os estudos são variáveis em relação ao sexo mais presente e alguns referem maioria de meninos nas crianças e de meninas entre os adolescentes (So et al., 2022; Gandra et al., 2020; Kalb et al., 2019;

Mutlu et al., 2015; Tonezer et al., 2015). Além disso, é comum observar uma menor procura durante as férias escolares e períodos de crise mais frequentes no turno noturno (Mapelli et al., 2015; Tonezer et al., 2015).

Os estudos americanos trazem dados de atendimentos por causas psiquiátricas em serviços de pediatria. Kalb e colaboradores (2019), por exemplo, analisaram dados de atendimento por queixas psiquiátricas provenientes da National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS), um estudo transversal de probabilidade de visitas à urgência, no período entre 2011 e 2015. Eles compararam os atendimentos de crianças (6 a 11 anos), adolescentes (12 a 17 anos) e adultos jovens (18 a 24 anos) e observaram uma predominância do sexo feminino e de adolescentes e adultos jovens nos atendimentos, com um aumento de 28%, ao longo do tempo, na taxa de atendimento na urgência por queixas psiquiátricas. Outro estudo americano avaliou o prontuário de 265 crianças de até 10 anos que estavam em uma internação por motivo psiquiátrico em algum momento de sua ida ao serviço de urgência num período de dois anos (abril de 2013 a abril de 2015). A maioria deles era do sexo masculino (74%) e 32% tinham histórico de internação psiquiátrica prévia (Santillanes et al., 2017).

No Canadá, Pikar e colaboradores (2018) avaliaram dados de prontuário de um período de um ano de um serviço de urgência de PIA. Neste período, foram atendidas 120 crianças de 4 a 12 anos, sendo 57,5% do sexo feminino, com média de idade de 9,03 anos (DP=2,2). Dentre estas crianças, 5,8% precisaram de internação psiquiátrica (Pikard et al., 2018). Outro estudo canadense descreveu sobre o uso de serviços de urgência em pediatria por queixas psiquiátricas em um período de dez anos (2002 a 2012) (Mapelli et al., 2015). A maioria dos pacientes era do sexo feminino e com idade média de 13,2 anos (IC95% 13,1-13,3) e com metade dos atendimentos ocorrendo entre 16 horas e meia-noite. Eles observaram um aumento de 47% de atendimentos por queixas psiquiátricas, comparado a um aumento de 9% por todas as outras queixas. Além disso, o tempo de permanência no serviço de urgência foi maior para os pacientes com queixas psiquiátricas que para os jovens com quaisquer outras queixas (Mapelli et al., 2015).

Em 2022, So e colaboradores, publicaram dados de prontuário coletados no período de 2008 a 2017 em duas cidades da Holanda. Nesses locais, as

urgências psiquiátricas são atendidas em unidades extra-hospitalares, onde é realizada uma triagem da necessidade de transferência para outros serviços psiquiátricos. No período avaliado foram atendidas 79 crianças de 4 a 12 anos e 1695 adolescentes de 13 a 18 anos, com predominância do sexo masculino nos atendimentos de crianças e do sexo feminino nos de adolescentes (So et al., 2022).

No Brasil, até o momento, dois estudos avaliaram os atendimentos emergenciais na população infantil (Gandra et al., 2020; Tonezer et al., 2015). Tonezer e colaboradores (2015), publicaram estudo onde analisaram os registros médicos dos 259 pacientes abaixo de 18 anos que foram submetidos a avaliação psiquiátrica em um serviço de emergência no período de 4 anos (janeiro de 2010 a dezembro de 2013). Trata-se de um serviço de atendimento público e privado, com um maior setor para os atendimentos privados. A maioria dos pacientes atendidos era do sexo feminino (59,5%), com cobertura por plano de saúde (83,7%) e média de idade de 14,19 anos.

O outro estudo brasileiro foi realizado pelo nosso grupo: Gandra e colaboradores (2020) avaliaram as principais queixas de crianças e adolescentes em um serviço de urgência e emergência em psiquiatria da infância e adolescência (Gandra et al., 2020). O estudo apontou que os pacientes eram principalmente pardos (66,9%), do sexo masculino (62,7%) e com idade média de $13,0 \pm 3,8$ anos. A maioria dos pacientes morava em Belo Horizonte (59,6%). A presença de história familiar de transtorno psiquiátrico estava presente em 40,4% dos atendimentos onde havia tal informação. Além desses estudos, existem dados epidemiológicos brasileiros de atendimentos em Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Uma vez que esses serviços abrangem tanto atendimentos a crises quanto ambulatoriais, as informações disponíveis nos estudos não fazem uma distinção específica para os atendimentos de urgência.

Sobre motivos de atendimento

No atendimento em urgências psiquiátricas, o objetivo é estabilizar e fornecer tratamento visando assegurar o alívio do sofrimento psíquico e garantindo a segurança do paciente (Gerson et al., 2019). Como resultado, é comum que o cuidado durante o período de crise seja prolongado, a fim de

sustentar uma transição segura e contínua para o atendimento no território do paciente (Ministério da Saúde, 2011). Além disso, o processo diagnóstico no cenário de urgência é bastante desafiador, visto que parte-se de sinais e sintomas e sua descrição clínica da avaliação do momento. Contudo, essas queixas são moldadas tanto pela fase de desenvolvimento, quanto por comorbidades clínicas e psiquiátricas, além do contexto socioemocional, o qual pode não ser tão facilmente avaliado no atendimento inicial da urgência.

Embora haja variações nos resultados apresentados, em virtude do serviço avaliado e forma de informar os dados, algumas características são comuns na maioria deles. Por exemplo, dentre os motivos de busca por atendimento em serviços de urgência infanto-juvenil, a agitação, agressividade, irritabilidade e ideação ou tentativa de suicídio estão entre os principais sintomas descritos (Gandra et al., 2020; Pikard et al., 2018; Porter et al., 2016; Tonezer et al., 2015).

Gandra e colaboradores (2020), observaram que a agitação, a agressividade e irritabilidade estavam presentes em 41,1%, 38,8% e 28,8% dos atendimentos de urgência (Gandra et al., 2020). Já Tonezer e colaboradores (2021), em um serviço de interconsulta no sul do país, observaram que as queixas mais frequentes eram de agitação (21,8%) e a tentativa de suicídio (21,8%). Enquanto Pikar e colaboradores (2018) relataram a agressividade (64,1%) como principal queixa no atendimento de crianças de quatro a doze anos (Pikard et al., 2018). E, So e colaboradores (2022) reportaram a ideação suicida e automutilação como principal motivo de busca de atendimento, destacando que o risco de danos a terceiros foi duas vezes maior entre as crianças do sexo masculino que os adolescentes (So et al., 2022).

A ideação e a tentativa de suicídio, como motivos de busca por atendimento de urgência, já foram exploradas na literatura de forma mais ampla. Inclusive, um estudo realizado por nosso grupo (Vaz-Tostes et al, 2019), reportou queixa de tentativa de suicídio e ideação suicida em 15,5% e 22,7%, respectivamente, dos atendimentos de um serviço de urgência psiquiátrica infanto-juvenil, sendo que, 66,7% dos atendimentos por essas queixas, tinham história de tentativa ou ideação de suicídio prévias.

Sobre irritabilidade como queixa

Em relação às outras queixas mais frequentes, crianças com agitação e agressividade costumam receber maior atenção em serviços de urgência, enquanto a irritabilidade tende a ser mais inespecífica em termos de diagnósticos e menos explorada em relação a processos de cuidados, tanto do ponto de vista clínico quanto psiquiátrico. A irritabilidade é sintoma frequentemente associada à agressividade e ansiedade, que são queixas frequentes em atendimentos de urgência na faixa etária infanto-juvenil (Brotman et al., 2017).

Nos últimos anos, a irritabilidade em crianças e adolescentes tem ganhado maior atenção como sintoma central de transtornos como o Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor (TDDH), uma nova classificação introduzida pelo DSM-V (Brotman et al., 2017; American Psychiatric Association (APA), 2014). Porém, a irritabilidade é um sintoma presente em diversos outros transtornos psiquiátricos, sendo considerado um sintoma transdiagnóstico, presente também em situações frequentes na urgência como no caso de uso de substâncias e em quadros relacionados ao neurodesenvolvimento como o transtorno do espectro autista (So et al., 2022; Gandra et al., 2020; Pikard et al., 2018).

Assim, numa dimensão transnosográfica, o diagnóstico diferencial pode ser um desafio, principalmente num cenário de atendimento de crise. Logo, uma compreensão mais aprofundada sobre a manifestação desse sintoma em situações de urgência, bem como identificar os sintomas ou diagnósticos mais frequentemente associados, pode viabilizar investigações posteriores sobre seu potencial como indicador prognóstico.

Sobre diagnósticos nos atendimentos

A presença de sintomas transdiagnósticos, amplia a já complexa natureza do processo de diagnóstico e de cuidados em urgência para crianças e adolescentes, destacando a diversidade de abordagem na literatura para a apresentação de dados. Alguns artigos examinam os dados em termos de diagnósticos, enquanto outros focam nas queixas relatadas e outros, agrupam diagnósticos e/ou queixas em “clusters” de maneira não padronizada entre os estudos, o que pode dificultar a comparação de dados. Entretanto, de forma geral, os quadros psiquiátricos mais comumente identificados no atendimento

de urgência para crianças e adolescentes parecem ser os seguintes: transtornos de humor e de ansiedade, alterações de comportamento, uso de substâncias e suicidabilidade (Lo et al., 2020; Kalb et al., 2019; Scivoletto et al., 2010). Nas crianças em cenários de urgência predominam os quadros de transtornos externalizantes e, nos adolescentes, os quadros relacionados a humor, uso de substâncias e suicidabilidade (Lo et al., 2020).

Segundo Pikar e colaboradores (2018), o principal diagnóstico entre crianças de quatro a doze anos atendidas em urgência psiquiátrica no Canadá foi o de transtornos externalizantes (76,7%). Já Mapelli e colaboradores (2015) observaram uma mudança nos diagnósticos mais frequentes ao longo dos anos ao avaliarem o uso de serviços de urgência em pediatria por queixas psiquiátricas em um período de dez anos (2002 a 2012): nos primeiros anos, “os transtornos por uso de substâncias” foram os diagnósticos mais presentes, ao passo que a partir de 2012, os “transtornos de humor e ansiedade” e a “ideação suicida” passaram a ser os diagnósticos mais presentes (Mapelli et al., 2015). No Brasil, Tonezer e colaboradores (2021) reportaram a depressão unipolar como o diagnóstico mais prevalente (37,8%) nos atendimentos de interconsulta psiquiátrica de urgência. Gandra e colaboradores (2020) também encontraram que a depressão era o diagnóstico mais presente (28,2%), seguido de TDAH (20,5%) em um serviço de urgência em psiquiatria infantojuvenil de Belo Horizonte.

So e colaboradores (2022) reportaram entre diagnósticos mais presentes nas crianças, os problemas de comportamento e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), enquanto os adolescentes apresentavam mais quadros de humor e uso de substâncias. Quando avaliado o sexo feminino, as crianças apresentaram uma maior porcentagem de problemas de comportamento, TDAH, transtornos de ansiedade e transtornos psicóticos, enquanto as adolescentes, maior frequência de quadros de humor (So et al., 2022).

O estudo de Kalb e colaboradores (2019) analisou informações de um banco de dados nacional e descreveu os quadros como: humor (depressão, mania/hipomania ou ansiedade), comportamento (agressividade ou problemas de conduta), uso de substâncias, psicose, tentativa de suicídio ou automutilação. Eles encontraram maiores taxas de quadros de humor e de

comportamento nas crianças e, nos adolescentes, quadros relacionados ao humor, uso de substâncias e suicidabilidade (Kalb et al., 2019).

Em estudo realizado em serviço de urgência psiquiátrica na Turquia, os quadros mais prevalentes no atendimento de crianças e adolescentes foram os transtornos de conduta e os conversivos (Mutlu et al., 2015). Já na Itália, os transtornos de conduta foram os principais quadros relacionados à admissão em enfermaria psiquiátrica (Deolmi et al., 2021).

Sobre o diagnóstico transtorno do espectro autista

Um dos principais diagnósticos de crianças em urgência são os transtornos de comportamento/transtornos externalizantes, nos quais sinais e sintomas como irritabilidade, agitação e agressividade são prevalentes (So et al., 2022; Kalb et al., 2019; Pikard et al., 2018). No entanto, muitas crianças com TEA podem se apresentar em crise com sintomas também de agitação, agressividade e irritabilidade, mas não estando contemplados ou discriminados nos dados apresentados na literatura. Assim, no contexto de diagnósticos de transtornos mentais em serviços de urgência, o TEA surge como uma possibilidade, inclusive, de primodiagnóstico. Além disso, há relatos de que até 70% de pacientes com TEA apresentam comorbidades psiquiátricas (Lord et al., 2018; Weissman & Bridgemohan, 2020), que também podem ser motivo de procura de atendimento de urgência nessa população (So et al., 2022; Kalb et al., 2019; McGonigle et al., 2013). O TEA tem reconhecimento e diagnóstico crescentes, parte decorrente de uma demanda em ascensão da população que está se familiarizando com o diagnóstico e parte em relação aos profissionais que estão mais preparados para o diagnóstico. O quadro é marcado para além das questões sociais, por certo nível de inflexibilidade cognitiva e alta sensibilidade a estímulos ambientais, como os sonoros, visuais e táteis, que podem estar associadas à crise. Essas crises podem ser caracterizadas por uma perda temporária do controle emocional resultando em sintomas como agitação, irritabilidade e agressividade. Embora esses sintomas possam levar à busca por atendimento de emergência, é importante considerar que eles podem ser intensificados no ambiente hospitalar, que é desconhecido e agitado, com múltiplos estímulos sonoros e luminosos (Lord et al., 2018; McGonigle et al., 2013; Simonoff et al., 2008) Tendo em vista essas

particularidades e a lacuna na literatura encontrada, avaliar quem são essas crianças e adolescentes com TEA que são atendidos em serviços de urgência possibilita uma compreensão mais aprofundada desses pacientes no cenário de urgência.

Sobre o uso de substâncias – como motivo de busca e como diagnóstico

No que diz respeito aos adolescentes, os transtornos relacionados ao uso de substâncias emergem como um diagnóstico importante no contexto de urgência (So et al., 2022; Lo et al., 2020; Kalb et al., 2019; Mapelli et al., 2015; Scivoletto et al., 2010). Quando Mapelli e colaboradores (2015) avaliaram os diagnósticos presentes na urgência num período de 10 anos, o transtorno por uso de substâncias foi o diagnóstico mais presente entre os adolescentes durante os primeiros nove anos de avaliação (Mapelli et al., 2015). Cerca de 60% dos jovens já fizeram uso de álcool e 25,5%, de outras drogas, em algum momento de suas vidas (Carlini et al., 2010; Vieira et al., 2008) e são citados como fatores associados ao uso de SPA: as vulnerabilidades no geral, a criminalidade, o uso de SPA por familiares ou amigos, além de sintomas como irritabilidade e comportamento agressivo (Burkstein, 2019; Vieira et al., 2008).

Nos serviços de urgência, ele pode se apresentar como uma urgência clínica pela forma de uso ou como um fator associado ou complicador de quadros psiquiátricos (Burkstein, 2019; McArdle, 2008). Portanto, quando uma criança ou adolescente é admitido na urgência com agitação psicomotora ou queixas como irritabilidade, agressividade e ansiedade, é essencial avaliar a possibilidade de causas subjacentes ao quadro. Nesse contexto, a investigação do uso de substâncias não apenas como um fator secundário, mas também como um possível transtorno psiquiátrico em si, é fundamental.

Nesse contexto, considerando também o fato de ser uma população pouco estudada em cenário de urgência psiquiátrica, torna-se necessário conhecer o perfil destes jovens, visando o planejamento de estratégias que melhorem o cenário atual, discutindo ações em nível de atendimento clínico, psiquiátrico e social com o objetivo de reduzir o consumo e quem sabe o impacto na reincidência de outros transtornos mentais.

Sobre vulnerabilidades

Adicionalmente, o consumo de substâncias psicoativas também está relacionado a desdobramentos psicossociais complexos que podem resultar em situações de urgência psicossocial. O uso de SPAs surge como um elemento de risco adicional para comportamentos impulsivos e envolvimento em questões legais. Pesquisas também indicam que adolescentes em conflito com a lei apresentam índices mais elevados de consumo de substâncias e transtornos psiquiátricos quando comparados à população da mesma faixa etária e, dessa forma, com maior utilização de serviços de saúde (da Gama, 2014; Conselho Nacional de Justiça, 2012).

Sobre os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa:

Além disso, parece que o uso de substâncias está associado ao aumento de reincidência em medidas socioeducativas. Fatores associados à reincidência entre adolescentes femininas em conflito com a lei de uma instituição de Brasília, Distrito Federal, Brasil observou que 32,5% das infratoras eram reincidentes na admissão atual e a frequência média de reincidência entre elas foi de 2,16. Cerca de metade (53,6%) da amostra relatou uso de drogas (Gallassi et al, 2015).

Nem sempre as condições de ressocialização são adequadas, o que pode favorecer o adoecimento físico e mental desses adolescentes custodiados. A estimativa de estudos populacionais é que cerca de 20% de crianças e adolescentes brasileiros são portadores de transtornos mentais, ao passo que na população de adolescentes em conflito com a lei, esses índices chegam a 80% (Doria et al., 2011; Collins et al., 2010). Em relação à população geral na mesma faixa etária, eles apresentam uma maior incidência de uso de substâncias, transtornos do comportamento disruptivo e transtorno depressivo (Teplin et al., 2012; Collins et al, 2010; Fazel et al, 2008; Abram et al, 2003).

Desta forma, avaliar o perfil de adolescentes em conflito com a lei em medidas socioeducativas, pode auxiliar na proposta de melhoria de processos que visem a redução ou abstinência da droga, associado a estratégias de reconhecimento e intervenção precoce de adolescentes com adoecimento mental, com a possibilidade de redução no uso de serviços de urgência, assim como prevenção de recidiva em medidas socioeducativas.

Em suma:

Os serviços de urgências são locais de atendimento à crise, mas também podem ser a porta de entrada para pessoas que não conseguem acesso à saúde em outros níveis. Assim, entender os atendimentos que ocorrem em um serviço de urgência, pode ser um indicador de necessidades não atendidas na atenção básica. No entanto, devido à diversidade de informações na literatura global, resultante das particularidades dos serviços, políticas locais e critérios de avaliação, é imperativo examinar o serviço de urgência local. Isso é essencial para obter uma compreensão mais precisa do perfil específico em uma determinada região. Dessa forma, esse conhecimento pode impactar na rede de cuidados à infância e adolescência, com a possibilidade de discussão de estratégias desde a atenção básica, até o atendimento em serviços terciários de saúde.

2. JUSTIFICATIVA

O processo de diagnóstico e processos de cuidados em urgência para crianças e adolescentes pode ser desafiador, especialmente para populações vulneráveis e para condições menos estudadas. Parte-se de sinais e sintomas e sua descrição clínica na avaliação e ao longo do tempo. Embora haja variações nos resultados apresentados, em virtude do serviço de urgência e forma de disponibilizar os dados, alguns sintomas e diagnósticos se fazem consistentemente presentes na maioria estudos analisados. Diante da variedade de possibilidades e temas em um cenário de urgência em psiquiatria da infância e adolescência, optamos por estudar alguns dos temas menos explorados nesse contexto, buscando compreender e tornar claro os fatores sociodemográficos que fazem com que crianças e adolescentes sejam atendidos no cenário da urgência psiquiátrica infantil.

Dentre os motivos de busca por atendimento em serviços de urgência infanto-juvenil, a agitação, agressividade e irritabilidade, por exemplo, estão entre os principais sintomas descritos (Gandra et al, 2020). Crianças com agitação e agressividade tendem a ter maior atenção em serviços de urgência, enquanto a irritabilidade tende a ser mais inespecífica em relação a diagnósticos e menos explorada em relação a processos de cuidados tanto clínicos quanto psiquiátricos, nestes locais. Ademais, foi observado uma lacuna na literatura em relação à abordagem deste sintoma transdiagnóstico em serviços de urgência e mais estudos se mostram necessários.

Entre os principais diagnósticos de crianças em urgência estão os transtornos de comportamento, comumente referidos como transtornos externalizantes. Sintomas de transtornos externalizantes envolvem manifestações de comportamentos que se expressam de forma mais direta para o meio externo. Tais sintomas podem incluir agitação, agressividade, irritabilidade, impulsividade, dentre outros. Muitas crianças com autismo podem apresentar descompensação comportamental com sintomas considerados de quadros externalizantes e o contato com serviços de urgência representa a possibilidade de um primeiro diagnóstico. Tendo em vista a demanda crescente dos atendimentos de rede básica por TEA, buscamos avaliar a frequência de

atendimentos de crianças e adolescentes com TEA e o seu perfil clínico quando no cenário de urgência psiquiátrica infantil.

Em relação a adolescentes, há uma prevalência considerável do uso de serviços de urgência e emergência por questões associadas aos transtornos por uso de SPA, assim como o seu abuso como comorbidades associadas e consequências psicossociais (So et al., 2022; Lo et al., 2020; Kalb et al., 2019; Mapelli et al., 2015; Scivoletto et al., 2010). Outros quadros frequentes em adolescentes, nesses serviços, são transtornos de humor e ideação suicida, contudo é importante ressaltar o papel do uso de substâncias tanto como comorbidades ou desencadeadores de quadros psiquiátricos ou clínicos, como potencializadores para desfechos negativos e aumento no uso dos serviços. Considerando que os outros quadros já foram mais explorados em estudos nacionais e internacionais, faz-se necessário avaliar o perfil clínico e comorbidade associados ao uso de substâncias para a melhora na condução e processos de cuidados.

Além disso, o uso de substâncias é um fator de risco adicional para comportamentos impulsivos e que levam a conflitos com a lei. Estudos apontam que adolescentes em conflito com a lei apresentam taxas mais altas de uso de substâncias e de transtornos psiquiátricos que a população da mesma faixa etária, assim como parece que o seu uso aumenta a recidiva em medidas socioeducativas e uso de serviços em saúde (Doria et al., 2011; Collins et al., 2010). Desta forma, caracterizar o perfil de adolescentes em conflito com a lei em medidas socioeducativas, pode auxiliar na proposta de melhoria de processos que visem a redução ou abstinência da droga, associado a estratégias de reconhecimento e intervenção precoce de adolescentes com adoecimento mental.

Assim, esse trabalho observou o perfil sociodemográfico de populações que buscam o atendimento de urgência e emergência psiquiátricas utilizando-se de análise de características menos conhecidas, mas, ainda assim, importantes na população infantil, objetivando um aprimoramento do cuidado psiquiátrico da infância.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar o perfil clínico-epidemiológico de queixas, diagnósticos e populações pouco avaliadas no contexto de urgência em psiquiatria da infância e adolescência em um serviço de Saúde Mental infantojuvenil de Belo Horizonte (MG).

3.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Descrever a prevalência de sintomas de irritabilidade e diagnósticos relacionados de pessoas admitidas em serviço de urgência em PIA.
- Avaliar como o sintoma irritabilidade se manifesta no contexto de urgência e sua relação com o perfil de pacientes e diagnósticos associados.
- Caracterizar o perfil epidemiológico e perfil clínico de pacientes com transtornos do espectro autista que buscam atendimento no cenário de urgência-emergência.
- Analisar a prevalência de atendimentos de urgência-emergência relacionados ao uso de substâncias.
- Descrever e caracterizar o perfil sociodemográfico de jovens em cumprimento de medida socioeducativa (MSE) atendidos em um serviço de urgência em psiquiatria da infância e adolescência.

4. METODOLOGIA

4.1. DELINEAMENTO

Estudo transversal retrospectivo realizado pela análise de prontuários de todos os pacientes atendidos, no período de 01 de junho de 2017 a 31 de maio de 2018, na urgência do Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), instituição pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), localizado em Belo Horizonte (MG). Na ocasião, este serviço prestava atendimento multiprofissional em saúde mental da infância e adolescência nos níveis secundário e terciário, para população municipal e estadual. O CEPAL conta com atenção ambulatorial, hospital-dia, internação e atendimento de urgência psiquiátrica 24 horas. A porta de entrada dos pacientes no serviço é pelo acolhimento por algum profissional da equipe multidisciplinar e/ou pelo atendimento psiquiátrico de urgência. A partir daí é definida a modalidade de atendimento dos usuários no serviço e, após estabilização do quadro clínico, a equipe do CEPAL inicia o processo de transferência de cuidados para o território conforme preconizado no SUS.

Durante o plantão diurno, os pacientes passam por um acolhimento com um profissional da equipe multiprofissional (composta por assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou pedagogo) e, somente casos considerados como urgentes são encaminhados para o atendimento médico. Porém, no plantão noturno, como não há o acolhimento, todos os atendimentos são feitos pelo médico plantonista.

Foram seguidos todos os preceitos éticos envolvendo a pesquisa científica, incluindo a preservação da identidade dos pacientes. Estes foram identificados apenas pelo número do prontuário. Como riscos envolvidos no projeto, citamos a manipulação do prontuário, o que pode acarretar um risco mínimo de exposição deste, assim como danificação do material. Já como benefícios, podemos mencionar o fato que um correto levantamento epidemiológico possibilitaria ao paciente o desenvolvimento de políticas públicas que levariam a uma melhor estruturação do sistema de atendimento às urgências psiquiátricas.

4.2. AMOSTRA

Foram avaliados os prontuários de todos os pacientes atendidos na urgência do CEPAL ao longo de um ano (01 de junho de 2017 a 31 de maio de 2018). O número previsto de atendimentos inseridos segundo a série histórica foi de 2000 indivíduos, podendo ultrapassar ou não, pois depende do total de atendimentos realizados na urgência do CEPAL no período especificado.

Seriam considerados critérios de exclusão os prontuários ilegíveis e/ou sem as informações necessárias para a análise dos dados deste estudo, porém, não foi necessária a exclusão de nenhum dos prontuários.

Para a análise dos dados sociodemográficos, foram considerados somente os primeiros atendimentos de cada paciente no período referido. Desta forma, o objetivo era mitigar a duplicação de informações sociodemográficas concernentes a um mesmo indivíduo. Assim, neste caso, a amostra era do total de pacientes atendidos no período.

Porém, no que se refere à avaliação dos dados relacionados às queixas, diagnósticos e outras variáveis associadas aos atendimentos, foram considerados todas as consultas de urgência realizadas pelos pacientes no período. Essa estratégia foi adotada com base na intenção de se investigar as características intrínsecas aos atendimentos abrangendo diferentes contextos da assistência em saúde.

4.3. PROCEDIMENTOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Ciências Médicas com o CAAE 83419717.0.0000.5134 e pelo Comitê de Ética da FHEMIG com o CAAE: 83419717.0.3001.5119.

Após a aprovação, foi iniciada a coleta de dados utilizando-se um roteiro de extração de dados, com informações sobre dados sociodemográficos, histórico clínico individual e histórico do atendimento, especificados no Quadro 1. As queixas e os diagnósticos foram baseados em critérios presentes no DSM-V e CID 10 (American Psychiatric Association (APA), 2014; Organização Mundial de Saúde, 1992)

Quadro 1: Variáveis coletadas

	Variáveis extraídas
Dados Sociodemográficos	Idade; cor autodeclarada; sexo; naturalidade, residência; com quantas pessoas mora; quem é o responsável pelo jovem; se está estudando; em qual ano escolar se encontra; se tem histórico de reprovação; qual o tipo de escola frequenta.
Histórico clínico individual e familiar	Se há história familiar de algum transtorno psiquiátrico; se tem história de tratamento psiquiátrico ou diagnóstico psiquiátrico prévio; se tem história de alguma outra morbidade clínica; se tem história de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; Se tem histórico de ter vivenciado alguma situação traumática.
Histórico do atendimento	Data do atendimento; quem encaminhou para o atendimento; se era a primeira vez que estava sendo atendido no serviço; qual o tipo de atendimento (se somente acolhimento ou se também passou pelo plantão médico); quais as queixas do atendimento; se houve algum gatilho para o atendimento; se recebeu algum diagnóstico no atendimento; se foi hospitalizado em serviço de saúde mental ou se veio proveniente de algum serviço de internação clínica.

4.4. ANÁLISES DE DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilha para avaliação. As análises descritivas serão apresentadas por n (%) para variáveis categóricas e por média (DP) para variantes contínuas. As variáveis categóricas foram analisadas com Pearson X² e as variáveis contínuas pelo teste t. O valor de P para significância estatística foi definido em 0,05. As análises estatísticas foram realizadas usando o software SPSS Statistics 25.

5. RESULTADOS:

5.1. ARTIGO 1

Irritability in an open-door pediatric psychiatric emergency service in a middle-income country

Artigo publicado:

M.C. Lobato Machado, M.E.R.B. Hibner, D.B. Nogueira, M.M. Rezende, I.L. Bórem, L.R. da Cunha, D. Marques de Miranda. Irritability in an open-door pediatric psychiatric emergency service in a middle-income country. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. Volume 70, Issue 6, October 2022, Pages 336-342

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.05.007>

ABSTRACT

BACKGROUND: Irritability is a main reason for referral of a child to a pediatric emergency. Few psychiatric services are dedicated to care for children and adolescents in middle income countries. Thus, there is not a clear picture about the real needs of an emergency unit to optimize the service's demands. This study aims to describe a socio-demographic profile of children and adolescents in psychiatric emergency service due to complaints of irritability.

METHODS: 2,255 medical records were reviewed from patients referred within a year at an emergency department of a mental health service for children and adolescents. Patients with and without irritability were compared in terms of socio-demographic features, psychiatric complaints and associated somatic and psychiatric disorders.

RESULTS: About 30% of youths attending at this service had irritability. Most were boys (67%) at an average age of 12.6 years (± 3.9). Irritability was associated with a diagnosis of mood disorder, attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder.

LIMITATIONS: There are concerns about the setting data was collected, since it might have some time restrictions and data imprecision.

CONCLUSION: Irritability was a frequent complaint taking children and adolescents to the emergency department. This symptom co-occurs with several psychiatric disorders. These findings support the trans-nosographic view of irritability, in particular its co-occurrence with neurodevelopmental disorders.

KEY WORDS: Irritable mood; Mood disorder; Psychiatric Emergency Services, Child Mental Disorder, Child Psychiatry, Irritability.

ABSTRACT

BUT DE L'ÉTUDE: L'irritabilité est un des principaux motifs de référence aux urgences pédiatriques de l'enfant. Il existe peu de services psychiatriques dédiés aux enfants et aux adolescents dans le pays à revenu intermédiaire, ainsi, il n'y a pas une image claire des besoins réels d'une unité d'urgence pour optimiser les demandes du service. Cette étude vise à décrire un profil sociodémographique des patients d'un service d'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents présentant des plaintes primaires d'irritabilité au cours d'une année.

MÉTHODES: 2 255 dossiers médicaux ont été examinés de patients adressés dans l'année à un service des urgences d'un service de santé mentale pour enfants et adolescents. Les patients avec et sans irritabilité ont été comparés en termes de caractéristiques sociodémographiques, de plaintes psychiatriques et de troubles somatiques et psychiatriques associés.

RÉSULTATS: Environ 30 % des jeunes fréquentant ce service présentaient de l'irritabilité. La plupart des patients étaient des garçons (67%) d'un âge moyen de 12,6 ans ($\pm 3,9$). L'irritabilité était associée à un diagnostic de trouble de l'humeur, de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et de trouble oppositionnel avec provocation.

LIMITES: Il y a des préoccupations concernant les données d'ajustement qui ont été recueillies car elles peuvent avoir des contraintes de temps et des données inexactes.

CONCLUSION: L'irritabilité était une plainte majeure qui a conduit les enfants et les adolescents aux urgences. Ce symptôme coexiste avec plusieurs troubles psychiatriques. Ces résultats appuient la vision transnosographique de l'irritabilité, en particulier sa cooccurrence avec des troubles neurodéveloppementaux.

MOTS CLÉS: Humeur irritable; Trouble de l'humeur; Services d'urgence psychiatrique, Trouble mental de l'enfant, Pédopsychiatrie, Irritabilité.

INTRODUCTION

Irritability is an important complaint of youths referred to psychiatric services^{1,2,3}. Irritability is defined as a low threshold for experiencing anger and overreaction to frustration^{1,4,5} and, can also be associated with impatience, offensive attitude, and sadness^{6,7}.

Children reporting irritability might have more difficulty in performing routine activities, becoming easily fatigued⁸. This disruptive behavior impacts in future impairments for the individual, such as an increase in risk to suicide, academic difficulties, and even increased poverty⁴. Persistent or extreme irritability in youth predicts anxiety disorders and depression in adulthood⁹.

In the last years, irritability in children and adolescents began to gain more attention as a driven-symptom to diagnose disorders such as disruptive mood dysregulation disorder (DMDD), a new diagnosis in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)^{4,7,10}, added to the discussion of an increase in bipolar disorder diagnosis in children with complaints of irritability^{4,5}. The DSM-5 criteria for DMDD represents an approach to operationalize a diagnosis related to severe irritability in young people having severe and chronic irritability as the main symptoms of the disorder, differentiating it from episodic irritability in bipolar disorder^{4,10}.

However, irritability is a symptom shared also by other fifteen disorders in the DSM-5^{4,10}, and so, it must be considered as a trans-nosographic symptom. In pediatric settings, it is a symptom of disorders such as mood disorders, the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), the oppositional defiant disorder (ODD), the conduct disorders (CD)^{1,4,5,10}. In this way, extreme irritability in early life may be a symptom of an undiagnosed disorder and it is a common reason for referral of children and adolescents to a child psychiatry center².

There is no national study on irritability in youth and its impacts, as well as the knowledge of impact of untreated irritability may have in public health⁵. We designed this study to better understand the sociodemographic and clinical profile of youths with severe irritability referred to an emergency psychiatric pediatric unit in a middle income country. So we described who has been taken to the emergency service and their previous pathological record intending to shed light on reasons this symptom has been a common reason to go to the

emergency and on what we should improve psychiatric care. As a trans-nosographic symptom and the differential diagnosis can sometimes be challenging, especially in an emergency center. Therefore, we hope to investigate links between concurrent symptoms or associated diagnoses that are more present in an emergency setting and that may, hereafter, be investigated as predictors of severity or help in the differential diagnosis of psychiatric disorders.

METHODOLOGY

STUDY DESIGN

This is a study based on analysis of medical records of patients evaluated during a year (June 1, 2017 to May 31, 2018) in a child and adolescent psychiatric emergency service in Belo Horizonte, Brazil. This is a middle income country with an ethnic distribution of 42.7% caucasian, 46.8% brown (admixed origins), 9.4% afro and 1.1% asian descendants and indigenous¹¹.

The search was carried out in a regional facility which offers mental health care for children and adolescents. The service provides outpatient care, day-care programs, in-patient, and 24-hour emergency care.

PARTICIPANTS

The study included attendance of children and adolescents up to 18 years who were evaluated at the psychiatric emergency service (N=2,255) from June 1, 2017 to May 31, 2018. No medical chart was excluded.

INSTRUMENTS

To guide the collection of data from the medical records, a standardized datasheet was developed by the authors to collect information about social and family history, as well as previous history of psychiatric disorders and data concerning the patient's or caregiver's driven complaint. Complaints such as

“irritability”, “irritable mood” and “nervousness” were encompassed in the same category for interpretation purposes.

The data collection took place in an emergency service with a multidisciplinary team being the admission done by a mental health professional, who is not necessarily a doctor. After discussion with the on-call team, the need for urgent medical evaluation is assessed. Cases of psychomotor agitation, significant aggressiveness, are attended by the medical professional. The diagnosis was made by a psychiatrist based on ICD-10 classification (with the addition of DSM-5 DMDD diagnoses), with no limit in the number of associated disorders.

ETHICS STATEMENT

This research was evaluated and approved by a local ethical board with the following Certificate of Presentation for Ethical Consideration: 83419717.0.0000.5134. The use and access of the medical record followed the ethical and legal procedures. No written consent was needed due to the retrospective nature of the study with evaluation of the records and no contact with patients or to any sensitive data.

STATISTICAL ANALYSIS

Data analysis was based on the frequency and percentage of the categorical variables. As for the continued variable, standard deviation and average were used. The comparative analyses of the variable categories have been done via Pearson’s test or Fisher’s exact, as indicated. Furthermore, the Student’s t-test of independent samples was used for the continued variable. The statistical analyzes were made on the Statistical Package for Social Sciences [SPSS (IBM, United States)] 20.0 version. The level of significance considered for all the analyzes was 5% ($p < 0.05$).

RESULTS

Among the 2,255 attendances included in this study, 28.1% (n=633) reported symptoms of irritability in the appointments; these have driven them to emergency child psychiatry care. Irritability is the third biggest complaint reported, after only agitation (41.1%) and aggressiveness (38.8%) in this psychiatric emergency service, as previously reported by Gandra et al, 2020. The sample was composed by individuals with an average age of 13 years (\pm 3.8) and 62.7% of male subjects (n= 1,413). Most participants classify themselves as brown (66.9%; n=1,509), 18.8% as caucasian (n=423), 7.0% as afro (n=158) and 0.1% are of asian descendants (0.1%; n=3); 7.2% (n=162) of the subjects did not have this information registered in their medical record.

Regarding education, 63.1% (n=1,422) of the patients attended school, while 17.3% (n=390) were not, and 19.6% (n=443) of the medical records did not provide this information. The majority of patients live in urban regions (56.9%; n=1,343), and the 39.7% (n=895) live in the countryside. When asked about how many people live in the same place as the patient, most kids (50.4%; n=1,136) reported living with more than four people. In 35.5% (n=809) of the appointments, the guardians were biological parents, followed by 29.7% (n=648) of which only had the biological mother as guardian.

Table 1 shows the group comparison analysis of the sociodemographic profile of the included patients in the study. The subjects who presented with irritability were at an average age of 12.6 ± 3.9 years, while the ones who did not present this symptom were at an average age of 13.1 ± 3.8 years ($p=0.004$). Males report more irritability than females with OR 1.3 ($p=0.004$). Patients coming from the countryside were more likely to report irritability compared to those from the urban area and surrounding cities ($p<0.001$; OR=1.53). An association between the absence of biological parents while the children's upbringing ($p=0.02$; OR=1.94) was observed. In addition, patients with irritability were more likely to need medical assistance at the time of care, when compared to patients without the complaint of irritability ($p=0.007$; OR=1.32).

Table 1: Group comparison analysis of sociodemographic profiles (continues)

Variables	With irritability, n(%)	Without irritability, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Age (years) Mean \pm SD	12.6 \pm 3.9	13.1 \pm 3.8		-----	0.004
Gender					
Male	424 (67.0)	989 (61.0)	1.30	1.07 – 1.58	0.008
Female	209 (33.0)	633 (39.0)			
Lives with					
1 to 4 people	326 (72.9)	810 (75.6)	0.87	0.68 – 1.12	0.28
> 4 people	121 (27.1)	262 (24.4)			
Attending school	413 (76.8)	1009 (79.2)	0.87	0.68 – 1.10	0.25
Ethnic status					
Caucasian	110 (18.9)	313 (20.7)	0.89	0.70 – 1.13	0.34
Brown- Admixed	422 (72.4)	1087 (72.0)	1.02	0.82 – 1.26	0.86
Afrodescendent	51 (8.7)	107 (7.1)	1.26	0.89 – 1.78	0.20
Asian	0 (0.0)	3 (0.2)	0.00	0.00 – 6.27	0.57

Table 1: Group comparison analysis of sociodemographic profiles (continues)

Variables	With irritability, n(%)	Without irritability, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Living área					
Countryside	298 (47.4)	597 (37.1)			
Urban area and surrounding cities	331 (52.6)	1012 (62.9)	1.53	1.27 – 1.83	0.001
Guardian					
Biological parentes	237 (39.9)	572 (40.1)	0.99	0.81 – 1.20	0.92
Non-biological parentes	23 (3.9)	29 (2.0)	1.94	1.11 – 3.38	0.02
Father-only	11 (1.9)	42 (2.9)	0.62	0.32 – 1.22	0.16
Mother-only	197 (33.2)	451 (31.6)	1.07	0.87 – 1.31	0.51
Siblings	1 (0.2)	4 (0.3)	0.60	0.01 – 6.07	1.0
Maternal relative	23 (3.9)	71 (5.0)	0.77	0.48 – 1.24	0.28
Paternal relative	8 (1.3)	27 (1.9)	0.71	0.32 – 1.57	0.39
Shelter	37 (6.2)	73 (5.1)	1.23	0.82 – 1.85	0.32

Table 1: Group comparison analysis of sociodemographic profiles (conclusion)

Variables	With irritability, n(%)	Without irritability, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Socio-educational measure of detention	57 (9.6)	156 (10.9)	0.86	0.63 – 1.19	0.37
Need of medical assistance	462 (73.0)	1088 (67.2)	1.32	1.08 – 1.62	0.007

OR: Odds Ratio; CI: confidence interval; SD: Standard deviation

Relationship between irritability and familial history of psychiatric disorders was also evaluated. We investigated the family history of depression, anxiety, schizophrenia, bipolar disorder, suicide attempts and completions, alcohol and substance abuse, ADHD and autistic spectrum disorder (ASD) and the results did not show relevant differences in family history of any of groups.

We also investigated the presence of somatic comorbidities reported in the psychiatric emergency care visits (Table2). The group of patients who refer epilepsy and the group who refer neurodevelopmental delays were more likely to present with irritability than the group that did not refer these somatic comorbidities (OR=1.6, p=0.02, and, OR=1.35, p=0.03, respectively).

Table 2: Group comparison analysis of comorbidities

Comorbidities	With irritability, n(%)	Without irritability, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Asthma	22 (3.5)	64 (3.9)	0.88	0.54 – 1.44	0.60
Epilepsy	42 (6.6)	69 (4.3)	1.60	1.08 – 2.37	0.02
Birth defects	5 (0.8)	21 (1.3)	0.61	0.23 – 1.62	0.31
Thyroid alterations	4 (0.6)	14 (0.9)	0.73	0.17 – 2.34	0.79
Cardiopathies	6 (0.9)	9 (0.6)	1.72	0.61 – 4.84	0.30
Prematurity	4 (0.6)	4 (0.2)	2.57	0.48 – 13.85	0.23
Genetic Syndromes	7 (1.1)	13 (0.8)	1.38	0.55 – 3.49	0.49
Ophthalmic abnormalities	7 (1.1)	16 (1.0)	1.12	0.46 – 2.74	0.80
Psychomotor delay	124 (40.8)	253 (33.7)	1.35	1.03 – 1.78	0.03

OR: Odds Ratio; CI: confidence interval

Among the 2,255 emergency attendances, 1,406 received a diagnosis during their medical appointments. Table 3 associates irritability and the psychiatric diagnoses established during the current medical examination. Patients who received the diagnosis of unspecified mood disorder (OR=2.0, $p=0.003$), ADHD (OR=2.38, $p=0.002$) and ODD (OR=2.63, $p=0.001$), were more likely to have complaints of irritability in emergency care than the group that did not receive these diagnoses. On the other hand, the findings showed that patients who were diagnosed with depression and dissociative conversion disorder were less likely (OR = 0.66, $p=0.006$ and OR = 0.39, $p=0.05$, respectively) of having irritability compared to the group that did not receive these diagnoses. The association between irritability and bipolar affective disorder (BPD) did not demonstrate relevant statistical differences ($p=0.41$).

Table 3: Group comparison for new underlying psychiatric diagnosis that were established during the medical examination (continues).

Diagnosed Psychiatric Conditions	With Irritability, n(%)	Without irritability, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Major Depressive Disorder	70 (16.0)	216 (22.3)	0.66	0.49 – 0.89	0.006
Bipolar Disorder	7 (1.6)	22 (2.3)	0.70	0.30 – 1.65	0.41
Unspecified mood disorder	34 (7.8)	39 (4.0)	2.00	1.25 – 3.22	0.003
Unspecified psychosis	25 (5.7)	55 (5.7)	1.00	0.62 – 1.64	0.98
First Psychotic Episode	18 (4.1)	64 (6.6)	0.61	0.35 – 1.03	0.06
Schizophrenia	7 (1.6)	22 (2.3)	0.70	0.30 – 1.65	0.41
Anxiety Disorders	13 (3.0)	35 (3.6)	0.82	0.43 – 1.56	0.54
Acute stress and/or adjustment disorder	30 (6.8)	71 (7.3)	0.93	0.60 – 1.45	0.74
Dissociative Conversion Disorder	9 (1.1)	28 (2.9)	0.39	0.13 – 0.96	0.05

Table 3: Group comparison for new underlying psychiatric diagnosis that were established during the medical examination (conclusion).

Diagnosed Psychiatric Conditions	With Irritability, n(%)	Without irritability, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Obsessive-Compulsive Disorder	1 (0.2)	6 (0.6)	0.37	0.01 – 3.04	0.45
Attention Deficit Hyperactivity Disorder	27 (6.2)	26 (2.7)	2.38	1.37 – 4.13	0.002
Oppositional Defiant Disorder	23 (5.3)	20 (2.1)	2.63	1.43 – 4.84	0.001
Mixed disorders of conduct and emotions	18 (4.1)	34 (3.5)	1.18	0.66 – 2.11	0.58
Substance Abuse Disorder	38 (8.7)	86 (8.9)	0.97	0.65 – 1.45	0.90
Intellectual Disability	40 (9.1)	91 (9.4)	0.97	0.66 – 1.43	0.87
Autistic Spectrum Disorder	12 (2.7)	23 (2.4)	1.15	0.57 – 2.34	0.69
Learning disabilities	1 (0.2)	2 (0.2)	1.11	0.02 – 21.28	1.0

OR: Odds Ratio; CI: confidence interval

For patients who had previous psychiatric diagnoses, a statistically relevant difference ($p=0.02$) was found only in patients with previous diagnosis of autism spectrum disorder. They were 1.58 times more likely to complain of irritability.

Table 4 explores the association between other symptoms or concerns and irritability. Patients who complaints of agitation (OR=3.81; $p<0.001$), aggressiveness (OR=6.83; $p<0.001$), anxiety (OR=1.43; $p=0.006$), academic underachievement (OR=1.53; $p<0.001$), attention deficits (OR=1.32; $p=0.03$), disobedience (OR=3.87; $p<0.001$), mood lability (OR=2.52; $p<0.001$) have more chance to complaints also of irritability compare with patients without these complaints. On the other hand, the groups of patients with complaints of suicide attempts (OR=0.67; $p=0.005$), self-mutilation (OR=0.76; $p=0.05$) and depression/sadness (OR=0.78; $p=0.04$) were more likely to presented at the emergency service without a co-ocurrent complaint of irritability.

Table 4: Correlation between common concerns and angry behavior/irritable mood.

Concerns	With irritability, n(%)	Without irritability, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Suicide attempts	68 (10.7)	248 (15.3)	0.67	0.50 – 0.89	0.005
Suicidal ideation	73 (11.5)	233 (14.4)	0.78	0.59 – 1.03	0.08
Self-mutilation	77 (12.2)	250 (15.4)	0.76	0.58 – 0.99	0.05
Depression/sadness	102 (16.1)	321 (19.8)	0.78	0.61 – 0.99	0.04
Feel anxiety	105 (16.6)	198 (12.2)	1.43	1.11 – 1.85	0.006
Agitation	407 (64.3)	521 (32.1)	3.81	3.14 – 4.62	<0.001
Aggressiveness	449 (70.9)	427 (26.3)	6.83	5.57 – 8.38	<0.001
Hallucinations	74 (11.7)	229 (14.1)	0.81	0.61 – 1.07	0.13
Delusions	52 (8.2)	141 (8.7)	0.94	0.67 – 1.31	0.72
Academic Underachievement	177 (28.0)	328 (20.2)	1.53	1.24 – 1.89	<0.001
Attention deficits	106 (16.7)	215 (13.3)	1.32	1.02 – 1.70	0.03
Disobedience	228 (36.0)	206 (12.7)	3.87	3.11 – 4.81	<0.001
Psychoactive substances use	122 (19.3)	278 (17.1)	1.15	0.91 – 1.46	0.23
Social withdrawal	86 (13.6)	194 (12.0)	1.16	0.88 – 1.52	0.29
Mood lability	74 (11.7)	81 (5.0)	2.52	1.81 – 3.50	<0.001

OR: Odds Ratio; CI: confidence interval

DISCUSSION

Irritability is a common symptom expressed by parents and guardians of children and adolescents referred to psychiatric emergency services; it can be associated with several diagnoses and can lead to future harm to individuals, such as increased risk of anxiety disorders, depression and suicide^{2,4,8,9}. There is a knowledge gap regarding predictors related to irritability. Understanding the presentation of irritability in emergency service can be an important tool to support future research that focuses on finding predictors of a transnosographic symptom in an open-door public institution specialized in children and adolescent psychiatric health in the region with 24-hours psychiatric care.

SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE

Irritability is more expressed in male adolescents¹², as found in the present study which demonstrated an average age of 12.6 + 3.9 years and a male predominant in the complaint of irritability (OR=1.30, p=0.008). Male gender present irritability as aggression and hostility, leading them to seek or be sent to psychiatric emergency services frequently^{13,14}. This kind of behavior includes threats, hostility, as well as dominative and coercive acts. Females express more subtle forms of aggression, such as relational aggression not ending up in an emergency^{13,14}.

In this study we found a 17% school dropout considering all the children and adolescents up to 18 years, but there was no significant difference between young people who present irritability and those who did not. Data from Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) show that dropout rate, in 2019, among young people aged 11 to 14 years was 12.5% and 28.5% among adolescents aged 15 to 17 years¹⁵. However, it was not possible to assess the influence of mental disorder in our study.

About the socio-economic findings, we might have biased sampling since more severe and untreated patients might be admitted untreated in contexts of low socio-economic status. Another finding is the higher proportion of complaints of irritability in individuals from the countryside compared with those from urban and surrounding areas. It might reflect insufficient access to

specialized assistance for patients in the countryside, then assuming more severe presentations and having a need for emergency services. We did not expect more stressful conditions in the countryside, in accordance with the meta-analysis on data taken from 20 population survey studies conducted by Peen, J et al. (2010)¹⁶ there is a mild but consistent association between a bigger occurrence of psychic illness and the urban environment in comparison to the rural environment. But the lack of access to dedicated services is a reality in large countries.

Family environment plays an important role in determining the course of psychiatric symptoms including irritability. The results show that having non-biological parents as main guardians is associated with greater chances of presenting with irritability symptoms. According to the literature, a more cohesive family environment is associated with milder irritability in hospitalized children and adolescents, with the parents playing a major influence in the emotional expressivity of the patient¹⁷. Thus, if the separation from biological parents was in a context of emotional or physical trauma and suffering, the child could have less optimal socio-emotional development even if the child were placed in an adoptive home with greater resources and affection, because he or she might still carry on the consequences of living in a trauma-filled environment^{17,18}.

The influence of multiple factors such as exposure to environmental factors and genetic predisposition in the development of irritability in children and adolescents should be taken into consideration. Even some children adopted as babies that had minimal interaction with their biological families might still present an irritable mood, despite being raised in stable, affectionate homes¹⁸.

Our data also found that patients who complained of irritability required proportionately more medical care than those who did not. Thus, in the context of this service, irritability seemed to be associated with more severe conditions.

FAMILY HISTORY

Thirty to 40% of the findings of irritability can be attributed to genetic predisposition¹⁸. A study with 2,620 twins made by RobersonNay et al. (2015)¹⁹,

demonstrated that the genetic influences in irritability may change over the years, and varies between male and female patients as they grow older: boys show increased heritability as they advance in age, while girls display lower odds. Additional research indicates a hereditary component linking irritability and depression^{20,21}. The study conducted by Krieger et al. 2013⁴ revealed that a family history of depression can be associated with the irritable component of ODD, while Whelan et al. 2015²⁰ was able to link to previous maternal depression to depression in children by diagnosing precocious irritability in these same children.

The family history, therefore, plays an important role in the investigation of many psychiatric illnesses that may contain irritability as a symptom^{19,20,21}. An example of these disorders would be ADHD, major depressive disorder (MDD), bipolar disorder (BD) and suicidal intent. Thus, a statistical link between a positive family history of psychiatric diseases and findings of irritability or angry behavior was expected, but was not found in our study. This could be due to misdiagnosis, as well as a reporting bias, likely as a result of the brief and direct nature of the medical interview in emergency services. The variable degree of the relationship between the patient and the affected family member as well as the inability to isolate the genetic component from the environment exposure component of the study could also have negatively impacted the data, impeding the association between irritability and a family history of psychiatric disorders.

SOMATIC COMORBIDITIES

The link between comorbidities and irritability was present in the patient subgroups that also present with epilepsy and neuro psychomotor delay, allowing us to establish these conditions as possible risk factors for irritability in children and adolescents. Thus, the association between interictal symptoms in a group of 350 epileptic patients was established by Kwon, O.Y., & Park, S.P. (2016)²² who identified that 60% of the patients demonstrated at least a moderate level of irritability. In their study, a critical link between irritability and other comorbidities such as depression, insomnia, anxiety and severe seizures as well as the duration of the epileptic crisis was also revealed. Our study, in

accordance with the existing literature, also found that epilepsy plays a role in increasing the patients' chances of having irritable symptoms (OR = 1.6).

There is plenty of literature associating neuropsychomotor developmental delays with an increase in irritable personalities and angry behavior, as well as other behavioral findings such as impulsivity, aggressiveness and hyperactivity²³. In spite of its diverse etiology, this kind of developmental delay is still believed to play an important role in promoting aggressive behavior and, in our study, it has an increased risk of 1.35²³. Irritability might be triggered by many features in individuals with intellectual deficiency such as routine or environmental changes, drug induced adverse effects to other organic disorders, depression as a common comorbidity, or hypothyroidism. These individuals commonly may manifest their irritability with self-mutilation and aggression towards others²⁴.

PSYCHIATRIC DIAGNOSES

The study also showed that the participants that received a diagnosis of ADHD and ODD had more chances to present with irritability in an emergency setting (OR= 2.38 e OR=2.63, respectively). In fact, irritability clinically affects 25% to 45% of children with ADHD²⁵ and although it is not a diagnostic criterion for this condition, it is a common presentation in this disorder and is listed in the characteristics associated with ADHD in the DSM-5. As for ODD, irritability is cited as an explicit criterion for diagnosis. This type of symptom usually begins in preschool or in first school years, but may also surface in adolescence. It is also known that patients diagnosed with ODD are at higher risk of developing anxiety disorders and major depressive disorder, which can also present with irritable mood.¹⁰

Still in relation to the neurodevelopmental disorder, we found that there was not a significant association with a suggested diagnosis hypothesis of ASD during the visit of an individual who searched an emergency service with a complaint of irritability. Although, when we considered attendance with previous psychiatric diagnoses, ASD was the only disorder that demonstrated that they were more likely to seek urgent care for a complaint of irritability (OR=1.58; p=0.02). This data corroborates the existing literature regarding symptoms of

irritability in patients with ASD¹⁰ and which can be exemplified by the study carried out in a general American emergency service that demonstrated that externalizing behavior was the most common reason why children and adolescents with ASD sought for care²⁶.

Our findings did not support a positive association between irritability and depressive disorders¹⁰. Previous community-based sample study conducted by Strigaris et al (2013) also did not support the use of irritability as cardinal mood criteria for MDD, but indicated that a presence of irritability in MDD was associated with an increased risk of conduct disorders in girls²⁷. The negative association between MDD and irritability found in our study might be an effect related to the DSM-5¹⁰ guidelines, which direct findings of persistent or severe irritability and aggression to a sometimes misguided diagnosis of DMDD. In the context of an emergency service, where interviews are normally brief and hastily performed, we believe that the medical professionals may have assessed patients presenting with symptoms of irritability, providing these patients with less specific diagnosis belonging mainly to unspecified mood disorders. In addition, the electronic medical record of the service in question only provides the recording of the diagnoses by the ICD-10, which does not include the diagnosis of DMDD, in other words, such diagnosis hypothesis may also have contributed to the overuse of the “unspecified mood disorder” category.

We also expected the association with BD, although the data did not reveal statistical significance ($p=0.41$). It can be argued that a significant share of patients may have been directed towards a diagnosis of unspecified mood disorder, despite the manifestations of irritable symptoms in BD being amply described. In a meta-analysis of 20 observational studies, Luby JL et, al (2014)²⁸ classified irritability as one of the most common symptoms in children and adolescents with a confirmed diagnosis of BD, occurring in 77% of the participants ($n>2000$)²⁷.

In other words, we believe that patients who in a longitudinal follow up could have been diagnosed with MDD, DMDD or BD may all have been classified as unspecified mood disorder in an urgent point assessment. Consequently the study revealed significant statistical relevance in the diagnosis of unspecified mood disorders, which had a 2.0 times greater chance

of coming to the emergency room with a complaint of irritability, compared to the group that did not receive this diagnosis. While BD did not demonstrate association (OR=0.70, p=0.41) and MDD demonstrated a negative association (OR=0.66, p=0.006).

Analyzing the relationship between dissociative disorders and irritability observed in the study, we found that young people with complaints of irritability were less likely to receive a diagnosis of dissociative disorder (OR=0.39). The frequencies of dissociative disorders are not common, which might have created some biased protection. Irritability is a symptom in a total of 15 possible DSM-5 diagnosis¹⁰ and represents a significant finding in several of the psychiatric disorders considered in this study. The fact that these diagnoses did not show associations with irritability (except for ASD) in our study seems to contradict our expectations, but can be understood. There is a potential information bias due to the imprecision of some reports from the main informants during the appointments, which may have failed to correctly inform about the existence of previous psychiatric diagnoses. The study may have also suffered a reporting bias, common in psychiatric patients, where patients under or over report their experiences²⁹.

OTHER COMPLAINTS

Complaints such as anxiety, agitation, aggressivity, disobedience and mood swings often coexisted with irritable mood in the patients of our study, as were attention deficits and academic underachievement. The link between anxiety and irritability may lie in their disproportionate response towards negative emotions. Irritability is a symptom associated with generalized anxiety disorder and, in a study conducted by Comer et al (2012),³⁰ approximately 90% of patients with anxiety disorder were treated for having persistent irritability. Although generalized anxiety disorder is currently the only one with irritability as formal diagnosis criteria, irritable mood might also be associated with several types of anxiety disorders, such as social anxiety disorder and separation anxiety disorder.³¹

Another point to be discussed is that knowing irritability is commonly present in children with diagnosis of ADHD,²⁶ it is expected that attention

deficits might be related to the academic underachievement expressed by 28% of the patients with irritable mood, since ADHD usually has a significantly negative impact on school performance. The disattention might tackle the school performance. Furthermore, irritability is defined as a low threshold to display anger in response to frustration and is associated with an increase of verbal and/or physical aggression and an intense and impulsive emotional response.⁵ Thus, the reactive aggression might be seen as one of the most extreme displays of irritability.³²

LIMITATIONS

The study had a few limitations. As previously discussed, the data contained in the medical charts was obtained by brief interviews with parents or other legal guardians in less than optimal conditions due to stress and the environment of an emergency medical interview. This scenario may have contributed to omission or exclusion of relevant data that would alter the overall findings of this study. Finally, the evaluations utilized did not allow for evaluation of different types of pediatric irritability. Given the importance of adequately distinguishing chronic and episodic irritability, future studies might evaluate whether the profile of young people with irritability differs due to chronic versus episodic irritability.

Despite its limitations, our study sheds a new light on findings of irritability and its importance for establishing a clinical profile of the pediatric psychiatric patient due to our considerable sample size and statistical diversity of subjects with a chief complaint of irritability.

CONCLUSION

Firstly, this study supports the assumption that irritability is one of the main complaints among help-seeking youths in a psychiatric emergency. Second, irritability is reported in a large range of psychiatric, neurodevelopmental and somatic problems. Our findings emphasize the clinic implications of irritability and the possible associations between this manifestation and other complaints and comorbidities. Future research might be

able to better separate and classify the different disorders, managing to provide better and more efficient mental health assistance to pediatric patients.

ACKNOWLEDGMENTS

This research was funded by the Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais institutional scholarship program. The funding source had no role in the design and conduct of the study; preparation, review, or approval of the manuscript; or the decision to submit the manuscript for publication. There are no additional funding sources for this work. The authors would like to thank CEPAI/FHEMIG for the support and for the receptivity.

Diego Alves Vieira (Master in Adult Health-Applied Sciences of the Medical School/Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG) served as the statistical expert for this research.

Pedro Arthur Santos Serra, Childhood and Adolescence Psychiatrist, for help with the French translation.

REFERENCES

1. Avenevoli S, Blader JC, Leibenluft E. Irritability in youth: an update. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2015;54(11), 881.
2. Gandra, A.L.S., Campos, A.M.F.S., Chaves, A.C.M.C., Machado, M.C.L., Vaz-Tostes, J.P., Cunha, L.R. Perfil de pacientes atendidos em serviço de urgência em Psiquiatria da Infância e Adolescência de Belo Horizonte. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas.* 2020; 4(2): 1-6.
3. Machado MCL, Sedlmaier MMG, Brandão MPAS, Barros FCP, Ferreira R. Perfil sociodemográfico e clínico do atendimento psiquiátrico infanto-juvenil em ambulatório universitário. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas.* 2019; 3(1): 42-48

4. Krieger, F. V., Leibenluft, E., Stringaris, A., & Polanczyk, G. V..Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates, and future opportunities. *Braz J Psychiatry*. 2013;35,S32-S39.
5. Brotman MA, Kircanski K, Leibenluft E. Irritability in children and adolescents. *Annu. Rev. Clin. Psychol*. 2017;13:317-41.
6. Toohey, M. J., & DiGiuseppe, R. Defining and measuring irritability: construct clarification and differentiation. *Clin. Psychol. Rev*. 2017;53, 93-108.
7. Copeland, WE., Brotman, MA., & Costello, EJ. Normative irritability in youth: developmental findings from the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Psy*. 2015;54(8):635-42.
8. Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychol. Bull*. 2014;140(3):816.
9. Haller, S. P., Kircanski, K., Stringaris, A., Clayton, M., Bui, H., Agorsor, C. et al. The Clinician Affective Reactivity Index: Validity and Reliability of a Clinician-Rated Assessment of Irritability. *Behav.Ther*. 2019. Published in final edited form as: *Behav Ther*. 2020; 51(2): 283–293.
- 10.American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*.Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 11.IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais dos domicílios e moradores: 2019. [Internet] 2020. [cited 2021 Nov 01]. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnadcontinua.html?edicao=27258&t=publicacoes>.

12. Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS. Chronic Versus Episodic Irritability in Youth: A Community-Based, Longitudinal Study of Clinical and Diagnostic Associations. *J Child Adol Psychop.* 2006;16(4):456-66.
13. Côté, SM., Vaillancourt, T, Barker, ED., Nagin, D, & Tremblay, RE. The joint development of physical and indirect aggression: Predictors of continuity and change during childhood. *Dev. Psychopathol.* 2007; 19(1), 37-55.
14. Crick, NR. Relational aggression: The role of intent attributions, feelings of distress, and provocation type. *Dev. Psychopathol.* 1995;7(2), 313-322.
15. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Educação 2019: Mais da metade das pessoas de 25 anos ou mais não completaram o ensino médio [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 5]. <https://ibge.gov.br/pnad-educacao-2019>
16. Peen, J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Dekker, J. The current status of urban- rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2010; 121(2), 84-93.
17. Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C, Stegall S. Emotion regulation in children and adolescents. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2006;27(2):155-68.
18. Coccaro EF, Bergeman CS, Kavoussi RJ, Seroczynski AD. Heritability of aggression and irritability: a twin study of the Buss—Durkee Aggression Scales in adult male subjects. *Biol Psychiatry.* 1997;41(3):273-84.
19. Roberson-Nay R, Leibenluft E, Brotman MA, Myers J, Larsson H, Lichtenstein P, Kendler KS. Longitudinal stability of genetic and environmental influences on irritability: from childhood to young adulthood. *Am J Psychiatry.* 2015;172(7):657-64.

20. Whelan YM, Leibenluft E, Stringaris A, Barker ED. Pathways from maternal depressive symptoms to adolescent depressive symptoms: the unique contribution of irritability symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(10):1092-100.
21. Wiggins JL, Mitchell C, Stringaris A, Leibenluft E. Developmental trajectories of irritability and bidirectional associations with maternal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(11):1191-205.
22. Kwon OY, Park SP. Interictal fatigue and its predictors in epilepsy patients: A case-control study. *Seizure*. 2016;34:48-53.
23. Eun SH, Hahn SH. Metabolic evaluation of children with global developmental delay. *Korean J. Pediatr*. 2015;58(4):117
24. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein RE, Laraque D, GLAD-PC STEERING GROUP. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2018;141(3):e20174081.
25. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2016;171(3):276-93.
26. Kalb LG, Stuart EA, Freedman B, Zablotsky B, Vasa R. Psychiatric-related emergency department visits among children with autism spectrum disorder. *Pediatr Emerg Care*. 2012; 28(12), 1269-1276.
27. Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ, Angold A. Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Psy*. 2013;52(8):831-40.

28. Luby JL, Gaffrey MS, Tillman R, et al. Trajectories of preschool disorders to full DSM depression at school age and early adolescence: continuity of preschool depression. *Am J Psychiatry* 2014; 171:768.
29. Birmaher B, Gill MK, Axelson DA, Goldstein BI, Goldstein TR, Yu H, Liao F, Iyengar S, Diler RS, Strober M, Hower H. Longitudinal trajectories and associated baseline predictors in youths with bipolar spectrum disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(9):990-9.
30. Comer JS, Pincus DB, Hofmann SG. Generalized anxiety disorder and the proposed associated symptoms criterion change for DSM- 5 in a treatment-seeking sample of anxious youth. *Depress Anxiety*. 2012;29(12):994-1003.
31. Cornacchio D, Crum KI, Coxe S, Pincus DB, Comer JS. Irritability and severity of anxious symptomatology among youth with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(1):54-61.
32. Leibenluft E. Pediatric irritability: a systems neuroscience approach. *Trends Cogn Sci*. 2017;21(4):277-89.

5.2. ARTIGO 2

What takes children and adolescents with Autism Spectrum Disorder to seek care in a Psychiatric Emergency Service in a Middle Income Country?

ABSTRACT

OBJECTIVE: Characterize the epidemiological and clinical profile of patients with autism spectrum disorder (ASD) evaluated at a regional Youth Psychiatric Emergency Unit. Aiming to understand what makes these families to search for medical assistance for these children and adolescents with ASD.

METHODS: Cross-sectional descriptive study carried out through the analysis of medical records of patients seen in the emergency sector for one year (June 1, 2017 to May 31, 2018), focusing on patients diagnosed with ASD. Comparative analysis of categorical variables was performed using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, as appropriate. For the continuous variable, a student's t test of independent samples was applied.

RESULTS: During this period, 112 (6.7%) patients diagnosed with ASD were attended. Among them, 26 (23.2%) received the first diagnosis in the service. Most were male (83%) and with an average age of 10 ± 4 years. The main complaints were agitation, aggressiveness and irritability. There is an elevated likelihood, compared to the non-ASD group, of receiving a diagnosis of intellectual disability and a heightened probability of comorbid epilepsy.

CONCLUSION: The results strengthen the hypothesis raised that the emergency unit may represent a point of first contact for some children or adolescents with mental disorders to the health system. Hence, it is imperative to equip professionals with crisis management skills and formulate strategies to guide parents in approaching crisis situations.

Key words: Autism Spectrum Disorder, Psychiatric Emergency Services, Child Psychiatry, Health Care Utilization.

INTRODUCTION

Autistic spectrum disorder (ASD) is an increasingly common neurodevelopmental condition, characterized by difficulties in communication and social interaction, as well as restrictive and repetitive patterns of behavior, interest, and activities¹. In order to make a diagnosis, it's necessary for symptoms to be observable during the initial stages of development. These symptoms should result in some level of restriction or decline in an individual's performance, which could be more noticeable at different points of development. The extent of visibility might depend on the individual's characteristics and the social context they are in¹.

ASD is characterized by a degree of cognitive inflexibility and a heightened responsiveness to environmental sensory stimuli. Consequently, when confronted with these sensory stimuli or situations involving unpredictability, individuals may experience a meltdown—an instance where temporary emotional regulation is lost, leading to symptoms like restlessness, irritability, and aggression. While these symptoms might prompt the consideration of seeking emergency assistance, they can also intensify within a care setting. This is due to the unfamiliar and agitated environment, which bombards individuals with excessive sensory inputs such as noise and light.^{2,3}

Moreover, ASD might manifest in conjunction with other conditions, often featuring the coexistence of intellectual and language impairments^{4,5}. A study carried out with 112 adolescents with ASD between 10 and 14 years-old demonstrated the existence of other psychiatric disorders in 70% of participants. Psychiatric coexisting conditions can also be a reason for seeking urgent care in this population².

Taking this situation into account, along with the chronic nature of ASD, the therapeutic strategy should be all-encompassing, involving multiple professionals, and tailored to the unique requirements and age-specific needs of each individual patient. The central goals involve increasing an individual's functional abilities and autonomy, while concurrently enhancing their quality of life. Thus, the early identification of ASD is important to establish proper interventions aimed at improving the condition. There is no pharmacological treatment for the disorder itself, but it may eventually be necessary to control

symptoms or to treat comorbidities⁶. Regardless of the reason for seeking emergency services, patients with ASD do not generally respond positively to these environments^{2,3}. Therefore, knowing these particularities is necessary to assist in the development of strategies that deal with some of the crises in the child's or adolescent's territory, avoiding the exposure of these individuals to situations that may amplify the stress.

Consequently, the present study aims to identify the clinical epidemiological profile of patients with ASD in an emergency room, to raise hypotheses about the reasons and the risk factors for seeking emergency care.

METHODOLOGY

STUDY DESIGN

This is a cross-sectional descriptive study, based on analysis of medical records of patients evaluated at the emergency department of a Mental Health Service for Children and Adolescents in Belo Horizonte, Brazil, during the period of one year (June 1, 2017 to May 31, 2018).

The search was conducted at a local institution that delivers mental health cares for children and adolescents. This facility offers outpatient support, day-care programs, inpatient services, as well as round-the-clock emergency care.

PARTICIPANTS

The research comprised the involvement of all children and adolescents aged up to 18 years, who underwent evaluation at the psychiatric emergency service between June 1st, 2017, and May 31st, 2018. No medical chart was excluded.

For the purpose of the study, the researchers evaluated patients with a diagnosis of ASD, including those with a pre-existing diagnosis upon arrival and those for whom the diagnosis was established by a psychiatrist within the service itself.

INSTRUMENTS

In order to facilitate the extraction of data from medical records, the authors designed a standardized datasheet. This sheet was utilized to gather details encompassing social and family history, along with the patient's prior psychiatric history and information related to the primary concerns expressed by the patient or their caregiver.

STATISTICAL ANALYSIS

The characterization analysis of data made was based on absolute frequencies and percentages for the categorical variables. For continuous variables, standard deviation and average were used. A comparative analysis of categorical variables was performed using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, as appropriate. The program used for statistical analysis was the Statistical Package for Social Sciences [SPSS (IBM, United States)]. The level of significance considered for all analyzes was 5%.

ETHICS STATEMENT

This research is part of a project approved by the local Ethics and Statistics Committee with the following Certificate of Presentation for Ethical Consideration: 834197.0.0000.5134. The use and access of the medical record followed the ethical and legal procedures. Written consent was not required, given the retrospective nature of the study involving record analysis and no engagement with patients or sensitive data.

RESULTS

A sample of 2,251 consultations was collected through the analysis of medical records of 1,666 patients, among which 112 (6.7%) have been diagnosed with an autism spectrum disorder. For 26 (23.21%) patients the diagnosis was suspected during emergency care procedure.

From the 112 patients diagnosed with ASD, 93 (83.0%) were male, with an average age of 10.0 ± 4 years (average \pm SD). Most of them were brown-skinned (76.9%) and still attended school (87.8%) (**Table 1**).

Despite the usual higher prevalence of males over females in emergency, this difference was even greater when the diagnosis of ASD was present: 83% of boys and 19% of girls with the diagnosis of ASD X 62.2 % of boys and 37.8% of girls without the diagnosis of ASD (OR=2.98; CI95% 1.80-4.93 $p < 0.001$). There was also a difference between the groups concerning average age, which was lower in patients diagnosed with ASD (10.0 ± 4 years X 12.9 ± 3.9 years; $p < 0.001$). When considering the patients who received the first diagnosis of ASD in emergency care, the average age was $8.86 + 4.7$ years (mean + SD).

As for self-reported ethnicity, most patients with ASD were brown (76.0%), followed by whites (21.0%) and blacks (3.0%); a pattern that was also found in the compared population. When assessing the number of residents in the same household, 88.8% of patients diagnosed with ASD lived in a home with up to four people and 11.2% with more than four people, compared to 74.4% and 25.6% respectively in the group of patients who were not diagnosed with ASD (OR=2.72; CI95% 1,34-5,51; $p=0.004$).

Table 1 – Sociodemographics (continues)

	Presence of ASD, n(%)	Absence of ASD, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Sex					
Male	93 (83.0)	966 (62.2)	2.98	1.80-4.93	0.001
Female	19 (17.0)	588 (37.8)			
Age					
(Average + SD)	10.0 +- 4.0	12.9 +- 3.9		-	<0.001
Ethnicity *					
White	21 (21.0)	274 (19.0)	1.13	0.69-1.87	0.62
Brown	76 (76.0)	1061 (73.6)	1.14	0.71-1.83	0.60
Black	3 (3.0)	104 (7.2)	0.40	0.12-1.28	0.11
Asian	0 (0.0)	3 (0.2)	0.00	0.00-35.11	1.00
Inhabitants per household**					
Lives with 1 to 4 people	71 (88.8)	792 (74.4)	2.72	1.34-5.51	0.004
Lives with 4 people or more	9 (11.2)	273 (25.6)			
Education***					
Attends school	86 (87.8)	990 (79.8)	0.81	0.97-3.36	0.06
Does not attend school	12 (12.2)	250 (20.2)			

OD: Odds Ratio; IC95%: confidence interval 95%; SD: standard deviation.

The legal guardians of patients with ASD were mostly biological parents (53.3%), followed by the mother (34.4%) as the single guardian, as well as the population compared. The legal guardians of the other 12.3% ASD patients were distributed among relatives of one of the parents, adoptive parents or shelters.

The family history of ASD was not present in the medical records of 1109 patients. However, comparing the 39 patients with ASD to the 518 patients without ASD, whose data was in the medical record, it was found that 12.8% of the patients with autism spectrum disorder had at least one family member with this diagnosis, against 1.9% of the other patients, resulting in a $p < 0.001$.

With regards to the somatic comorbidities, a significant difference was found only when epilepsy was evaluated, which demonstrated a significantly higher prevalence in patients with ASD when compared to patients without ASD diagnosis (12.5% X 4.5%; OR= 3.03 ; CI95% 1.65-5.57 $p < 0.001$) (**Table 2**).

Table 2 - Somatic comorbidities (continues)

	Presence of ASD, n(%)	Absence of ASD, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Asthma					
Present	4 (3.6)	50 (3.2)	1.14	0.40-3.14	0.78
Absent	108 (96.4)	1504 (96.8)			
Epilepsy					
Present	14 (12.5)	70 (4.5)	3.03	1.65-5.57	<0,001
Absent	98 (87.5)	1484 (95.5)			
Birth Defects					
Present	4 (3.6)	19 (1.2)	2.99	0.73-9.22	0.06
Absent	108 (96.4)	1535 (98.8)			
Thyroidian alterations					
Present	0 (0.0)	14 (0.9)	0.00	0.00-4.21	0.62
Absent	112 (100)	1540 (99.1)			
Cardiopathies					
Present	1 (0.9)	9 (0.6)	1.55	0.04-11.33	0.50
Absent	111 (99.1)	1545 (99.4)			
Prematurity					
Present	0 (0.0)	5 (0.3)	0.00	0.00-15.45	1.00
Absent	112 (100)	1549 (99.7)			
Genetic Syndromes					
Present	2 (1.8)	14 (0.9)	2.00	0.45-8.91	0.29
Absent	110 (98.2)	1540 (99.1)			

Table 2 - Somatic comorbidities (conclusion)

Ophthalmic abnormalities					
Present	2 (1.8)	14 (0.9)	2.00	0.45-8.91	0.29
Absent	110 (98.2)	1540 (99.1)			

OD: Odds Ratio; IC95%: confidence interval 95%.

Information on neuropsychomotor development was found in 80 records of patients with ASD and 738 of patients without ASD. The patients with ASD were more likely to report delay in neuropsychomotor development compared to patients without ASD (78.7% x 34.0%, respectively, $p < 0.001$).

Regarding the psychiatric history, there was a statistically significant difference in two variables: in the presence of depressive disorder, which was lower in patients with ASD compared to patients without ASD (4.5% X 10.8%, $p = 0.03$); and in the presence of intellectual disability, which was more prevalent in patients with ASD in relation to the rest of the sample (19.6% X 6.1%, $p < 0.001$) (**Table 3**).

Table 3 - Previous Psychiatric Comorbidities (continues)

	Presence of ASD, n(%)	Absence of ASD, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Major Depression Disorder					
Present	5 (4.5)	168 (10.8)	0.39	0.16-0.96	0.03
Absent	107 (95.5)	1386 (89.2)			
Bipolar Spectrum disorder					
Present	0 (0.0)	34 (2.2)	0.00	0.00-1.58	0.17
Absent	112 (100)	1520 (97.8)			
Unspecified mood disorders					
Present	1 (0.9)	23 (1.5)	0.60	0.08-4.48	0.99
Absent	111 (99.1)	1531 (98.5)			
Unspecified non-organic psychosis					
Present	2 (1.8)	44 (2.8)	0.62	0.07-2.44	0.77
Absent	110 (98.2)	1510 (97.2)			
Acute and transient psychotic disorders					
Present	1 (0.9)	21 (1.4)	0.65	0.09-4.93	0.99
Absent	111 (99.1)	1533 (98.6)			
Schizophrenia					
Present	2 (1.8)	34 (2.2)	0.81	0.19-3.43	0.99
Absent	110 (98.2)	1520 (97.8)			

Table 3 - Previous Psychiatric Comorbidities (continues)

	Presence of ASD, n(%)	Absence of ASD, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Anxiety Disorders					
Present	3 (2.7)	28 (1.8)	1.50	0.45-5.01	0.46
Absent	109 (97.3)	1526 (98.2)			
Acute stress and/or adjustment disorder					
Present	1 (0.9)	31 (2.0)	0.44	0.01-2.71	0.72
Absent	111 (99.1)	1523 (98.0)			
Dissociative Conversion Disorders					
Present	0 (0.0)	10 (0.6)	0.00	0.00-6.24	1.00
Absent	112 (100)	1544 (99.4)			
Obsessive-compulsive Disorder					
Present	1 (0.9)	8 (0.5)	1.74	0.04-13.18	0.47
Absent	111 (99.1)	1546 (99.5)			
Attention Deficit Hyperactivity Disorder					
Present	10 (8.9)	159 (10.2)	0.86	0.39-1.69	0.66
Absent	102 (91.1)	1395 (89.8)			

Table 3 - Previous Psychiatric Comorbidities (conclusion)

	Presence of ASD, n(%)	Absence of ASD, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Oppositional Defiant Disorder					
Present	0 (0.0)	44 (2.8)	0.00	0.00-1.20	0.07
Absent	112 (100)	1510 (97.2)			
Mixed disorders of conduct and emotions					
Present	1 (0.9)	24 (1.5)	0.57	0.01-3.59	1.00
Absent	111 (99.1)	1530 (98.5)			
Substance Abuse Disorder					
Present	0 (0.0)	53 (3.4)	0.00	0.00-0.98	0.05
Absent	112 (100)	1501 (96.6)			
Intellectual Disability					
Present	22 (19.6)	95 (6.1)	3.75	2.25-6.25	<0.001
Absent	90 (80.4)	1459 (93.9)			
Learning disabilities					
Present	3 (2.7)	21 (1.4)	2.01	0.38-6.88	0.22
Absent	109 (97.3)	1533 (98.6)			

OR: odds ratio; CI 95%: confidence interval.

According to health records, from a total of 2251 consultations, 144 consultations (6.4%) were directed to patients with autism spectrum disorder. All the 144 consultations were admitted by a mental health professional: 42 (29.2%) did not need psychiatric attention, but 102 (70.8%) needed medical care in addition to the care already provided by the professional of the multidisciplinary team.

As shown in table 4, there was a higher prevalence of complaints such as agitation (OR=2.11, $p < 0.001$), aggressiveness (OR=1.48, $p = 0.02$), irritability (OR=1.53, $p = 0.02$) and isolation (OR=1.69, $p = 0.03$) in patients diagnosed with autism spectrum disorder, when compared to the other patients in the sample. On the other hand, the group of patients with complaints of suicide attempts (OR=0.21; $p < 0.001$), suicidal ideation (OR=0.041; $p = 0.008$), self-mutilation (OR=0.00; $p < 0.001$), depression/sadness (OR=0.18; $p < 0.001$), anxiety (OR=0.22; $p < 0.001$), hallucinations (0.41; $p = 0.009$), psychoactive substance use (OR=0.03, $p < 0.001$) and mood lability (0.18, $p = 0.003$) were less likely to have an autism diagnosis at the emergency department.

Table 4 - Main complaints of patients diagnosed with ASD and not diagnosed with ASD (continues)

	Presence of ASD, n(%)	Absence of ASD, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Suicide attempts					
Present	5 (3.5)	311 (14.8)	0.21	0.08 – 0.51	<0.001
Absent	139 (96.5)	1796 (85.2)			
Suicidal ideation					
Present	9 (6.2)	297 (14.1)	0.41	0.25 – 0.81	0.008
Absent	135 (93.8)	1810 (85.9)			
Self mutilation					
Present	0 (0.0)	327 (15.5)	0.00	0.00 – 0.14	<0.001
Absent	144 (100)	1780 (84.5)			
Depression/sadness					
Present	6 (4.2)	417 (19.8)	0.18	0.08 – 0.40	<0.001
Absent	138 (95.8)	1690 (80.2)			
Anxiety					
Present	5 (3.5)	298 (14.1)	0.22	0.09 – 0.54	<0.001
Absent	139 (96.5)	1809 (85.9)			
Agitation					
Present	84 (58.3)	840 (39.9)	2.11	1.50 – 2.97	<0.001
Absent	60 (41.7)	1267 (60.1)			
Aggressiveness					
Present	69 (47.9)	807 (38.3)	1.48	1.06 – 2.08	0.02
Absent	75 (52.1)	1300 (61.7)			
Hallucinations					
Present	9 (6.2)	294 (14.0)	0.41	0.21 – 0.82	0.009
Absent	135 (93.8)	1813 (86.0)			

Table 4 - Main complaints of patients diagnosed with ASD and not diagnosed with ASD (continues)

	Presence of ASD, n(%)	Absence of ASD, n(%)	OR	CI 95%	p-value
Delusions					
Present	9 (6.2)	184 (8.7)	0.70	0.35 – 1.39	0.30
Absent	135 (93.8)	1923 (91.3)			
Academic underachievement					
Present	33 (22.9)	470 (22.3)	1.04	0.69 – 1.55	0.87
Absent	111 (77.1)	1637 (77.7)			
Attention deficits					
Present	18 (12.5)	302 (14.3)	0.85	0.51 – 1.42	0.54
Absent	126 (87.5)	1805 (85.7)			
Irritability					
Present	53 (36.8)	580 (27.5)	1.53	1.08 – 2.18	0.02
Absent	91 (63.2)	1527 (72.5)			
Disobedience					
Present	21 (14.6)	413 (19.6)	0.70	0.44 – 1.13	0.14
Absent	123 (85.4)	1694 (80.4)			
Psychoactive substances usage					
Present	1 (0.7)	399 (18.9)	0.03	0.00 – 0.17	<0.001
Absent	143 (99.3)	1708 (81.1)			
Isolative behavior					
Present	27 (18.8)	253 (12.0)	1.69	1.09 – 2.62	0.03
Absent	117 (81.2)	1854 (88.0)			

Table 4 - Main complaints of patients diagnosed with ASD and not diagnosed with ASD (conclusion)

	Presence of ASD, n(%)	Absence of ASD, n(%)	R	CI 95%	p-value
Mood lability					
Present	2 (1.4)	153 (7.3)	0.18	0.02 – 0.67	0.003
Absent	142 (98.6)	1954 (92.7)			

OR: odds ratio; CI 95%: confidence interval

DISCUSSION

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE

The current study further highlights a notable predominance of males among autistic individuals, aligning with existing literature indicating a higher frequency of autism diagnosis in males compared to females. This observed male-to-female ratio, which stands above 4:1, mirrors the ratio identified in our research. However, this parity prevents us from establishing a conclusive link between sex and severity, as the ratio in an urgent care setting aligns with that of population-based studies^{7,8}. On the other hand, the discourse surrounding the underdiagnosis of autism in women is widespread⁹. Within a sample of 112 individuals with autism, the study identified only 19 (17.0%) female patients. Nevertheless, discussing the matter of underdiagnosis becomes complex in urgent scenarios, where clinical interviews appear to be quicker and briefer.

The average age of patients diagnosed with ASD was lower when compared to other patients seen in this department (10.0 ± 4.0 years X 12.9 ± 3.9 years). These children manifest symptoms since the first years of life, so the severe cases will present early disruptive symptoms that might result in a search for help. Moreover, accounts exist regarding the evolution of symptoms and functionality over the lifespan, with the possibility of enhanced communication skills¹⁰. This potential enhancement in functionality could

potentially warrant a reduction in the reliance on psychiatric emergency services over the course of individuals' lives who have ASD.

An important point is the fact a relevant fraction of these children had late diagnosis and in a unapropriated condition. The study highlights that 26 (23.21%) children were initially diagnosed within an urgent context, with an average age of 8.86 ± 4.7 year. This contrasts with the average age at diagnosis reported in the literature, which ranges from 2 to 5 years^{7,11}. The researchers hypothesized that this could be a consequence of restricted access to specialized care, which is a common situation in smaller cities¹². Consequently, the lack of health assess might be a problem to learn and better control the disruptive behaviors. As a result, the timely identification and approach to autism, initially intended for the early stages of one's life, ultimately occur during moments of crisis within emergency services.

The study also demonstrated that proportion of patients with ASD living in households with up to four people was significantly higher than in patients without an ASD diagnosis. However, the literature does not provide any data that could sufficiently substantiate the manifestation of this dissimilarity. Furthermore, this research did not gather any additional sociodemographic data that might exert an influence on this outcome, such as socioeconomic status.

FAMILY HISTORY

The study reveals that 12.8% of individuals diagnosed with ASD exhibited a familial presence of the same diagnosis, indicating a sixfold augmented risk compared to individuals without ASD. The literature extensively delineates the genetic underpinnings of the disorder's pathophysiology, alongside the documented increased prevalence of ASD within familial contexts⁷.

SOMATIC COMORBIDITIES

The sample of patients receiving an ASD diagnosis exhibits a heightened likelihood of concurrent epilepsy diagnosis compared to the remaining patient (12.5% X 4.5%, OR 3.03, 95%CI 1.65 – 5.57, $p < 0.001$). This is in line of

literature data that the occurrence of epilepsy diagnoses in individuals with ASD ranges from 6% to 30%^{4, 7, 11}.

In addition, 78.7% of ASD group exhibited delays in some milestone of neuropsychomotor development. Given the neurodevelopmental nature of ASD, this outcome was anticipated and aligns coherently with the established body of literature^{4, 7, 11}. The prevalent delay primarily observed in linguistic and social communication domains constitutes a common clinical manifestation within the ASD and occasionally, it provides the reason for seeking specialized care⁵.

PSYCHIATRIC COMORBIDITIES

Individuals diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) exhibited an elevated likelihood of concurrent comorbidity with intellectual impairment compared to the non-ASD group. Although the concurrence of intellectual deficits with ASD is well-documented in the literature, the prevalence within the context of this specific service was noted in 19.6% of cases. This rate represents a reduced occurrence compared to the prevalence rates ranging from 33% to 45% reported in the existing scholarly literature⁷.

ADHD, often considered a concurrent condition with ASD, was found to coexist in only 8.9% of individuals diagnosed with ASD within this study. In contrast, literature reports consistently suggest higher prevalence rates, typically ranging between 30% and 50%¹³. However, a similar prevalence was found among non-ASD patients¹⁴.

CLINICAL PROFILE

The predominant complaints reported by the group of ASD patients or during emergency care were agitation (58.3%), aggressiveness (47.9%), and irritability (36.2%). Among children with ASD seeking urgent psychiatric care, externalizing disorders have been noted in various studies as the predominant issues. These disorders encompass symptoms such as agitation, aggression, and irritability^{15, 16}. The manifestation of adaptive challenges and heightened responsiveness to stimuli can manifest as externalizing behaviors following disruptions in routine, shifts in environment, or underlying medical conditions. It

is crucial to highlight that the emergency room itself has the capacity to intensify and even trigger these symptoms². Isolation and school difficulties were two symptoms reported in the ASD group that are quite unexpected to bring someone to the emergency room. As previously stated, individuals with ASD can encounter issues with social cognition, and in instances of differing levels of severity, social isolation may surface as a concern raised by the family¹.

A total of 22.9% in ASD and 22.3% in non-ASD group reported experiencing challenges in the school setting. Multiple mental disorders, encompassing ADHD, ASD, anxiety disorders, and depressive disorders, have been linked to an augmented susceptibility to learning difficulties. This connection might potentially offer an explanation for the noted phenomena¹⁷.

Lastly, it is noteworthy to acknowledge that 6.2% of individuals with ASD presented complaints of self-destructive ideation, delirium, and/or hallucinations. This frequency is comparably lower than what is observed in the non-ASD group. Nevertheless, this data underscores the imperative to thoroughly scrutinize such complaints within the ASD population, probing beyond conventional symptoms.

STUDY LIMITATIONS

The data extracted from the medical records was acquired through brief interviews with parents or legal guardians, often under less than ideal conditions due to the stressful nature and emergency medical setting of the encounter. This context potentially played a role in overlooking or excluding some information that could have implications for the overarching outcomes of the study.

Notwithstanding the inherent limitations, our study contributes vital insights into the dynamics of patients with ASD within emergency departments. Moreover, it is pertinent to highlight that investigation in the existing literature that address urgent care situations are also often reliant on record analyses, primarily due to the distinctive nature of such medical care settings the unique characteristics inherent to medical care settings of an urgent nature.

CONCLUSION

The study presents data that unveils inherent weaknesses within the healthcare system concerning the management of patients with Autism Spectrum Disorder (ASD). It substantially underscores the imperative to deliberate on the formulation of public policies capable of encompassing the broader population without necessitating reliance on specialized services. This strategic direction aims to expedite the diagnosis and early intervention for such patients while concurrently providing comprehensive family support.

Furthermore, it is crucial to recognize that the preparation for managing disruptive symptoms extends not only to autistic patients and their caregivers but also encompasses health professionals within primary care. These professionals should be equipped with appropriate instruction pertaining to the recognition and management of such symptoms.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Autism spectrum disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
2. McGonigle JJ, Venkat A, Beresford C, Campbell TP, Gabriels RL. Management of Agitation in Individuals with Autism Spectrum Disorders in the Emergency Department. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2013; 23(1), 83–95.
3. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(8), 921–929
4. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism Spectrum Disorder. *The Lancet*. 2018; 392, 508-520.

5. Weissman L, Bridgemohan C. Autism spectrum disorder: Clinical features. UpToDate.2020.
6. Weissman L, Bridgemohan C. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Overview of management. UpToDate.2019.
7. Weissman L, Bridgemohan C. Autism spectrum disorder: Terminology, epidemiology, and pathogenesis. UpToDate. 2019.
8. Rocha CC, Souza SMV, Costa AF, Portes JRM. O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. *Physis*. 2019; 29, 4.
9. Bargiela S, Steward R, Mandy W. The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *J Autism Dev Disord*.2016; 46, 3281-3294
- 10.Ratto AB, Mesibov GB. Autism spectrum disorders in adolescence and adulthood: Long-term outcomes and relevant issues for treatment and research. *Sci China Life Sci*. 2015; 58(10), 1010-1015.
- 11.Espinosa E, Mera P, Toledo D. Trastorno del espectro autista: Caracterización clínica en pacientes de dos centros de referencia en Bogotá, Colombia. *Rev.fac.med*. 2018; 26(1), 34-44.
- 12.Resende, A. Z., & Volpe, F. M. (2021). A disparidade entre a demanda e a oferta de psiquiatras da infância e adolescência em minas gerais. In RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde (Vol. 18, Issue 4, pp. 1–13). <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i4.7286>.
- 13.Leitner Y.. The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children - what do we know?.*Front Hum Neurosci*. 2014; 8, 268.

14. Gandra ALS, Campos AMFS, Chaves APMC, Machado MCL, Vaz-Tostes JP, Cunha LR. Perfil de pacientes atendidos em um serviço de urgência em Psiquiatria da Infância e Adolescência de Belo Horizonte. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*. 2020; 4(2): 1-6.
15. Kalb LG, Stuart EA, Freedman B, Zablotsky B, Vasa R. Psychiatric-related emergency department visits among children with an autism spectrum disorder. *Pediatr Emerg Care*. 2012; 28(12), 1269-1276.
16. Hess ARB, Falcke D. Sintomas internalizantes na adolescência e as relações familiares: uma revisão sistemática da literatura. *Psico-USF*. 2013; 18(2), 263-276.
17. von Hahn LE. Specific learning disabilities in children: Clinical features. *UpToDate*. 2019.

5.3. ARTIGO 3

Uso de substâncias psicoativas em Serviço de Urgência em Psiquiatria da Infância e Adolescência de Belo Horizonte

Psychoactive substance use at an Emergency Department in Childhood and Adolescence Psychiatry service in Belo Horizonte

Amanda Carvalho Mitre Chaves¹, Ana Clara Brant Moreira Ferreira¹, Ana Maria Soares Lacerda¹, Marina Sad Navarro¹, Gabriela Peixoto Campos¹, Julia Passini Vaz-Tostes¹, Ana Luisa Souto Gandra¹, Ana Maria Fidelis Silva Campos¹, Luciana Rodrigues da Cunha², Maria Carolina Lobato Machado².
Uso de substâncias psicoativas em Serviço de Urgência em Psiquiatria da Infância e Adolescência de Belo Horizonte / Psychoactive substance use at an Emergency Department in Childhood and Adolescence Psychiatry Service in Belo Horizonte. Rev Med (São Paulo). 2020 jul.-ago.;99(4):342-9.1.

<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i4p342-349>

RESUMO:

INTRODUÇÃO: O uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas por crianças e adolescentes é um problema de saúde pública que assume importância cada vez maior em todo o mundo. O aumento da prevalência do uso dessas substâncias foi acompanhado por maiores níveis de ansiedade, sintomas depressivos e outros transtornos psiquiátricos, além de aumento nas taxas de violência e mortalidade.

OBJETIVO: Analisar a prevalência de atendimentos por uso de drogas em um Serviço de Urgência em Psiquiatria da Infância e Adolescência de Belo Horizonte, bem como determinar o perfil sociodemográfico desses pacientes.

METODOLOGIA: Trata-se de estudo transversal realizado por meio de revisão de prontuários de pacientes que procuraram um serviço de urgência em saúde mental infantil durante o período de um ano. A análise comparativa das variáveis categóricas foi feita pelo teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Foi utilizado o teste t de Student de amostras independentes para a variável contínua.

RESULTADOS: Foram coletados dados de 2255 atendimentos. A prevalência do uso de substâncias psicoativas encontrada foi de 17,7% da amostra. A droga mais utilizada foi a maconha (14,1%), seguida por cocaína (7%), álcool (5,7%), tabaco (4,2%), solventes e inalantes (3,6%) e crack (1,7%). Foi observado maior consumo em homens, faixa etária 15-17 anos e etnia parda.

CONCLUSÃO: Foi observada significativa prevalência no uso de drogas entre crianças e adolescentes. É possível presumir que a real prevalência seja maior, uma vez que se acredita que a porcentagem real de jovens que utilizam essas substâncias é maior que a parcela que chega ao serviço de urgência. Os resultados encontrados demonstram uma necessidade de reforçar estratégias de intervenções preventivas para essa população.

DESCRITORES: Adolescente; Criança; Saúde mental; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: The use of alcohol, tobacco and illicit drugs by children and teenagers is a growing public health problem worldwide. The increased prevalence of substance use was associated with higher rates of anxiety, depressive symptoms and other psychiatric disorders, as well as a rise in mortality and violence rates.

OBJECTIVE: To analyze the prevalence of drug-related care at a Childhood and Adolescent Psychiatric Emergency Department in Belo Horizonte and to determine the sociodemographic profile of these patients.

METHODS: This is a cross-sectional study conducted through the review of medical records of patients who sought an emergency service of child mental health during the period of one year. A comparative analysis of strategic variables was performed using Pearson's square test of Fisher's exact test. Student's T Test was used for continuous variable.

RESULTS: Data from 2255 medical records were assessed. A prevalence of psychoactive substance use of 17.7% of the appointments was found. The most used drug was marijuana (14.1%), followed by cocaine (7%), alcohol (5.7%), tobacco (4.2%), solvents and inhalants (3.6%) and crack (1.7%). Higher consumption was observed in men, age 15-17 years and brown ethnicity.

CONCLUSIONS: A significant prevalence of drug use was observed among child and adolescents. It is possible to assume that the real prevalence is even higher, since it is believed that the real percentage of young people who use these substances is greater than the portion that arrives at emergency service. The results of this study demonstrate a necessity of reinforcing preventive intervention strategies for this population.

KEYWORDS: Adolescent; Child; Mental health; Substance-related disorders.

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPAS) é difundido e endêmico entre adolescentes¹. Nos Estados Unidos, quase metade dos adolescentes já experimentou uma droga ilícita e mais de 80% já utilizou álcool¹. Muitos sofrem consequências negativas sociais, na saúde física e emocional, como sentimentos de tristeza, solidão, insônia e ideação suicida^{1,2}.

Estudos brasileiros revelam que a prevalência de crianças e adolescentes que já consumiram álcool é de aproximadamente 60%, e que 25,5% já utilizaram outras drogas diferentes de álcool e tabaco^{2,3}. São sugeridos alguns fatores associados, como o uso de substâncias por familiares e amigos, pobreza, violência comunitária e/ou escolar, uso de drogas e/ou álcool pelos pais, exposição a drogas e/ou álcool intrauterinos, conflito conjugal, disfunção familiar e/ou ambiente familiar perturbado, maus-tratos, abuso infantil, e alguns fatores individuais como irritabilidade, dificuldades motoras, de linguagem e cognitivas e comportamento agressivo precoce^{1,2}.

Como consequência, há relatos de altas taxas de transtornos mentais concomitantes ao uso (61 a 88%) entre adolescentes de 13 a 18 anos, como transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade e esquizofrenia¹. McCardle⁴ corrobora, de certa forma, essa estatística quando relata que o aumento da prevalência do uso de drogas ocorreu em paralelo com o aumento das taxas de ansiedade e sintomas depressivos e de mortes relacionadas ao uso indevido de substâncias. Ademais, conclui que os transtornos por uso de substâncias são potencialmente tratáveis e devem ser gerenciados como doenças crônicas recidivantes de origem complexa⁴.

Além disso, o uso de drogas está relacionado ao aumento dos níveis de violência urbana, como homicídios, agressões e acidentes de trânsito, e também no ambiente familiar, caracterizando a violência doméstica⁵. Estudo realizado na cidade de Belo Horizonte revelou que, de 2000 a 2009, cerca de 30% dos óbitos por homicídio na população residente em Belo Horizonte apresentaram álcool, maconha, cocaína ou crack no exame post mortem⁶. Assim, o prejuízo provocado pelo uso de substâncias não envolve somente o

indivíduo, mas também traz consequências danosas em outros ambientes frequentados como trabalho, escola e meio social no geral.

Dessa forma, destaca-se a importância de se conhecer o perfil da população sob risco visando traçar estratégias de prevenção e intervenção precoces e buscando minimizar riscos relacionados à saúde do usuário e de todos os envolvidos, bem como questões socioeconômicas consequentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento

Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado por meio de dados de prontuários de pacientes atendidos na urgência de um Serviço de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Belo Horizonte. É um braço do estudo intitulado “Perfil de pacientes atendidos em um serviço de urgência em psiquiatria da infância e adolescência da cidade de Belo Horizonte”, com foco nos atendimentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Amostra

Foram avaliados todos os atendimentos na urgência desse serviço no período compreendido entre 01 de junho de 2017 a 31 de maio de 2018 em busca de dados de atendimentos relacionados a uso de drogas, ou seja, em que o uso da substância tenha sido referido, pelo paciente ou responsável, como um dos motivos de busca de atendimento na urgência. Dessa forma, não foi utilizado cálculo amostral, sendo a amostra final composta pelos 2255 atendimentos ocorridos no período. A coleta de dados seguiu o roteiro do projeto original e, identificados os atendimentos de interesse para o estudo atual, foi feita a análise do perfil. Foram excluídos da pesquisa os prontuários que apresentavam dados ilegíveis.

Instrumentos

Para guiar a coleta de dados dos prontuários, foi utilizado um roteiro, elaborado pelos autores, para coleta de informações a respeito de dados sociodemográficos, história prévia ou atual de outro transtorno psiquiátrico, além de história do uso de substâncias. Todos os dados foram obtidos por meio de avaliação dos prontuários registrados por profissionais da área da saúde mental infanto-juvenil. O sexo e a idade foram coletados da ficha cadastral no prontuário que é feita com base nos documentos do paciente. Somente os diagnósticos psiquiátricos realizados pelos próprios especialistas do centro em questão foram incluídos na análise.

Procedimentos

A coleta de dados foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os princípios de ética foram respeitados e estão de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado dia 01 de junho de 2018, sendo o número do parecer 2.687.203 e CAAE 83419717.0.0000.5134.

O estudo foi conduzido no Centro Psíquico da Infância e Adolescência (CEPAI), instituição que presta atendimento multiprofissional em saúde mental da infância e adolescência, nos níveis secundário e terciário, para a população municipal e estadual. Assim, há atendimentos nas modalidades de ambulatório, hospital dia, internação e atendimento de urgência 24 horas. A porta de entrada dos pacientes no serviço é pelo acolhimento e/ou pelo atendimento psiquiátrico de urgência. A partir daí, é definida a modalidade de atendimento dos usuários no serviço e, após estabilização do quadro clínico, a equipe inicia o processo de transferência de cuidados para o território conforme preconizado no SUS.

Para a análise de dados, foi considerado como uso de substâncias psicoativas (SPA) a declaração de uso registrada no prontuário como uma das queixas relacionadas ao motivo da busca pelo atendimento. Para a definição de drogas e substâncias psicoativas, foi utilizada como referência a orientação da OMS⁷: droga é qualquer substância que altera os processamentos bioquímicos ou fisiológicos dos tecidos ou organismos. No entanto, o termo é

comumente usado para se referir às drogas psicoativas, ou seja, aquelas que interferem no psiquismo. As drogas lícitas são substâncias que podem causar dependência, mas são comercializadas legalmente (podendo haver restrição de uso). Já as drogas ilícitas não podem ser produzidas, fabricadas, adquiridas, comercializadas, fornecidas ou armazenadas por lei e, no Brasil, estão numeradas na Lista de Substâncias Sujeitas a Controle Especial da ANVISA⁸. As substâncias consideradas na avaliação foram álcool, maconha, cocaína, tabaco, crack, solventes e inalantes. Demais drogas ilícitas foram incluídas na categoria “outras SPA”.

A análise de prontuários foi feita manualmente por meio da avaliação de arquivos físicos e online na plataforma da instituição e os dados foram tabulados para a análise de dados.

Análise estatística

A análise de caracterização dos dados foi feita com base nas frequências absolutas e porcentagens para as variáveis categóricas. Para as variáveis contínuas, foi utilizado o cálculo de média e desvio-padrão. A análise comparativa das variáveis categóricas foi feita pelo teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, quando apropriado. Para as variáveis contínuas, foi utilizado o teste t de Student de amostras independentes. A análise estatística foi feita no Statistical Package for Social Sciences [SPSS (IBM, Estados Unidos)] versão 20.0. O nível de significância considerado para todas as análises foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foi obtida uma amostra composta por 2255 atendimentos, sendo 62,7% do sexo masculino e 37,3% do sexo feminino, média de idade 13.0 ± 3.8 . Foi relatado uso de alguma substância psicoativa (SPA) em 400 atendimentos (17,7%). A droga mais relatada foi a maconha (14,1%), seguida por cocaína (7%), álcool (5,7%), tabaco (4,2%), solventes e inalantes (3,6%) e crack (1,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência de uso de SPA nos jovens atendidos no serviço de urgência

Uso de SPA	N (%)
Uso de Maconha	
Sim	318 (14.1)
Não	1937 (85.9)
Uso de Solventes e Inalantes	
Sim	81 (3.6)
Não	2174 (96.4)
Uso de Crack	
Sim	39 (1.7)
Não	2216 (98.3)
Uso de Cocaína	
Sim	157 (7.0)
Não	2098 (93.0)
Uso de Álcool	
Sim	129 (5.7)
Não	2126 (94.3)
Uso de Tabaco	
Sim	95 (4.2)
Não	2160 (95.8)
Uso de outros SPA	
Sim	30 (1.3)
Não	2225 (98.7)

O uso foi predominante no sexo masculino (70,2%) (Figura 1). Entre todos os meninos avaliados, 20% possuíam relato de consumo de SPA, enquanto entre as meninas a proporção foi de 14%. A média de idade dos indivíduos que usam SPA é 15.5 ± 1.7 e a faixa etária de maior consumo é 15-17 anos (75,5%), seguida por idade igual ou menor a 14 anos (23,8%) (Tabela 2). Dentre todos os atendimentos, os pacientes usuários de SPA correspondem a 29,2% dos indivíduos na faixa etária de 15-17 anos, em contraste com 7,8% dos pacientes com 14 anos ou menos ($p < 0,001$).

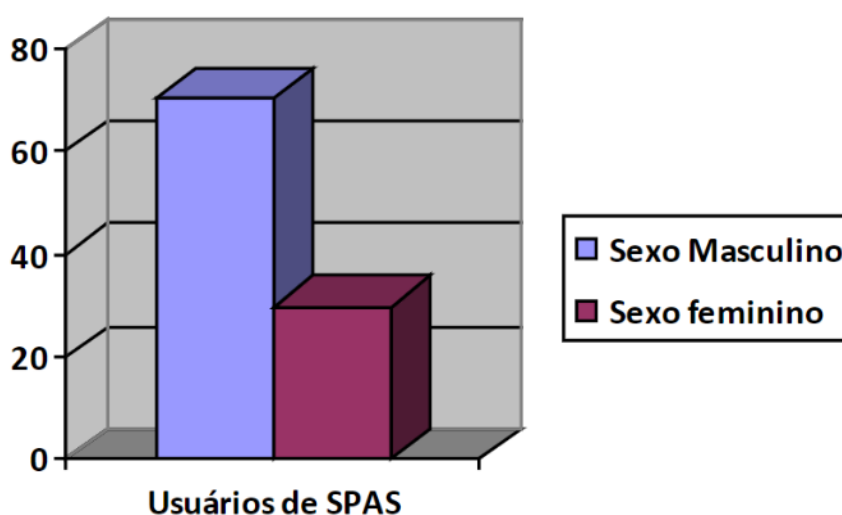


Figura 1 - Distribuição dos usuários de SPA de acordo com o sexo

Tabela 2 - Frequência de uso de SPA por idade

Idade codificada	n (%)
≤ 14 anos	95 (23.8)
15-17 anos	302 (75.5)
≥ 18 anos	03 (0.7)
Idade (anos)	15.5 ± 1.7

a, média ± desvio padrão.

* a idade máxima: 20 anos

Quanto à etnia, foi possível observar que o uso de SPA apresentou diferença entre os grupos apenas na raça branca, que foi associada a menor frequência de uso (16,1% x 21,1%; $p= 0,03$). A Tabela 3 detalha o padrão de uso por etnia.

Tabela 3 - Análise do perfil étnico dos pacientes usuários e não usuários de SPA

Etnia	Uso de SPA presente n(%)	Uso de SPA ausente n(%)	P
Branco	61 (16,1)	362 (21,1)	0,03
Pardo	281 (74,1)	1228 (71,6)	0,33
Negro	37 (9,8)	121 (7,1)	0,07
Amarelo	0 (0,0)	03 (100)	1

O teste X² de Pearson assintótico ou o teste exato de Fisher foi utilizado para comparar as variáveis categóricas conforme apropriado.

Quanto aos responsáveis pelos menores, observou-se que a maior parte dos indivíduos que utilizam SPA possui apenas a mãe como responsável (31,4%), seguida por pais biológicos (28,4%) e adolescentes que estavam cumprindo alguma medida socioeducativa (24,8%). Em contraste, pacientes que não utilizam SPA possuem, em sua maior parte, ambos os pais biológicos como responsáveis (42,6%) ou apenas mãe (32,2%). Além disso, quando comparados os grupos em uso e sem uso de SPA, houve menor declaração de uso de SPA entre os que tinham como responsáveis os pais biológicos e os que não estavam em medida socioeducativa (28,4 x 42,6%, $p < 0,001$ e 24,8% x 7,4% $p < 0,001$, respectivamente).

Com relação à presença de distúrbios psiquiátricos, 87% dos indivíduos que utilizam SPA possuem algum diagnóstico psiquiátrico, enquanto esse valor cai para 57,1% ao analisar os que não fazem uso ($p < 0,001$). A relação entre o uso de SPA e a presença de distúrbios psiquiátricos pode ser verificada na Tabela 4.

Quanto à frequência escolar, foi notado que apenas 47,9% dos usuários de SPA frequentavam a escola no período de realização dos atendimentos, contra 84,6% dos não usuários (Figura 2).

Tabela 4 - Relação entre uso de SPA e presença de distúrbios psiquiátricos

Presença de distúrbios psiquiátricos	Uso de SPA	Uso de SPA	P
	presente n (%)*	ausente n (%)*	
Depressão	92 (23.0)	320 (17.3)	0.007
Transtorno afetivo bipolar	10 (2.5)	31 (1.7)	0.26
Transtornos afetivos não especificados	23 (5.8)	60 (3.2)	0.02
Psicose não orgânica não especificada	30 (7.5)	75 (4.0)	0.003
Transtornos psicóticos agudos e transitórios	27 (6.8)	72 (3.9)	0.01
Esquizofrenia	12 (3.0)	47 (2.5)	0.60
Ansiedade	03 (0.8)	54 (2.9)	0.008
Reações ao estresse	29 (7.2)	82 (4.4)	0.02
Transtornos dissociativos	04 (1.0)	34 (1.8)	0.29
Transtorno obsessivo compulsivo	02 (0.5)	07 (0.4)	0.67
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade	13 (3.2)	77 (4.2)	0.40
Transtorno desafiador de oposição	09 (2.2)	44 (2.4)	0.88
Outros transtornos de conduta	63 (15.8)	96 (5.2)	<0.001
Transtornos mistos de conduta e das emoções	15 (3.8)	48 (2.6)	0.20
Déficit intelectualivo (Retardo Mental)	27 (6.8)	170 (9.2)	0.12
Transtornos globais do desenvolvimento	01 (0.2)	78 (4.2)	<0.001
Transtorno de habilidades escolares	01 (0.2)	03 (0.2)	0.54

* Porcentagem de pacientes que possuem a doença entre todos (n=400) os que utilizam SPA.

** Porcentagem de pacientes que possuem a doença entre todos (n=1855) os que não utilizam SPA.

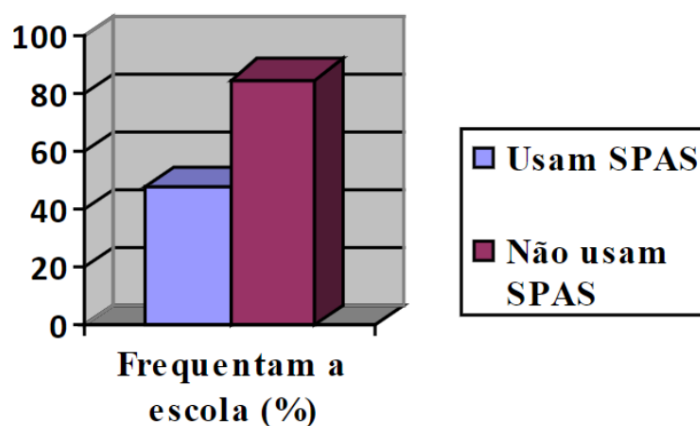


Figura 2 - Porcentagem de jovens usuários e não usuários de drogas que frequentam a escola.

DISCUSSÃO

Observa-se que, na amostra, o perfil de uso de SPA por sexo e faixa etária foi semelhante ao encontrado por Silva et al.⁹, que avaliou esse uso entre estudantes do ensino médio, sendo mais frequente em indivíduos do sexo masculino com idade entre 16 e 17 anos. É importante ressaltar que, na instituição avaliada, os pacientes são encaminhados a outros serviços quando completam dezoito anos, o que justifica a pequena porcentagem de usuários a partir dessa idade. O estudo não avaliou a quantidade e a frequência utilizada, mas somente o uso declarado como queixa no acolhimento/atendimento de urgência. Dessa forma, muitos dos usuários que procuraram o serviço por outro motivo não foram identificados.

No que se refere ao sexo, os meninos apresentaram maior prevalência de uso que as meninas. Nesse quesito, a literatura é variável, com alguns estudos demonstrando inexistência de diferença entre os sexos^{2,10}, outros observando maior prevalência no sexo masculino^{11,12} e estudo recente realizado no Brasil revelou maior prevalência em meninas¹³. Uma hipótese levantada é o fato do uso de álcool ser culturalmente mais aceito no sexo masculino, sendo que, nos últimos anos, há relatos de que o comportamento feminino em relação ao uso de substâncias lícitas e ilícitas está se tornando bastante semelhante ao dos homens¹⁰. Quanto à etnia, foi observada relação

inversa de uso com a raça branca, o que pode estar relacionado às diferenças socioeconômicas encontradas no país, uma vez que o uso de substâncias parece estar relacionado com o grau de marginalização da população¹³. Esse resultado contrasta com estudos encontrados, sendo que outros autores brasileiros não observaram diferença entre as diferentes etnias^{2,14,15}.

Foi identificada prevalência de 17,7% de atendimentos onde houve relato de uso de SPA, sendo observado uso de maconha (14%), cocaína (7%), álcool (5,7%), tabaco (4,2%), solventes e inalantes (3,6%) e crack (1,7%). O uso de álcool e tabaco contrasta com a maior parte dos estudos encontrados, tanto brasileiros quanto estrangeiros, que observam consumo consideravelmente maior. Bertoni et al.¹⁶, em estudo realizado em Minas Gerais, observou prevalência de uso de álcool em jovens de 10 a 19 anos de 45,9% e tabaco 23%. Silva et al.⁹, em São José do Rio Preto (SP), observaram frequência de uso de álcool de 77% e tabaco 28%. Elicker et al.¹⁵, em Porto Velho (RO), observou prevalência de 24% para álcool e 6,4% de tabaco em população de 05 a 18 anos. Lopes et al.¹¹ afirmam que o álcool é a droga mais utilizada no Brasil, dado que corrobora o encontrado em outros países^{17,18}, contrastando com os achados do presente estudo, em que a droga ocupa terceiro lugar em frequência de uso. Essa diferença pode estar relacionada ao fato dos dados terem sido obtidos através de análise de prontuário de atendimentos de urgência, onde a anamnese costuma ser mais objetiva, em contraste com os demais estudos que foram realizados em escolas e os alunos foram questionados especificamente sobre o uso de drogas. Assim, não é possível saber, por exemplo, se durante o atendimento do plantão não foi investigado o uso dessas substâncias. Ademais, a faixa etária do presente estudo é mais ampla, abrangendo também crianças pequenas, onde, geralmente, não se faz tal investigação.

Quanto ao uso de maconha, o estudo encontrou prevalência semelhante à encontrada por Silva et al.⁹ em São José do Rio Preto (SP) (18,1%), e Vieira et al.² no Sul do Brasil (16,9%), porém discretamente mais baixa que encontrada por Nascimento et al.¹⁹ em Guarulhos (SP) (28%). Novamente, o que pode ser explicado pela amostra do estudo atual ser de um serviço de urgência. Estudos realizados em Estados Unidos e América Central revelaram prevalência mais baixa, respectivamente 7,4% e 4%^{12,20}. A literatura relata que

a proporção de jovens que experimentaram drogas ilícitas ao menos uma vez, em diferentes países, foi: superior a 40% na Austrália, maior que 35% no Canadá e maior que 40% nos Estados Unidos¹. Esses dados contrastam com a menor prevalência de uso encontrada no estudo (17,7%), que pode ter sido subestimada, uma vez que o jovem não foi questionado especificamente quanto à experiência com a droga, devido à metodologia empregada pelo estudo.

O estudo observou que a doença psiquiátrica mais prevalente foi depressão, com prevalência de 23% em usuários de SPA e 17% em não usuários. Houve prevalência superior no grupo em uso de SPA de outras condições como: psicose não orgânica não especificada, transtornos afetivos não especificados, reações ao estresse, transtornos psicóticos agudos e transitórios e outros transtornos de conduta. Esses resultados reforçam os dados estabelecidos na literatura, que demonstram relação de ocorrência simultânea desses distúrbios^{1,13}. No presente estudo não foi observada relação entre uso de SPA e transtorno afetivo bipolar, o que contrasta com a associação entre ambas já bem estabelecida na literatura²¹. O uso de drogas pode estar envolvido como um fator de risco, como consequência dessas condições, ou até mesmo determinar maior gravidade em casos de doença psiquiátrica prévia¹.

Recente estudo publicado por Gobbi et al.²² em 2019 identificou que o consumo de maconha por adolescentes foi associado a um risco aumentado de desenvolver depressão e comportamento suicida mais tarde na vida, mesmo na ausência de uma condição pré-mórbida. Esse dado aumenta a preocupação com a elevada prevalência do uso dessa substância encontrada no estudo e realça a importância de criação de medidas para combatê-lo, principalmente levando em consideração que a prevalência real de uso provavelmente é ainda maior.

Quanto à estrutura familiar, 28,4% dos usuários de SPA tinham como responsáveis ambos os pais biológicos, comparado a uma porcentagem de 42,6% dos não usuários. Apesar de o presente estudo ser um corte transversal e não permitir o estabelecimento de relação causal, tal resultado sugere que a falta de suporte parental pode predispor a um maior consumo de drogas entre adolescentes, dado corroborado por Zappe et al.²³. Broeker et al.²⁴ observaram

que práticas educativas parentais socialmente desejáveis se associam a menor dependência química. Esses dados podem servir de substrato para encorajar os profissionais que lidam com esses pacientes a estender o atendimento aos seus responsáveis, conscientizando-os através de práticas psicoeducativas sobre a importância dos vínculos familiares fortalecidos na prevenção ao uso de substâncias psicoativas por parte de seus filhos. Não foram encontrados, porém, artigos que analisassem de forma direta a presença de ambos os pais biológicos como fator de proteção.

Apesar de a literatura apontar que a criação apenas de pai ou mãe é um fator de risco para uso de substâncias psicoativas²³, não foi encontrada, na análise em questão, diferença estatística em relação a responsável único quando comparados grupos em uso de SPA e não usuários. Tal diferença pode não ter sido encontrada visto que alguns dos atendimentos tinham como responsável, no momento do atendimento, unidades socioeducativas sem informações sobre quem era o responsável pelo menor antes do acautelamento. Assim, esse fator pode ter sido um viés ao avaliarmos a variável “responsável pelo menor”, não nos permitindo fazer conclusões a respeito da estrutura familiar com clareza.

Além disso, houve maior prevalência de unidade socioeducativa como responsável entre os usuários de SPA (24,8%) que nos não usuários (7,4%). Essa associação já foi relatada, com prevalência de até 75% de uso de SPA em adolescentes em conflito com a lei de acordo com dados de 2012 do Conselho Nacional de Justiça. Além disso, a maioria deles utiliza mais de um tipo de substância psicoativa e grande parte dos jovens em instituições socioeducativas está ligada ao tráfico de drogas²⁵.

Estudos apontam que o próprio consumo de drogas é um fator predisponente para cometer uma conduta infracional, visto que algumas dessas substâncias (como cocaína, álcool, inalantes) podem levar a aumento de agressividade²⁶. Foi observado na literatura que o uso precoce de substâncias psicoativas está relacionado a uma maior probabilidade de cometer atos delinquentes precocemente²⁵.

Devido à utilização de dados de prontuários médicos como fonte das informações do estudo, algumas limitações podem ser destacadas. Alguns arquivos de prontuários de pacientes atendidos durante o período do estudo

foram extraviados ou não encontrados, inviabilizando sua coleta. Outro aspecto limitante observado foi a presença de dados ilegíveis e/ou incongruentes com o contexto, que tiveram que ser excluídos da pesquisa. Além disso, as informações contidas são decorrentes de uma entrevista em atendimento de acolhimento e/ou urgência e, nem sempre, todas as informações do roteiro estavam contidas na avaliação, pois muitas vezes os pacientes não são questionados especificamente pelo uso de SPA. Os atendimentos de urgência demandam uma condução rápida podendo ocasionar registro resumido de alguns dados solicitados pelo roteiro. Dessa forma, a prevalência do uso de SPA pode ter sido subestimada.

CONCLUSÃO

O presente estudo observou significativa prevalência no uso de drogas entre crianças e adolescentes, reforçando os dados disponíveis na literatura atual^{1,2,3,4}. É possível presumir que a real prevalência seja maior, uma vez que se acredita que a porcentagem real de jovens que utilizam essas substâncias é maior que a parcela que chega ao serviço de urgência. Além disso, é provável que nem todos os atendimentos tenham investigado o uso de SPA. Tendo em vista os resultados, é importante que os serviços de urgência que atendem a tal população investiguem o uso de SPA principalmente quando não é a queixa principal visando identificação precoce para psicoeducação.

Foram identificadas associações com doenças psiquiátricas, em especial a depressão, e com a ausência de pais como responsáveis, corroborando a maior parte dos estudos encontrados. Ressaltamos a necessidade de maiores estudos com a mesma população para tentar estabelecer se o uso da droga seria prévio ou posterior ao transtorno psiquiátrico. Sabe-se que o uso de drogas pode comprometer o futuro dos jovens, trazendo prejuízos sociais e econômicos, além de aumentar os níveis de violência e as taxas de homicídios no país. Dessa forma, os resultados encontrados demonstram a necessidade de intervir nas populações de maior risco e no ambiente em que estão inseridas. A elevada prevalência do uso em adolescentes que estão cumprindo medida socioeducativa, por exemplo, pode sugerir a necessidade de abordagens nesses locais. Não é de nosso conhecimento outro estudo que

aborde um período de um ano em serviço de urgência. Além disso, a importância de um estudo realizado na urgência, onde somente foi considerado uso de SPA se isso fosse trazido como queixa pelo menor ou responsável, é a comparação com estudos em que foi investigado o uso geral pelos jovens. Dessa forma, será possível avaliar a diferença entre o real uso de SPA e quando isso passa a ser considerado um problema para o jovem ou responsável. Por ser um estudo pioneiro em tal local de atendimento, ressalta-se a necessidade de novos estudos em outras regiões do país antes de uma generalização dos dados.

Declaração de responsabilidade e conflito de interesses:

Declaramos autoridade pelo conteúdo do manuscrito e inexistência de conflitos de interesse.

Contribuição dos autores:

ACMC: Elaboração do projeto de pesquisa, coleta de dados, pesquisa do referencial teórico em bases de dados, redação e adequação do artigo às normas da revista com posterior submissão à plataforma para publicação. ACBMF: Elaboração do projeto inicial, pesquisa do referencial teórico em bases de dados, coleta de dados, redação do artigo. ALSG; AMFC: elaboração do projeto inicial, coleta de dados. AMSL; JPVT; CPC; MSN: Coleta de dados. LRC; MCLM: Orientações acerca da elaboração do projeto inicial, desenvolvimento do projeto e do roteiro de coleta de dados; financiamento dos gastos.

Agradecimento:

Agradecemos a DAV pelo auxílio estatístico e ao Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), instituição pertencente À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

REFERÊNCIAS

1. Bukstein O. Substance use disorder in adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UptoDate, 2019. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/substance-use-disorder-in-adolescents-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-and-consequences-course-assessment-and-diagnosis>.
2. Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(11):2487-98. <https://www.scielosp.org/article/csp/2008.v24n11/2487-2498/>.
3. Carlini ELA, Noto AR, Sanchez VDM, Carlini, CMA, Locatelli, DP, Abeid LR, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: CEBRID; UNIFESP; 2010. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/vi-levantamento-estudantes-2010/>.
4. McArdle P. Use and misuse of drugs and alcohol in adolescence. BMJ. 2008;337(7660):46–50. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.a306>.
5. United Nations Organizaton (UNO). Drugs crime and violence: the microlevel impact. New York: UNO; 2004. p.11. Available from: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/English/AR_2003_E_Chapter_I.pdf.
6. Drummond EF, Souza HNF, Hang-Costa TA. Homicídios, álcool e drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2000-2009. Epidemiol. Serv Saúde (Brasília). 2015;24(4):607-16. doi: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400003>.

7. World Health Organization. Management of substance abuse. Terminology & classification [cited 2020 March 22]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/.
8. Garcia F. Manual de abordagem de dependências químicas. Belo Horizonte: Utopika Editorial; 2014.
9. Silva EF, Pavani RAB, Moraes MS, Neto FC. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública (São Paulo). 2006; 22(6):1151-8. doi: <https://dx.doi.org/0.1590/S0102-311X2006000600004>.
10. Wang J, Simons-Morton BG, Farhart T, Luk JW. Socio-demographic variability in adolescent substance use: mediation by parents and peers. Prev Sci. 2009;10(4):387-96. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s11121-009-0141-1>.
11. Lopes GM, Nobrega BA, Del Prette G, Scivoletto S. Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. Rev Bras Psiquiatr (São Paulo). 2013;35(1):S51-S61. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-S105>.
12. Dormitzer, CM, Gonzalez GB, Penna M, Bejarano J, Obando P, Sanchez M. The PACARDO research project: youthful drug involvement in Central America and the Dominican Republic. Rev Panam Salud Pública. 2004;15:400-16. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892004000600006>.
13. Benner AD, Wang Y. Adolescent substance use: the role of demographic marginalization and socioemotional distress. Dev Psychol. 2015;51(8):1086-97. doi: <https://dx.doi.org/10.10370000026>.
14. Hortal RL, Molali CL, Hortali BL, Mattos CNB, Andreazzi MA, Oliveira-Campos M, et al. Prevalência e condições associadas ao uso de drogas

- ilícitas na vida: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Rev Bras Epidemiol (Porto Alegre). 2018;21(sup.1):e180007. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180007>.
15. Elicker E, Palazzo LS, Aerts DRGC, Alves GG, Câmara S. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. Epidemiol Serv Saúde (Brasília). 2015;24(3):399-410. doi: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300006>.
16. Bertoni N, Bastos FI, Mello MB, Makuch MY, Sousa MH, Osis MJ, et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2009;25(6):1350-1360. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600017>.
17. Hortal RL, Molall CL, Hortall BL, Mattosl CNB, Andreazzi MA, Oliveira-Campos M, et al. Prevalência e condições associadas ao uso de drogas ilícitas na vida: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Rev Bras Epidemiol. (Porto Alegre). 2018;21(1). doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180007>.
18. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). ESPAD Report 2015: results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Lisboa, Portugal; 2015. Available from: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf.
19. Nascimento, MO, Avallone, DM. Prevalência do uso de drogas entre adolescentes nos diferentes turnos escolares. Adolesc Saude. 2013;10(4):41-49. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v10n4a06.pdf>.
20. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use

- and Health (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50). Rockville, MD; 2015. Available from: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf>.
21. Duffy A, Horrocks J, Milin R, Doucette S, Persson G, Grof P. Adolescent substance use disorder during the early stages of bipolar disorder: a prospective high-risk study. *J Affect Disord*. 2012; 142(1-3):57-64. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.010>.
22. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, et al. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76:426. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>.
23. Zappe JG, Dapper F. Drogadição na Adolescência: Família como Fator de Risco ou Proteção. *Rev Psicol IME (Passo Fundo)*. 2017;9(1):140-58. doi: <https://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.1616>.
24. Broecker CZ, Jou GI. Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química. *Psico-USF (Porto Alegre)*. 2007;12(2):269-79. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v12n2/v12n2a15.pdf>.
25. Gallo AE, Williams LCA. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Psicol Teor Prat (São Paulo)*. 2005;7(1):181-91. <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n2/06.pdf>.
26. Scomarini LB, Santos B, Rosenheck RA, Scivoletto S. Association of child maltreatment and psychiatric diagnosis in Brazilian children and adolescents. *Clinics (São Paulo)*. 2013;68(8):1096-102. doi: [https://dx.doi.org/10.6061/clinics/2013\(08\)06](https://dx.doi.org/10.6061/clinics/2013(08)06).

5.4. ARTIGO 4

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DE BELO HORIZONTE

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar o perfil sociodemográfico de jovens em cumprimento de medida socioeducativa (MSE) atendidos em um serviço de urgência em psiquiatria da infância e adolescência.

MÉTODOS: Estudo descritivo transversal realizado a partir de análise de prontuário de 1806 pacientes (1206 adolescentes), de até 18 anos, atendidos, no período de um ano, na urgência de um serviço de Saúde Mental infanto-juvenil.

RESULTADOS: 13,3% dos adolescentes atendidos estavam cumprindo MSE. A maioria era do sexo masculino, pardo, com média de idade de 15,9 anos e com maiores índices de evasão e reprovação escolar. Além disso, apresentaram mais relatos de uso de substâncias psicoativas, tentativa de suicídio e insônia, além de maior chance de diagnóstico de transtornos relacionados ao estresse grave e transtorno de adaptação. Também apresentaram mais história familiar de uso de substâncias.

CONCLUSÃO: As características sociodemográficas dos jovens infratores indicam grande vulnerabilidade social e educacional, além de sintomas relacionados a vivências estressantes. Esses achados evidenciam uma população em sofrimento e fornecem informações importantes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e manejo durante o período de acautelamento.

PALAVRAS CHAVE: Psiquiatria do Adolescente; Psiquiatria Infantil; Delinquência Juvenil; Transtornos Mentais; Populações Vulneráveis.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Characterize the sociodemographic profile of young offenders in socio-educational measures (SEM), who attended an Urgency service in childhood and adolescence psychiatry.

METHODS: Descriptive cross-sectional study carried out based on the analysis of 1,806 (1,206 adolescents) medical records of patients, up to 18 years old, seen in one year at the Urgency department of a mental health service for children and adolescents.

RESULTS: 13.3% of the attended adolescents were imprisoned. The majority was male, brown, with an average age of 15.9 years and they had higher rates of school dropout and academic failure. In addition, they had more reports of psychoactive substance use, suicide attempts, and insomnia, as well as a greater chance of being diagnosed with severe stress-related disorders and adjustment disorder. They also had more family history of substance use.

CONCLUSION: The sociodemographic characteristics of young offenders indicate great social and educational vulnerability, in addition to symptoms related to stressful experiences. These findings highlight a suffering population and provide important information for the development of prevention and management strategies during the period they are in detention.

KEYWORDS: Adolescent Psychiatry; Child Psychiatry; Juvenile Delinquency; Mental Disorders; Vulnerable Populations.

INTRODUÇÃO

Desde 1990, as leis brasileiras proporcionam uma estrutura jurídica para a proteção de crianças e adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direito e visando sua proteção. São definidos como crianças os indivíduos que tenham até doze anos incompletos e adolescentes, aqueles entre doze anos e dezoito anos incompletos.¹ Para os efeitos legais, ao cometerem atos infracionais, os jovens devem cumprir medidas socioeducativas (MSE) em unidades gerenciadas pelos governos Estaduais, as quais variam de acordo com a gravidade do ato praticado. Entre as medidas corretivas estão advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional; as penas são regulamentadas pela legislação vigente no país.²

A maior parte dos jovens em conflito com a lei vem de contextos de vulnerabilidade social, e a concomitância de transtornos mentais são achados comuns.³ Essa população é pouco estudada e as condições de ressocialização são frequentemente precárias, o que favorece não só a reincidência, mas também o adoecimento físico e mental dos jovens infratores custodiados pelo Estado.⁴ Apesar da quantidade limitada, a maioria dos estudos que aborda transtornos mentais em jovens em conflito com a lei evidencia uma maior incidência do uso de substâncias psicoativas e nos diagnósticos de transtornos de comportamento disruptivo e de transtorno depressivo maior nesse grupo, quando comparados à população geral na mesma faixa etária.^{5,6,7,8} Uma revisão sistemática apontou que adolescentes em internação e instituições correccionais tinham cerca de 10 vezes mais probabilidade de sofrer de psicose do que a população adolescente em geral⁸. Além disso, estudos populacionais estimam que cerca de 20% das crianças e adolescentes brasileiros sejam portadores de transtornos psiquiátricos, enquanto que na população de crianças e adolescentes em conflito com a lei, esses índices chegam até cerca de 80%.^{6,9}

Além disso, após o cumprimento das medidas, grande parte dos egressos continua a apresentar transtornos mentais; sendo assim, o ônus para o sistema de saúde é perpetuado, o que evidencia a necessidade de

intervenções mais efetivas e em longo prazo.⁷ Apesar da significativa predisposição a transtornos mentais em jovens em conflito com a lei, uma lógica simplista não deve associar estes dois tópicos. Isso porque a relação entre saúde mental e vulnerabilidade social é múltipla e complexa, o que exige aprofundamento, bem como a compreensão de que o discurso dessa associação pode reforçar um estigma.³ São vários os possíveis diagnósticos diferenciais de sintomas psiquiátricos na população infantojuvenil, o que salienta a importância do conhecimento desse perfil epidemiológico para melhor atendimento e a formulação de políticas públicas adequadas para garantir o melhor cuidado destes pacientes. Soma-se a isso a escassez de estudos brasileiros sobre o perfil de pacientes em cumprimento de medidas socioeducativas, em especial daqueles que necessitam de atendimento em serviços de psiquiatria da infância e adolescência.

Diante da conjuntura apresentada, torna-se evidente a necessidade de compreender o perfil de adoecimento mental de jovens em cumprimento de medidas socioeducativas. Assim, a partir desse diagnóstico situacional, torna-se possível o planejamento de intervenções que aprimorem o quadro atual e garantam que o real propósito das medidas socioeducativas seja cumprido, no sentido de recuperar esses jovens e prepará-los para uma melhor convivência em sociedade.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo baseado na análise de prontuários de pacientes atendidos, no período de um ano, na urgência de um serviço de saúde mental infantojuvenil da cidade de Belo Horizonte, Brasil.

Tal serviço fornece atendimento multiprofissional, nos níveis secundário e terciário, para a população municipal e estadual. Assim, há atendimentos nas modalidades de ambulatório, hospital dia, internação e atendimento de urgência 24 horas.

Amostra

Foram avaliados os prontuários de todos os pacientes, de até 18 anos incompletos, atendidos na urgência de um serviço de saúde mental infantojuvenil no período de primeiro de junho de 2017 a 31 de maio de 2018. Nenhum prontuário foi excluído da avaliação.

Porém, dado que as medidas socioeducativas se aplicam exclusivamente aos adolescentes, ao examinar a amostra, optou-se por escolher apenas o grupo de adolescentes para realizar as avaliações comparativas. Dessa forma, buscou-se evitar possíveis vieses relacionados a características específicas dessa faixa etária.

Além disso, para a análise de perfil dos pacientes, foi utilizado somente o primeiro atendimento de cada paciente. Ou seja, não eram avaliados os dados dos retornos. Porém, quando eram dados referentes ao atendimento, foram considerados todos os atendimentos de todos os adolescentes. Ou seja, neste caso, os retornos foram considerados como dados.

Instrumentos

Os autores desenvolveram um instrumento padronizado para guiar a coleta de dados com informações a respeito das principais queixas nos atendimentos, principais diagnósticos atuais e prévios, história familiar de transtornos psiquiátricos, bem como perfil sociodemográfico desses pacientes.

Declaração de ética

Todos os preceitos éticos envolvendo a pesquisa científica foram seguidos, sendo garantidos a privacidade, o sigilo e a confidencialidade. Os pacientes foram identificados apenas pela data de nascimento e número de prontuário, sendo preservados os dados que poderiam identificá-los; a coleta de dados só foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 83419717.0.0000.5134).

Análise estatística

A análise de caracterização dos dados foi feita com base nas frequências absolutas e porcentagens para as variáveis categóricas. Para a variável contínua, foi utilizado o cálculo de média e desvio-padrão. A análise comparativa das variáveis categóricas foi feita pelo teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, conforme apropriado. Para a variável contínua, foi utilizado o teste *t* de *Student* de amostras independentes. A análise estatística foi feita no *Statistical Package for Social Sciences* [SPSS (IBM, Estados Unidos)] versão 20.0. O nível de significância considerado para todas as análises foi de 5%.

RESULTADOS

Caracterização da amostra geral

No período de um ano avaliado foram atendidos 1805 pacientes no serviço de urgência em saúde mental infantojuvenil em questão, sendo 1206 adolescentes de 12 a 18 anos. Destes, 57,1% (n=689) eram do sexo masculino e 42,9% (n= 517) do feminino e a média de idade entre eles foi de $15,0 \pm 1,6$. A cor autodeclarada predominante foi a parda (62,9%; n= 759), seguida da branca (22,1%; n= 266), negra (8,2%; n= 99) e amarela (0,2%; n= 2), sendo que em 6,6% (n= 80) dos prontuários, esse dado não estava presente. A maioria dos adolescentes era residente na capital de Belo Horizonte (54,9%; n= 662) ou no interior do Estado (29,6%; n= 357); o restante era residente da região metropolitana de Belo Horizonte (15,5%; n= 187). Foi registrado que 60,9% (n=735) desses pacientes estavam estudando, enquanto 19,0% (n=229) não; e não havia informação em 20,1% (n=242). Também foi observado que 13,6% (n= 161) dos pacientes possuíam histórico de reprovação escolar, ao passo que 15,1% (n= 182) não possuíam, porém, em 71,6% (n= 863) dos atendimentos avaliados não havia tal informação. Por fim, 10,53% (n= 127) dos pacientes foram admitidos em modalidade de tratamento de permanência-dia ou foram internados no serviço.

Os jovens sob medida socioeducativa

No período analisado, foram realizados 1738 atendimentos de um total de 1206 adolescentes entre 12 a 18 anos. Os jovens em cumprimento de MSE representam 13,3% (n = 160) dos adolescentes e são responsáveis por 15,5% (n = 270) dos atendimentos de adolescentes deste serviço.

As análises a seguir descrevem os dados comparativos entre os 160 pacientes sob MSE e os 1046 adolescentes que não estavam cumprindo MSE.

Análises sociodemográficas

Na Tabela 1 estão os dados comparativos do perfil sócio-demográfico entre jovens que estão e não estão cumprindo MSE. A maioria dos pacientes em conflito com a lei também era do sexo masculino (85,6%; n = 137), porém com essa diferença entre os sexos sendo maior nesta população (p<0,001). A média de idade entre os pacientes do grupo sob MSE foi de $15,9 \pm 1,1$ e a do grupo de pacientes que não cumprem medida socioeducativa foi de $14,9 \pm 1,6$ (p <0,001). A etnia autodeclarada predominante foi parda (69,9%; n = 100), seguida de branca (17,2%; n = 20), negra (8,6%; n = 10) e amarela (0,9%; n = 1) com diferença estatística somente entre os brancos (menor chance de estar no grupo MSE) e pretos (maior chance de estar no grupo de MSE). Apenas 52,2% (n = 48) deles estavam estudando no momento do atendimento, versus 78,8% (n = 687) dos outros adolescentes (p <0,001). Dos prontuários de pacientes em conflito com a lei, em apenas 21 havia informações sobre histórico de reprovação acadêmica, e destes, 85,7% (n = 18) apresentavam esse histórico (Tabela 1).

Tabela 1: Análise comparativa entre os grupos dos perfis sócio demográficos

Variáveis	SE, n (%)	não SE, n (%)	RC	IC95%	p-value
Idade					
Média ± DP	15,9 ± 1,1	14,9 ± 1,6		-----	<0,001
Sexo					
Masculino	137 (85,6)	552 (52,8)			
Feminino	23 (14,4)	494 (47,2)	5,31	3,37 – 8,43	<0,001
Está estudando ^a					
Sim	48 (52,2)	687 (78,8)			
Não	44 (47,8)	185 (21,2)	0,29	0,19 – 0,46	<0,001
Histórico de Reprovação ^b					
Sim	18 (85,7)	143 (44,4)			
Não	3 (14,3)	179 (55,6)	7,51	2,17 – 26,00	<0,001
Cor autodeclarada ^c					
Branco	23 (16,1)	243 (24,7)	0,58	0,36 – 0,93	0,02
Pardo	100 (69,9)	659 (67,0)	1,14	0,78 – 1,67	0,49
Negro	19 (13,3)	80 (8,1)	1,73	1,01 – 2,95	0,04
Amarelo	1 (0,7)	1 (0,1)	6,91	0,43 – 111,18	0,11

IC95% = 95% intervalo de confiança. RC = razão de chance. SE = grupo de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa; não SE = grupo de adolescentes que não estão em cumprimento de medida socioeducativa.

^a: dados de 964/1206 pacientes; ^b: dados de 343/1206 pacientes; ^c: dados de 1126/1206 pacientes.

Análises da história progressa e história familiar

A informação quanto a história familiar de transtorno psiquiátrico estava presente em somente 663 prontuários. No geral, adolescentes em conflito com a lei apresentaram menor chance de relatar histórico familiar de algum transtorno psiquiátrico (56,1% X 43,9% para jovens em MSE e 76,7% e 23,3% para os outros adolescentes; $p < 0,001$; RC= 0,39; IC 95% 0,23 – 0,65). Os relatos de antecedente de diagnóstico psiquiátrico, também foram mais presentes no grupo que não estava em cumprimento de MSE (52,7% X 47,3% e 34,4% X 65,6%; $p < 0,001$). Porém, considerando diagnóstico prévio de quadro relacionado ao uso de substâncias, eles tinham uma chance 5,6 vezes de ter registrado tal quadro (RC = 5,6; IC 95% 2,78 - 11,25; $p < 0,001$). Além disso, apresentaram uma chance muito maior de referir eventos traumáticos ao longo da vida que os adolescentes que não estavam cumprindo MSE ($p < 0,001$).

Análises dos atendimentos

Em relação ao grupo de adolescentes que não estava em cumprimento de MSE, os adolescentes acautelados tinham uma menor chance de serem atendidos no plantão diurno (RC = 0,48; IC 95% 0,36 - 0,63; $p < 0,001$) e maior chance de necessitarem de atendimento psiquiátrico além do atendimento multidisciplinar na urgência (RC = 2,14; IC 95% 1,38 - 3,33; $p = 0,001$). Os atendimentos que foram realizados somente por profissionais da equipe multidisciplinar não médico não foram associados a diagnósticos.

Análises de diagnósticos no atendimento

Em relação ao diagnóstico no atendimento, os adolescentes em MSE apresentaram chance cerca de quatro vezes maior de receber um diagnóstico de reações ao estresse grave e transtornos de adaptação em relação aos outros pacientes (RC= 4,17; IC 95% 2,98 – 5,82; $p < 0,001$), cerca de três vezes mais para quadros de transtorno de conduta (RC= 4,17; IC 95% 2,98 – 5,82; $p < 0,001$). Além de transtorno do humor não especificado (RC = 3,25; IC

95% 2,31 - 4,57; $p < 0,001$), transtorno por uso de substâncias (RC = 1,38; IC 95% 1,00 - 1,90; $p=0,048$). Por outro lado, apresentaram menor chance de receber diagnóstico de depressão (RC = 0,64; IC 95% 0,47 - 0,87; $p = 0,004$).

Não foi apresentada diferença estatística significativa entre os grupos no diagnóstico de: transtorno afetivo bipolar (TAB), quadros psicóticos, ansiedade, transtorno dissociativo ou de conversão, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno desafiador e de oposição (TDO), transtornos mistos da conduta e das emoções, déficit intelectual, de transtorno do espectro autista (TEA) e de transtorno de habilidades escolares (Tabela 2).

Tabela 2: Análise comparativa entre os grupos em relação aos diagnósticos recebidos no atendimento (continua).

Variáveis	SE, n (%)	não SE, n (%)	RC	IC95%	P
Depressão	63 (25,8)	415 (35,3)	0,64	0,47 – 0,87	0,004
Transtorno afetivo bipolar	10 (4,1)	59 (5,0)	0,81	0,41 – 1,60	0,537
Transtorno de humor não especificado	26 (10,7)	69 (5,9)	1,91	1,19 – 3,06	0,007
Psicose não orgânica não especificada	18 (7,4)	103 (8,8)	0,83	0,49 – 1,39	0,47
Primeiro episódio psicótico	13 (5,3)	94 (8,0)	0,64	0,35 – 1,17	0,14
Esquizofrenia	7 (2,9)	54 (4,6)	0,61	0,27 – 1,36	0,22
Transtornos de Ansiedade	5 (2,0)	50 (4,3)	0,47	0,18 – 1,19	0,10
Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação	75 (30,4)	111 (9,5)	4,17	2,98 – 5,82	<0,001
Transtorno dissociativo ou de conversão	6 (2,5)	38 (3,2)	0,75	0,31 – 1,80	0,52
Transtorno obsessivo compulsivo	1 (0,4)	13 (1,1)	0,37	0,05 – 2,81	0,31
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade	5 (2,0)	42 (3,6)	0,56	0,22 – 1,44	0,22
Transtorno desafiador e de oposição	3 (1,2)	28 (2,4)	0,51	0,15 – 1,68	0,26

Tabela 2: Análise comparativa entre os grupos em relação aos diagnósticos recebidos no atendimento (conclusão)

Variáveis	SE, n (%)	não SE, n (%)	RC	IC 95%	p
Outros transtornos de conduta	66 (27,0)	120 (10,2)	3,25	2,31 – 4,57	<0,001
Transtornos mistos da conduta e das emoções	12 (4,9)	71 (6,1)	0,80	0,43 – 1,50	0,48
Transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas	63 (25,6)	234 (20,0)	1,38	1,00 – 1,90	0,048
Déficit Intelectivo	31 (12,7)	167 (14,2)	0,88	0,58 – 1,32	0,52
Transtorno do espectro autista	6 (2,5)	46 (3,9)	0,61	0,26 – 1,46	0,27
Transtorno de habilidades escolares	0(0,0)	3 (0,3)	1,21	1,18 – 1,24	0,42

IC95% = 95% intervalo de confiança. RC = razão de chance. SE – grupo de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa; não-SE – grupo de adolescentes que não estão em cumprimento de medida socioeducativa

Análises de queixas da consulta

A análise das queixas que motivaram o atendimento demonstrou que adolescentes cumprindo MSE, quando comparados aos outros pacientes apresentaram significativamente mais tentativas de autoextermínio (26,2% X 18,2%; RC= 1,60; IC 95% 1,18 – 2,16; p = 0.002), mais queixas de insônia (43,2% X 18,7%; RC= 3,31; IC 95% 2,51 – 4,35; p<0,001) e maior uso atual de substâncias psicoativas (43,5% X 27,9%; RC= 1,99; IC 95% 1,52 – 2,59; p<0,001).

Entretanto, tais jovens, também em comparação ao grupo que não estava cumprindo MSE, relataram menos queixas de agitação (29,2% X 36,1%; RC= 0,73; IC 95% 0,55 – 0,96; p=0,028), agressividade (26,6% X 38,0%;

RC=0,59; IC95% 0,44 – 0,79; $p<0,001$), dificuldade escolar (5,5% X 19,0%; RC=0,25; IC 95% 0,15 – 0,43; $p<0,001$), dificuldade de atenção (3,3% X 9,9%; RC=0,31; IC 95% 0,16 – 0,62; $p<0,001$), irritabilidade (25,8% X 31,9%; RC=0,74; IC 95% 0,55 – 0,99; $p= 0,047$), não obedecer a ordens (5,9% X 17,4%; RC=0,30; IC 95% 0,18 – 0,50; $p<0,001$) e isolamento (9,2% X 15,1%; RC=0,57; IC 95% 0,37 – 0,88; $p<0,001$).

Não houve diferença estatística significativa quanto às queixas: ideação de autoextermínio, automutilação, tristeza, ansiedade, alucinação, delírio e variação de humor. (Tabela 3).

Tabela 3: Análise comparativa entre os grupos em relação às queixas que motivaram o atendimento.

Variáveis	SE, n (%)	Não SE, n (%)	RC	IC95%	P
Tentativa de suicídio	71 (26,2)	267 (18,2)	1,60	1,18 – 2,16	0,002
Ideação suicida	56 (20,7)	287 (19,6)	1,07	0,78 – 1,48	0,676
Automutilação	58 (21,4)	312 (21,3)	1,01	0,73 – 1,38	0,960
Tristeza	82 (30,3)	521 (35,5)	0,79	0,59 – 1,04	0,095
Ansiedade	65 (24,0)	311 (21,2)	1,17	0,86 – 1,59	0,306
Agitação	79 (29,2)	529 (36,1)	0,73	0,55 – 0,96	0,028
Agressividade	72 (26,6)	557 (38,0)	0,59	0,44 – 0,79	<0,001
Alucinação	62 (22,9)	267 (18,2)	1,33	0,97 – 1,82	0,071
Delírio	28 (10,3)	172 (11,7)	0,87	0,57 – 1,32	0,509
Dificuldade Escolar	15 (5,5)	279 (19,0)	0,25	0,15 – 0,43	<0,001
Dificuldade de Atenção	9 (3,3)	145 (9,9)	0,31	0,16 – 0,62	<0,001
Irritabilidade	70 (25,8)	468 (31,9)	0,74	0,55 – 0,99	0,047
Não obedece	16 (5,9)	255 (17,4)	0,30	0,18 – 0,50	<0,001
Uso de SPA	118 (43,5)	410 (27,9)	1,99	1,52 – 2,59	<0,001
Isolamento	25 (9,2)	222 (15,1)	0,57	0,37 – 0,88	0,010
Variação de Humor	19 (7,0)	143 (9,7)	0,70	0,42 – 1,15	0,155
Insônia	117 (43,2)	274 (18,7)	3,31	2,51 – 4,35	<0,001

IC95% = 95% intervalo de confiança; RC = razão de chance. SE – grupo de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa; não-SE – grupo de adolescentes que não estão em cumprimento de medida socioeducativa

DISCUSSÃO

Perfil epidemiológico/sociodemográfico

A maioria dos jovens em cumprimento de MSE era do sexo masculino (85,6%), com média de idade de 15,9 anos, em sua maioria eram considerados pardos (73,3%). Ao serem comparados com os adolescentes atendidos no mesmo serviço de urgência e que não estão cumprindo MSE, eles têm idade média maior ($p < 0,001$) e tem maior chance de ser da cor preta ($p 0,04$) e menor chance da cor branca ($p 0,02$). Essas características da amostra vão ao encontro do perfil da população de menores infratores do Brasil, composta majoritariamente por jovens negros, do sexo masculino na idade entre 16 e 17 anos, segundo o último levantamento do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Esse perfil se mantém para infratores adultos: o cárcere no país é majoritariamente composto por homens jovens e negros.¹⁰ Essa congruência entre os dados sugere a necessidade de uma compreensão mais detalhada a respeito da questão, uma vez que pode evidenciar tanto a seletividade penal, quanto a ineficiência no processo de recuperação e de reinserção social de jovens em medida socioeducativa.

Uso de substâncias psicoativas

A análise do uso prévio e do uso atual de substâncias psicoativas (SPAs) demonstrou prevalências significativamente maiores entre os jovens em cumprimento de medida socioeducativa. Além disso, o histórico de uso de SPAs também se mostrou significativamente mais prevalente entre os familiares dos jovens do socioeducativo. Histórico familiar de uso de SPAs^{11,12} e histórico de transtornos mentais^{13, 14} constituem, isoladamente, fatores de risco para o uso de drogas, e como estão todos presentes na população estudada, podem ser responsáveis pelos altos índices de uso SPAs nesses jovens.

Histórico familiar

De modo geral, o relato de história familiar de transtornos psiquiátricos foi menos prevalente nos atendimentos aos jovens do socioeducativo, o que pode se relacionar ao fato de que os jovens em conflito com a lei não serem acompanhados por familiares e sim por agentes do Socioeducativo durante as consultas, que possuem menor conhecimento a respeito da história familiar do paciente. Apesar disso, chama-se atenção o fato de o histórico familiar de uso de SPAs ter sido significativamente mais prevalente entre os jovens do socioeducativo, o que está de acordo com a literatura existente, como já discutido previamente.^{11,12}

Diagnóstico no atendimento

O diagnóstico mais frequente em pacientes socioeducativos foi o de reações ao estresse grave e transtornos de adaptação, recebido por 30,4% desses pacientes e, quando comparado aos outros adolescentes, tinham uma chance cerca de quatro vezes maior de receber esse diagnóstico. Na maioria das vezes, esse diagnóstico está intrinsecamente relacionado à própria condição socioeducativa, no que tange à dificuldade de adaptação a um novo contexto e à perda da liberdade, por exemplo. Esse dado também foi encontrado no estudo de Costa e Silva, que identificou o transtorno de adaptação como um dos três mais frequentes entre os transtornos mentais de jovens em conflito com a lei em Porto Alegre (Rio Grande do Sul, Brasil).² Tendo em vista que um transtorno de estresse configura-se a partir de um evento que envolva dano para si ou para terceiros associado a uma reação intensa de medo, desamparo e impotência, o desenvolvimento do diagnóstico mencionado pode ter ocorrido em função do crime cometido, de situações vivenciadas no ambiente atual ou de situações vivenciadas previamente.¹⁵

Diagnóstico prévio

Os jovens do socioeducativo apresentaram menores índices de diagnóstico prévio de TDAH quando comparados aos demais jovens atendidos

no Serviço de Urgência, levando-se em consideração que os pacientes em cumprimento de medida socioeducativa também apresentaram índices significativamente maiores de evasão escolar e reprovação, é possível que as queixas relacionadas ao diagnóstico de TDAH (geralmente relacionadas a contextos escolares) estejam subestimadas nessa população. Esta informação foi comprometida pela ausência de dados, uma vez que não havia informações sobre o desempenho escolar da maioria dos indivíduos. Concomitantemente, os jovens em conflito com a lei apresentaram índices significativamente maiores de diagnóstico prévio de uso de SPAs, como já discutido anteriormente.

Queixas que motivaram o atendimento de urgência

De acordo com a OMS em 2016, a taxa mundial de suicídio foi de 10,5 a cada 100.000 habitantes, com variações conforme sexo, idade e país. A morte por suicídio passou a ocupar segunda posição entre as causas mais frequentes de morte na população entre 15 e 29 anos de idade¹⁶. A vivência de eventos estressores, como a existência de comorbidades, o diagnóstico de transtornos mentais, o desamparo, o abuso sexual, o uso de substâncias psicoativas e as condições sociais, como a privação de liberdade, são considerados fatores de risco ao suicídio.^{17,18} Esses dados também estão de acordo com o perfil dos pacientes socioeducativos desta pesquisa, na qual a tentativa de autoextermínio demonstrou ser mais prevalente nesses pacientes. Além da privação de liberdade ser um fator de risco para a tentativa de autoextermínio, outra razão para essa prevalência pode ser a falta de perspectiva do indivíduo perante o sistema socioeducativo, quanto ao insucesso de sua reinserção na sociedade.

Além disso, eles revelaram uma probabilidade três vezes maior de procurar atendimento de urgência por queixa de insônia, sintoma presente em quadros que foram também associados a essa população na nossa análise. Ademais, também foi observado que apresentaram maior chance de referir uso de substâncias. Como em ambiente de acautelamento, precisam se manter abstinentes, isso pode ser um fator contribuinte à maior queixa de insônia¹⁹.

Os pacientes em cumprimento de MSE deste estudo relataram menos queixas que os outros adolescentes das seguintes condições: agitação, agressividade, dificuldade escolar, dificuldade de atenção, nervosismo e irritabilidade, não obedecer e isolamento. Isso pode estar relacionado com o trabalho conjunto de ressocialização, de tratamento, de acolhimento e de inclusão social realizado pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e pelo Serviço de Saúde Mental InfantoJuvenil. Além disso, tais pacientes eram acompanhados por profissionais da instituição de acautelamento e podem ter direcionado as queixas à situação presente somente na instituição e não em outros ambientes.

Não foram registradas diferenças estatísticas em relação aos grupos quanto às queixas de: ideação de autoextermínio, automutilação, depressão, ansiedade, alucinação, delírio e variação de humor. É interessante salientar que mesmo com a ausência dessas diferenças estatísticas, os pacientes socioeducativos apresentaram mais queixas de tentativa de autoextermínio do que os pacientes não socioeducativos. Isso pode ter acontecido por tais pacientes apresentarem uma tentativa de autoextermínio mais impulsiva, sem relação com ideação ou planejamento. Além disso, também analisando o fato de tais pacientes apresentarem mais diagnósticos de TRE, pode ser hipotetizado se não está relacionada com o próprio acautelamento ou traumas e frustrações mais recentes que levaram a alguma atitude impulsiva.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou delinear os perfis sociodemográfico e epidemiológico, os quais demonstraram que os jovens em conflito com a lei provêm de uma parcela da população que sabidamente se insere em contextos de vulnerabilidade social. Experiências vivenciadas na comunidade, na família, no socioeducativo e nos serviços de saúde constituem padrões de referência para esses jovens em conflito com a lei, de forma que contribuem para a formação de seus valores, hábitos e caráter. A partir dos dados apresentados, essa pesquisa torna-se relevante para o desenvolvimento de estratégias preventivas, o manejo, bem como a decisão clínica relacionada à população estudada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 16 julho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
2. Costa ND, Silva PR. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22:1467-78. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33562016>
3. da Gama CA, Campos RT, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2014;17(1):69-84. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>
4. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Panorama Nacional. A Execução de Medida Socioeducativa de Internação. Brasília: CNJ; 2012. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/panorama_nacional_doj_web.pdf
5. Abram KM, Teplin LA, McClelland GM, Dulcan MK. Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of general psychiatry*. 2003 Nov 1;60(11):1097-108. doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.11.1097>.
6. Colins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, van den Brink W, Doreleijers T, Broekaert E. Psychiatric disorders in detained male adolescents: a systematic literature review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2010 Apr;55(4):255-63. doi: <https://doi.org/10.1177/070674371005500409>
7. Teplin LA, Welty LJ, Abram KM, Dulcan MK, Washburn JJ. Prevalence and persistence of psychiatric disorders in youth after detention: A prospective longitudinal study. *Archives of general psychiatry*. 2012 Oct

- 1;69(10):1031-43. doi:
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2062>
8. Fazel S, Doll H, Långström N. Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Sep;47(9):1010-9. doi:
<https://doi.org/10.1097/chi.0bo13e31817eef3>
9. Dória GM. Avaliação dos transtornos psiquiátricos em adolescentes em conflito com a lei [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011. Disponível em:
<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/36834>
10. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). Levantamento nacional de informações penitenciárias–Infopen. 2017. Disponível em:
<http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>
11. Khoddam, R., Worley, M., Browne, K. C., Doran, N., & Brown, S. A. Family history density predicts long term substance use outcomes in an adolescent treatment sample. *Drug and alcohol dependence*. 2015. 147, 235-242. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.009>
12. Acheson, A., Vincent, A. S., Cohoon, A. J., & Lohvallo, W. R. Defining the phenotype of young adults with family histories of alcohol and other substance use disorders: Studies from the family health patterns project. *Addictive behaviors*. 2018. 77, 247-254. Doi:
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.10.014>
13. Civit-Ramirez, M., Canalias-Perez, O., & Ochoa, S. Troubled adolescents: substance abuse and mental disorder in young offenders. *Actas Esp Psiquiatr*. 2015. 43(6), 197-204. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26631302/>

14. Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., Sampson, N., & Kessler, R. C. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction* (Abingdon, England). 2010. 105(6), 1117–1128. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x>
15. Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2003 Jun;25:12-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004>
16. World Health Organization. *Suicide in the world: Global Health Estimatives*. Geneva. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>
17. Pietro D, Tavares M. Risk factors for suicide and suicide attempt: incidence, stressful events and mental disorders. *Braz J Psychiatry*. 2005; 54:146-54. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/286984229_Risk_factors_for_suicide_and_suicide_attempt_Incidence_stressful_events_and_mental_disorders
18. Borges VR, Werlang BS. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2006 Dec;11(3):345-51. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

6. LIMITAÇÕES

O estudo foi baseado em informações de prontuário de atendimentos de urgência, quando a entrevista costuma ser mais objetiva e diretiva para a resolução de uma crise. Dessa forma, os diagnósticos não foram estabelecidos por meio de entrevistas com questionários padronizados. Porém, todos os diagnósticos considerados foram feitos por médicos com residência em psiquiatria. Além disso, todos os estudos realizados até o momento, em serviços de urgência foram feitos com informações de prontuários exatamente pela dificuldade de se coletar esses dados em situações de crise.

7. CONCLUSÃO

No serviço de urgência em psiquiatria da infância e adolescência analisado, o perfil de pacientes atendidos era composto em sua maioria por adolescentes do sexo masculino. As queixas mais comuns foram agitação, agressividade, irritabilidade e suicidabilidade. Já os diagnósticos mais frequentes foram depressão, TDAH, DI, Transtornos de conduta, TEA e transtornos por uso de SPA (Gandra et al., 2020). Apesar de alguns dados encontrados serem semelhantes ao já visto na literatura mundial, algumas divergências podem ser justificadas por particularidades inerentes a cada serviço, região e forma de coleta de dados.

Por outro lado, o estudo específico de irritabilidade, TEA e adolescentes em cumprimento de MSE faz-se necessário em busca de preenchimento de lacunas na literatura nacional. Ao optar por analisar estas situações e condições clínicas pouco estudadas na literatura de urgência psiquiátrica, o conjunto de referências para comparação é ainda limitado. Em alguns casos, há uma carência significativa de estudos equivalentes na literatura (Kalb et al., 2019; Lo et al., 2020; Ali et al., 2012).

Sobre a irritabilidade

Seguindo essa perspectiva, a escolha da irritabilidade como sintoma a ser estudado em um contexto de urgência tem relevância significativa. Além de figurar como um dos sintomas mais prevalentes em situações de atendimento de urgência relacionado à PIA, possivelmente devido sua natureza transnosográfica, a análise da irritabilidade nesse cenário contribui para a identificação de potenciais características clínicas que facilitem o diagnóstico diferencial. Esse estudo evidenciou que os sujeitos que acessam a urgência de PIA referindo queixa de irritabilidade apresentam uma média de idade de 12,6 \pm 3,9 anos (média \pm DP) e têm maior probabilidade de serem do sexo masculino, filhos adotivos e residentes em municípios do interior do estado, quando comparados a outros jovens atendidos no mesmo período. Esses pacientes também apresentaram maior chance de ter agitação, agressividade, ansiedade, deficit de atenção, dificuldade escolar e labilidade do humor como

queixas associadas. Por outro lado, eles têm menor chance de tentativa de suicídio, automutilação e tristeza.

Os dados também revelaram que os indivíduos que apresentaram queixas relativas à irritabilidade demandaram maior intervenção psiquiátrica em comparação com os outros pacientes. Desse modo, no âmbito desse serviço, a presença de irritabilidade parece estar associada a condições clínicas mais graves.

Na análise das condições concomitantes, verificou-se que sujeitos portadores de epilepsia ou com retardo no desenvolvimento neuropsicomotor exibiram uma probabilidade ampliada de expressar a queixa de irritabilidade. Essa observação respalda informações previamente registradas na literatura, permitindo assim aventar a possibilidade de considerar essas condições como fatores de risco potenciais para a manifestação de irritabilidade entre crianças e adolescentes (Kwon & Park, 2016; Eun & Hahn, 2015).

A manifestação de irritabilidade como sintoma também demonstrou associação com maior probabilidade de receber o diagnóstico de TDAH, TOD e transtorno de humor não especificado. No caso dos transtornos de humor, a pesquisa revelou uma correlação negativa com transtorno depressivo, o que pode ser um atribuído, em parte, às orientações do DSM-5 que enfatiza a presença de irritabilidade grave e persistente como componente vinculado ao diagnóstico de Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor (TDDH). No cenário de atendimento de urgência, onde as entrevistas tendem a ser mais concisas, é plausível que os profissionais tenham optado por avaliar esses quadros de maneira menos detalhada, possivelmente resultando em diagnósticos menos específicos, como o Transtorno de Humor não especificado. De maneira semelhante, essa explicação parece igualmente válida para a ausência de associação com o Transtorno Bipolar dentro do escopo do presente estudo.

No tocante aos transtornos do neurodesenvolvimento que demonstraram correlação positiva, a irritabilidade está entre os critérios diagnósticos de TOD e, embora não seja um critério diagnóstico para o TDAH, a literatura documenta relatos da presença desse sintoma em associação com a condição de TDAH. Ainda sobre os transtornos do neurodesenvolvimento, apesar de não ter sido constatada uma associação com o TEA como hipótese diagnóstica

avertada durante o atendimento, este foi o único diagnóstico preexistente que evidenciou uma correlação positiva com a busca por atendimento de urgência motivada pela queixa de irritabilidade (American Psychiatric Association, 2013; Shaw et al, 2016).

Sobre o transtorno do espectro autista

Dentro dessa perspectiva, a escolha de avaliar o perfil de pacientes com TEA atendidos na urgência deste serviço tornou-se ainda mais importante. Eles representam 6,7% (n = 112) dos pacientes atendidos no período avaliado, maioria do sexo masculino (83,0%), com média de idade de $10,0 \pm 4,0$ anos (média \pm DP). Dentre esses casos, 26 (23,2%) receberam o diagnóstico inicial de TEA no atendimento de urgência e tinham idade média de $8,86 \pm 4,7$ anos (média \pm DP), considerada tardia para o diagnóstico (Lord et al, 2018; Espinosa et al, 2018). Este é um ponto importante a ser destacado: o fato de uma fração relevante dessas crianças ter tido diagnóstico tardio e em condições inapropriadas, como o serviço de urgência. Considerando que a discussão acerca do TEA enfatiza a relevância do diagnóstico precoce, esse resultado fortalece a hipótese levantada de que a unidade de urgência pode representar um ponto de primeiro contato de algumas crianças ou adolescentes com transtornos mentais ao sistema de saúde, sustentando a narrativa de que os serviços de urgência podem destacar lacunas não supridas na atenção básica (Lord e tal, 2018).

Além disso, também foi observado que os pacientes com TEA têm maior probabilidade de procurarem o serviço por queixas de agitação, agressividade e irritabilidade em comparação aos outros jovens atendidos no mesmo período. Estes dados são concordantes com o que tem sido documentado na literatura (Lo et al., 2020; Kalb et al., 2019; Lord et al, 2018; McGonigle et al, 2013; American Psychiatric Association, 2013). Ademais, verificou-se uma probabilidade aumentada de ocorrência de deficiência intelectual e epilepsia, como condições coexistentes, sugerindo que os pacientes que recorreram à urgência possam representar casos mais graves.

Assim, considerando as políticas de saúde vigentes até o momento, há ainda uma reduzida discussão sobre o TEA no contexto de atendimento de urgência. A Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do

Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, delineada pelo Ministério da Saúde em 2015, tem como foco estabelecer o acompanhamento a partir do primeiro contato da pessoa com TEA com os serviços de saúde, independentemente de onde ocorra. Embora mencione como recursos para lidar com crises o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços móveis de urgência, hospitais e unidades de saúde mental em hospitais gerais, a realidade brasileira muitas vezes não está devidamente preparada para receber pacientes com TEA em situações de crise (Brasil. Ministério da Saúde, 2015.). Adicionalmente, considerando os aspectos relacionados à saúde pública e às perspectivas de implementar intervenções de forma igualitária e universal, é interessante direcionar investimentos na capacitação dos profissionais da área da saúde, com o propósito de aprimorar o reconhecimento e a intervenção precoce nos casos de Transtorno do Espectro Autista (TEA), assim como proporcionar acolhimento e orientação aos pais ou responsáveis. Preparar a equipe de saúde para acolher as famílias afetadas e capacitar os cuidadores a lidar com situações de crise emerge como uma estratégia pertinente no âmbito da saúde pública.

Sobre os pacientes com relato de uso de substâncias

Na análise dos pacientes que foram atendidos em serviços de urgência e que relataram o consumo de substâncias psicoativas (SPA), este estudo identificou um perfil preponderantemente composto por adolescentes do sexo masculino, associado a uma menor probabilidade de relato de consumo entre aqueles que se autodeclararam como brancos. Além disso, esse grupo exibiu uma inclinação notável para a evasão escolar e uma taxa elevada de comorbidades psiquiátricas, alcançando uma prevalência de 87%. A coocorrência de transtornos psiquiátricos é um fenômeno previamente documentado na literatura, revestindo-se de importância devido à possível implicação do consumo de SPA como fator desencadeante ou agravante de outras condições (Burkstein, 2019; Benner & Wang, 2015).

É plausível conjecturar que a prevalência de jovens que fazem uso SPA neste estabelecimento de saúde possa ser ainda maior, uma vez que a investigação do consumo de SPA pode não ter sido abarcada em todos os

atendimentos. É válido assinalar que os dados em questão emanam de um serviço de urgência destinado a PIA, no qual 17,7% das consultas registraram o uso de SPA, o que confere à unidade de urgência um papel crucial na trama da atenção direcionada a crianças e adolescentes, visando abordagens destinadas ao controle do uso dessas substâncias e ao início de tratamento sempre que indicado.

Além disso, outro dado relevante fornecido por esse estudo foi a constatação de que 24,8% dos atendimentos com relato de uso de SPA envolviam adolescentes em situação de cumprimento de medida socioeducativa (MSE). Cumpre destacar que a correlação entre o uso de substâncias psicoativas (SPA) e as vulnerabilidades psicossociais, bem como com a prática de atividades criminais, constitui uma relação estabelecida (Teplin et al., 2012; Collins et al, 2010; Fazel et al, 2008; Abram et al, 2003). Como resultado, é admissível considerar as unidades socioeducativas como espaços complementares para a implementação de abordagens direcionadas à prevenção e ao tratamento das problemáticas associadas ao uso de SPA.

Sobre os adolescentes em cumprindo de MSE

Nesse contexto, torna-se ainda mais relevante a seleção dos adolescentes sob MSE como a população vulnerável a ser investigada nos atendimentos de urgência deste serviço. O estudo em análise revelou um padrão característico entre os jovens cumprindo MSE, com uma média de idade de $15,9 \pm 1,1$ anos (média \pm DP), predominantemente do sexo masculino e pardos. Contudo, um achado significativo foi evidenciado ao compará-los aos pares, quando se constatou uma maior probabilidade de serem de cor preta e menor probabilidade de cor branca. Esses achados estão em consonância com o perfil de menores infratores do Brasil, segundo levantamento do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN), 2017).

Adicionalmente, conforme dados relatados no estudo anterior, esta avaliação evidenciou uma probabilidade aumentada de uso de SPA, bem como maior incidência de familiares com uso de SPA. Comparativamente aos seus pares atendidos no mesmo serviço, esses adolescentes manifestam uma probabilidade substancialmente superior de serem diagnosticados com

transtorno de conduta, transtorno por uso de substâncias e transtornos relacionados a eventos traumáticos. Um achado de particular importância nessa população é a probabilidade significativamente mais elevada de relatarem a ocorrência de eventos traumáticos em suas vidas (cerca de 60 vezes mais).

Considerando os dados apresentados, é pertinente salientar a conexão identificada entre o SPA, vulnerabilidades, comportamento delituoso e reincidência criminal, como previamente documentado na literatura. A consistência de dados destaca a importância de uma análise mais aprofundada desse tópico, uma vez que isso pode evidenciar tanto a seletividade penal quanto a eficácia limitada do processo de reabilitação e reintegração social de jovens em MSE. Assim, ao compreender o perfil dessa população, torna-se viável debater estratégias autenticamente socioeducativas, visando não somente as taxas de reincidência criminal, mas também na abordagem do uso de SPA e na identificação e intervenção precoce em transtornos psiquiátricos. Isso, por sua vez, contribui para diminuir as pressões sobre a rede de atenção à criança e adolescente, abrangendo não apenas a área da saúde, mas também aspectos relacionados à educação e assistência social.

A partir dessa perspectiva, a inclusão de programas de prevenção, intervenção e tratamento do uso de SPA nas unidades socioeducativas pode servir para atenuar o ciclo interligado de comportamentos de risco, vulnerabilidades psicossociais e criminalidade. Isso aponta para a necessidade de uma abordagem integrada e multidisciplinar que englobe tanto aspectos legais e educacionais quanto de saúde mental, a fim de fornecer uma estrutura abrangente para lidar com essas complexas interações.

Em resumo

Em suma, os dados foram apresentados e algumas lacunas na rede de cuidados da criança e adolescente foram levantadas. A partir do conhecimento deste cenário, emerge a necessidade de se debater sobre estratégias de aprimoramento e cobertura das lacunas encontradas. No contexto brasileiro, há documentos que orientam a estruturação da rede de cuidados, entretanto, a concretização prática ainda se encontra distante do ideal. Na prática, os serviços adaptam-se às limitações da infraestrutura disponível, tanto física

quanto pessoal. Formular propostas de intervenções sem uma compreensão sólida do panorama é um desafio complexo. Este trabalho visa contribuir através da análise de dados assistenciais de um serviço de urgência psiquiátrica, assim como, levantar questões e apontar para a necessidade de mais estudos brasileiros na área.

Por fim, as descobertas deste estudo corroboram alguns dados observados na literatura em contextos similares, embora apresentem algumas divergências que podem ser explicadas pelas características específicas do serviço e da população investigada. O serviço onde a pesquisa foi conduzida era o único serviço, de Minas Gerais, de atendimento de urgência em PIA com funcionamento 24 horas por dia e nos sete dias da semana, sendo a referência para o estado. Portanto, os resultados deste estudo oferecem insights que não se aplicam apenas à cidade de Belo Horizonte, mas, podem também ser importante fonte de dados para orientar o desenvolvimento de estratégias de atendimento em rede para outros municípios. Desta forma, não é possível generalizar estes dados e mais estudos brasileiros são necessários.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abram, K. M., Teplin, L. A., McClelland, G. M., & Dulcan, M. K. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 60(11), 1097-1108. doi:10.1001/archpsyc.60.11.1097.

Acheson, A., Vincent, A. S., Cohoon, A. J., & Lovallo, W. R. (2018). Defining the phenotype of young adults with family histories of alcohol and other substance use disorders: Studies from the family health patterns project. *Addictive Behaviors*, 77, 247-254. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.10.014>

Ali, S., Rosychuk, R. J., Dong, K. A., McGrath, P. J., & Newton, A. S. (2012). Temporal trends in pediatric mental health visits: Using longitudinal data to inform emergency department health care planning. *Pediatric Emergency Care*, 28(7), 620–625.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Avenevoli, S., Blader, J. C., & Leibenluft, E. (2015). Irritability in youth: an update. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(11), 881.

Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3281-3294.

Benner, A. D., & Wang, Y. (2015). Adolescent substance use: The role of demographic marginalization and socioemotional distress. *Developmental Psychology*, 51(8), 1086-1097. <https://dx.doi.org/10.1037/dev0000026>.

Bertoni, N., Bastos, F. I., Mello, M. B., Makuch, M. Y., Sousa, M. H., Osis, M. J., et al. (2009). Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), 25(6), 1350-1360. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600017>.

Birmaher, B., Gill, M. K., Axelson, D. A., Goldstein, B. I., Goldstein, T. R., Yu, H., Hower, H. (2014). Longitudinal trajectories and associated baseline predictors in youths with bipolar spectrum disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(9), 990-999.

Borges, V. R., & Werlang, B. S. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia* (Natal), 11(3), 345-351. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>

Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2012). Panorama Nacional. A Execução de Medida Socioeducativa de Internação. Brasília: CNJ. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/panorama_nacional_doj_web.pdf.

Brasil. (1990). Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 16 de julho de 1990. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. (2015). Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Broecker, C. Z., & Jou, G. I. (2007). Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química. *Psico-USF* (Porto Alegre),

12(2), 269-279. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v12n2/v12n2a15.pdf>.

Brotman, M. A., Kircanski, K., & Leibenluft, E. (2017). Irritability in Children and Adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 317–341.

Bukstein, O. (2019). Substance use disorder in adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/substance-use-disorder-in-adolescents-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-and-consequences-course-assessment-and-diagnosis>.

Carlini, E. L. A., Noto, A. R., Sanchez, V. D. M., Carlini, C. M. A., Locatelli, D. P., Abeid, L. R., et al. (2010). VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. CEBRID; UNIFESP. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/vi-levantamento-estudantes-2010/>

Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2015). Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50). Rockville, MD. Available from: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf>.

Civit-Ramirez, M., Canalias-Perez, O., & Ochoa, S. (2015). Troubled adolescents: Substance abuse and mental disorder in young offenders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(6), 197-204. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26631302/>

Coccaro, E. F., Bergeman, C. S., Kavoussi, R. J., & Seroczynski, A. D. (1997). Heritability of aggression and irritability: a twin study of the Buss—Durkee Aggression Scales in adult male subjects. *Biological Psychiatry*, 41(3), 273-284.

Colins, O., Vermeiren, R., Vreugdenhil, C., van den Brink, W., Doreleijers, T., & Broekaert, E. (2010). Psychiatric disorders in detained male adolescents: A systematic literature review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(4), 255-263. doi:10.1177/070674371005500409.

Comer, J. S., Pincus, D. B., & Hofmann, S. G. (2012). Generalized anxiety disorder and the proposed associated symptoms criterion change for DSM-5 in a treatment-seeking sample of anxious youth. *Depression and Anxiety*, 29(12), 994-1003.

Conselho Federal de Medicina. (1995). Resolução CFM nº 1451 de 17 de março de 1995: Define as condições estruturais, materiais e humanas ao atendimento à população nos serviços de Prontos Socorros. Recuperado em 16 de agosto de 2023, de https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf.

Copeland, W. E., Brotman, M. A., & Costello, E. J. (2015). Normative irritability in youth: developmental findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(8), 635-642. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.05.010>.

Cornacchio, D., Crum, K. I., Coxe, S., Pincus, D. B., & Comer, J. S. (2016). Irritability and severity of anxious symptomatology among youth with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(1), 54-61.

Costa, N. D., & Silva, P. R. (2017). A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1467-1478. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33562016>.

Costello, E. J., He, J.-P., Sampson, N. A., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2014). Services for adolescents with psychiatric disorders: 12-month data from

the National Comorbidity Survey-Adolescent. *Psychiatric Services*, 65(3), 359–366.

Côté, S. M., Vaillancourt, T., Barker, E. D., Nagin, D., & Tremblay, R. E. (2007). The joint development of physical and indirect aggression: Predictors of continuity and change during childhood. *Development and Psychopathology*, 19(1), 37-55.

Crick, N. R. (1995). Relational aggression: The role of intent attributions, feelings of distress, and provocation type. *Development and Psychopathology*, 7(2), 313-322.

Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816. <https://doi.org/10.1037/a0034733>.

da Gama, C. A., Campos, R. T., & Ferrer, A. L. (2014). Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(1), 69-84. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>.

Deolmi, M., Turco, E. C., Pellegrini, P., Marchesi, C., & Pisani, F. (2021). Psychiatric Emergency in Children and Adolescents: A Retrospective Study in Parma Local Health Unit. *Behavioural Neurology*, 2021, 8848387.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). (2017). Levantamento nacional de informações penitenciárias – Infopen. Retrieved from <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>

Dória, G. M. (2011). Avaliação dos transtornos psiquiátricos em adolescentes em conflito com a lei [Dissertação]. Universidade Federal do Paraná. Retrieved from <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/36834>.

Dormitzer, C. M., Gonzalez, G. B., Penna, M., Bejarano, J., Obando, P., & Sanchez, M. (2004). The PACARDO research project: youthful drug involvement in Central America and the Dominican Republic. *Rev Panam Salud Pública*, 15, 400-16. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892004000600006>.

Drummond EF, Souza HNF, Hang-Costa TA. Homicídios, álcool e drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2000-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde (Brasília)*. 2015;24(4):607-616. doi: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400003>.

Duffy, A., Horrocks, J., Milin, R., Doucette, S., Persson, G., & Grof, P. (2012). Adolescent substance use disorder during the early stages of bipolar disorder: a prospective high-risk study. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 57-64. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.010>.

Elicker, E., Palazzo, L. S., Aerts, D. R. G. C., Alves, G. G., & Câmara, S. (2015). Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde (Brasília)*, 24(3), 399-410. doi: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300006>.

Espinosa, E., Mera, P., & Toledo, D. (2018). Trastorno del espectro autista: Caracterización clínica en pacientes de dos centros de referencia en Bogotá, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 26(1), 34-44.

Eun, S. H., & Hahn, S. H. (2015). Metabolic evaluation of children with global developmental delay. *Korean Journal of Pediatrics*, 58(4), 117.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2015). European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). ESPAD Report 2015: results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Lisboa, Portugal. Available from: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf.

Fazel, S., Doll, H., & Långström, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: A systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1010-1019. doi:10.1097/chi.obo13e31817eecf3.

Fremont, W. P., Nastasi, R., Newman, N., & Roizen, N. J. (2008). Comfort level of pediatricians and family medicine physicians diagnosing and treating child and adolescent psychiatric disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(2), 153–168.

Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25, 12-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004>

Gallassi, A. D., Santos, S. L., Santos, V. D., Nakano, E. Y., Fischer, B., Galinkin, A. L., & Wagner, G. A. (2015). Factors associated with recidivism among adolescent girls in conflict with the law in an institution in Brasília, Federal District, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(12), 2615-2623.

Gallo, A. E., & Williams, L. C. A. (2005). Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 181-191. <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n2/06.pdf>.

Gandra, A. L. S., Campos, A. M. F., Chaves, A. C. M., Machado, M. C. L., Vaz-Tostes, J. P., & da Cunha, L. R. (2020). Perfil de pacientes atendidos em serviço de urgência em psiquiatria da infância e adolescência de Belo Horizonte. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 4(2), 1–6.

Garcia, F. (2014). *Manual de abordagem de dependências químicas*. Belo Horizonte: Utopika Editorial.

Gerson, R., Malas, N., Feuer, V., Silver, G. H., Prasad, R., & Mroczkowski, M. M. (2019). *Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and*

Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 20(2), 409–418

Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., et al. (2019). Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76, 426. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>.

Grupp-Phelan, J., Harman, J. S., & Kelleher, K. J. (2007). Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments. *Public Health Reports*, 122(1), 55–61.

Haller, S. P., Kircanski, K., Stringaris, A., Clayton, M., Bui, H., Agorsor, C., Leibenluft, E. (2020). The Clinician Affective Reactivity Index: Validity and Reliability of a Clinician-Rated Assessment of Irritability. *Behavior Therapy*, 51(2), 283–293. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.008>.

Hess, A. R. B., & Falcke, D. (2013). Sintomas internalizantes na adolescência e as relações familiares: uma revisão sistemática da literatura. *Psico-USF*, 18(2), 263-276.

Horta, R. L., Mola, C. L., Horta, B. L., Mattos, C. N. B., Andreazzi, M. A., Oliveira-Campos, M., et al. (2018). Prevalência e condições associadas ao uso de drogas ilícitas na vida: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia (Porto Alegre)*, 21(sup.1), e180007. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180007>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais dos domicílios e moradores: 2019. [Internet] 2020. [cited 2021 Nov 01]. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnadcontinua.html?edicao=27258&t=publicacoes>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Educação 2019: Mais da metade das pessoas de 25 anos ou mais não completaram o ensino médio [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 5]. <https://ibge.gov.br/pnad-educacao-2019>.

Kalb, L. G., Stapp, E. K., Ballard, E. D., Hologue, C., Keefer, A., & Riley, A. (2019). Trends in Psychiatric Emergency Department Visits Among Youth and Young Adults in the US. *Pediatrics*, 143(4), e20182192.

Kalb, L. G., Stuart, E. A., Freedman, B., Zablotsky, B., & Vasa, R. (2012). Psychiatric-related emergency department visits among children with autism spectrum disorder. *Pediatric Emergency Care*, 28(12), 1269-1276.

Khoddam, R., Worley, M., Browne, K. C., Doran, N., & Brown, S. A. (2015). Family history density predicts long term substance use outcomes in an adolescent treatment sample. *Drug and alcohol dependence*, 147, 235-242. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.009>.

Krieger, F. V., Leibenluft, E., Stringaris, A., & Polanczyk, G. V. Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates, and future opportunities. *Braz J Psychiatry*. 2013;35,S32-S39.

Kwon, O. Y., & Park, S. P. (2016). Interictal fatigue and its predictors in epilepsy patients: a case-control study. *Seizure*, 34, 48-53.

Leibenluft, E. (2017). Pediatric irritability: a systems neuroscience approach. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(4), 277-289.

Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS. Chronic Versus Episodic Irritability in Youth: A Community-Based, Longitudinal Study of Clinical and Diagnostic Associations. *J Child Adol Psychop*. 2006;16(4):456-66.

Leitner, Y. (2014). The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children - what do we know? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 268.

Lo, C. B., Bridge, J. A., Shi, J., Ludwig, L., & Stanley, R. M. (2020). Children's mental health emergency department visits: 2007-2016. *Pediatrics*, 145(6), e20191536.

Lopes, G. M., Nobrega, B. A., Del Prette, G., & Scivoletto, S. (2013). Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Rev Bras Psiquiatr (São Paulo)*, 35(1), S51-S61. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-S105>.

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism Spectrum Disorder. *The Lancet*, 392, 508-520.

Luby, J. L., Gaffrey, M. S., Tillman, R., et al. (2014). Trajectories of preschool disorders to full DSM depression at school age and early adolescence: continuity of preschool depression. *American Journal of Psychiatry*, 171, 768.

Mapelli, E., Black, T., & Doan, Q. (2015). Trends in Pediatric Emergency Department Utilization for Mental Health-Related Visits. *The Journal of Pediatrics*, 167(4), 905–910.

McArdle, P. (2008). Use and misuse of drugs and alcohol in adolescence. *BMJ*, 337(7660), 46–50. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.a306>.

Machado, M. C. L., Sedlmaier, M. M. G., Brandão, M. P. A. S., Barros, F. C. P., & Ferreira, R. (2019). Perfil sociodemográfico e clínico do atendimento psiquiátrico infanto-juvenil em ambulatório universitário. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 3(1), 42-48.

McGonigle, J. J., Venkat, A., Beresford, C., Campbell, T. P., & Gabriels, R. L. (2013). Management of Agitation in Individuals with Autism Spectrum Disorders

in the Emergency Department. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 83-95.

Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7-20. doi: 10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas.

Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em 16 de agosto de 2023, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Mutlu, C., Kilicoglu, A. G., Gunes, H., Adaletli, H., Metin, H., Bahali, M. K., Ipek, H., & Uneri, O. S. (2015). Characteristics of pediatric psychiatric emergency population in a mental health hospital. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 14(3), 123–130.

Nascimento, M. O., & Avallone, D. M. (2013). Prevalência do uso de drogas entre adolescentes nos diferentes turnos escolares. *Adolescência & Saúde*, 10(4), 41-49. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v10n4a06.pdf>.

Organização Mundial da Saúde. (1992). *Classificação internacional de doenças* (10ª ed.). Autor.

Peen, J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 84-93.

Pietro, D., & Tavares, M. (2005). Risk factors for suicide and suicide attempt: incidence, stressful events and mental disorders. *Braz J Psychiatry*, 54, 146-

154. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/286984229_Risk_factors_for_suicide_and_suicide_attempt_Incidence_stressful_events_and_mental_disorders

Pikard, J., Roberts, N., & Groll, D. (2018). Pediatric Referrals for Urgent Psychiatric Consultation: Clinical Characteristics, Diagnoses and Outcome of 4 to 12 Year Old Children. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie Canadienne de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent*, 27(4), 245–251.

Pinto, R. N. M., Torquato, I. M. B., Collet, N., Reichert, A. P. S., & Souza, V. L. N. (2016). Autismo Infantil: Impacto do Diagnóstico e Repercussões nas Relações Familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3), e61572.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>.

Porter, M., Gracia, R., Oliva, J.-C., Pàmias, M., Garcia-Parés, G., & Cobo, J. (2016). Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 44(6), 203–211.

Ratto, A. B., & Mesibov, G. B. (2015). Autism Spectrum Disorders in Adolescence and Adulthood: Long-term Outcomes and Relevant Issues for Treatment and Research. *Science China Life Sciences*, 58(10), 1010-1015.

Resende, A. Z., & Volpe, F. M. (2021). A disparidade entre a demanda e a oferta de psiquiatras da infância e adolescência em Minas Gerais. In *RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde* (Vol. 18, Issue 4, pp. 1–13). <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i4.7286>.

Roberson-Nay, R., Leibenluft, E., Brotman, M. A., Myers, J., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Kendler, K. S. (2015). Longitudinal stability of genetic and environmental influences on irritability: From childhood to young adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 657-664.

Rocha, C. C., Souza, S. M. V., Costa, A. F., & Portes, J. R. M. (2019). O Perfil da População Infantil com Suspeita de Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista Atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma Cidade do Sul do Brasil. *Physis*, 29(4).

Santillanes, G., Kearl, Y. L., Lam, C. N., & Claudius, I. A. (2017). Involuntary Psychiatric Holds in Preadolescent Children. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 18(6), 1159–1165.

Scivoletto, S., Boarati, M. A., & Turkiewicz, G. (2010). [Psychiatric emergencies in childhood and adolescence]. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 32(Suppl 2), S112–S120.

Scomparini, L. B., Santos, B., Rosenheck, R. A., & Scivoletto, S. (2013). Association of child maltreatment and psychiatric diagnosis in Brazilian children and adolescents. *Clinics (São Paulo)*, 68(8), 1096-1102. doi: [https://dx.doi.org/10.6061/clinics/2013\(08\)06](https://dx.doi.org/10.6061/clinics/2013(08)06).

Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2016). Emotion dysregulation in attention-deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293.

Silva, E. F., Pavani, R. A. B., Moraes, M. S., & Neto, F. C. (2006). Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1151-1158. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600004>.

Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders:

Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929.

So, P., Wierdsma, A. I., Vermeiren, R. R. J. M., & Mulder, C. L. (2022). Psychiatric Emergencies in Minors: The Impact of Sex and Age. *Pediatric Emergency Care*, 38(6), 258–263.

Stringaris, A., Maughan, B., Copeland, W. S., Costello, E. J., & Angold, A. (2013). Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 831–840.

Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: Results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(6), 1117–1128. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x>

Tavano, S., Caini, S., Sforzi, I., Silvestri, C., Voller, F., & Pisano, T. (2023). Mental Health of Children and Adolescents before and during the COVID-19 Pandemic: How Did the Lockdown Modify Psychiatric Emergencies in Tuscany, Italy? *Journal of Clinical Medicine*, 12, 4154. <https://doi.org/10.3390/jcm12124154>.

Tonezer, J., Muller, T., Rocha, G. P., Recondo, R., Nogueira, E. L., & Spanemberg, L. (2015). Clinical Profile and Sex Differences in Brazilian Children and Adolescents Receiving Psychiatric Services in the Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, 37(12), e901–e904.

Toohey, M. J., & DiGiuseppe, R. (2017). Defining and measuring irritability: construct clarification and differentiation. *Clinical Psychology Review*, 53, 93–108.

Teplin, L. A., Welty, L. J., Abram, K. M., Dulcan, M. K., & Washburn, J. J. (2012). Prevalence and persistence of psychiatric disorders in youth after detention: A prospective longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1031-1043. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2062.

United Nations Organization (UNO). *Drugs, crime, and violence: The microlevel impact*. New York: UNO; 2004. p. 11. Available from: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/English/AR_2003_E_Chapter_I.pdf.

Vaz-Tostes, J. P., Machado, M. C. L., Cunha, L. R., & Chaves, A. C. M. (2019). Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes Atendidos por Comportamento Suicida em um Serviço de Urgência em Psiquiatria da Infância e Adolescência de Belo Horizonte. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 3, 23-29.

Vieira, P. C., Aerts, D. R. G. C., Freddo, S. L., Bittencourt, A., & Monteiro, L. (2008). Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(11), 2487-2498. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100010>.

von Hahn, L. E. (2019). Specific learning disabilities in children: Clinical features. UpToDate.

Wang, J., Simons-Morton, B. G., Farhart, T., & Luk, J. W. (2009). Socio-demographic variability in adolescent substance use: mediation by parents and peers. *Prevention Science*, 10(4), 387-396. doi: <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0141-1>.

Weissman, L., & Bridgemohan, C. (2020). Autism Spectrum Disorder: Clinical Features. UpToDate.

Weissman, L., & Bridgemohan, C. (2019). Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents: Overview of Management. UpToDate.

Weissman, L., & Bridgemohan, C. (2019). Autism Spectrum Disorder: Terminology, Epidemiology, and Pathogenesis. UpToDate.

Whelan, Y. M., Leibenluft, E., Stringaris, A., & Barker, E. D. (2015). Pathways from maternal depressive symptoms to adolescent depressive symptoms: The unique contribution of irritability symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(10), 1092-1100.

Wiggins, J. L., Mitchell, C., Stringaris, A., & Leibenluft, E. (2014). Developmental trajectories of irritability and bidirectional associations with maternal depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(11), 1191-1205.

World Health Organization. (n.d.). Management of substance abuse: Terminology & classification. Retrieved March 22, 2020, from https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/.

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. Geneva. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>.

Zappe, J. G., & Dapper, F. (2017). Drogadição na Adolescência: Família como Fator de Risco ou Proteção. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 9(1), 140-158. doi: <https://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.1616>.

Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C, Stegall S. Emotion regulation in children and adolescents. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2006;27(2):155-68.

Zuckerbrot, R. A., Cheung, A., Jensen, P. S., Stein, R. E., Laraque, D., & GLAD-PC STEERING GROUP. (2018). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*, 141(3), e20174081.

ANEXOS

ANEXO I – Parecer Consubstanciado CEP – FCM-MG

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DE MINAS GERAIS -
FCM-MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Prevalência de transtornos psiquiátricos atendidos na urgência de um serviço de psiquiatria da infância e adolescência

Pesquisador: Maria Carolina Lobato Machado

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 83419717.0.0000.5134

Instituição Proponente: FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.687.203

Apresentação do Projeto:

Apresentação de emenda: "Inclusão da instituição coparticipante Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)."

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Alteração não envolvem riscos adicionais aos participantes de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisado já havia apresentado a carta da instituição CEPAL que pertence a FHEMIG, assim já se conclui que a FHEMIG era coparticipante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta da instituição coparticipante (CEPAL) já havia sido apresentada, assim o termo obrigatório foi apresentado de acordo com a RE 466/2012.

Recomendações:

O CEP em seu parecer 2.637.358 (o parecer de aprovação) recomendou acrescentar que os resultados gerados na pesquisas serão publicados com os devidos créditos aos autores. (ver pendência 4 do parecer 2.637.358). A recomendação continua, pois essa que não foi atendida pelo pesquisador.

Endereço: Alameda Ezequiel Dias Nº 275
Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.130-110
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3248-7100 E-mail: cep@feluma.org.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DE MINAS GERAIS -
FCM-MG



Continuação do Parecer: 2.687.203

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador já havia apresentado o termo de ciência e responsabilidade da pesquisa da instituição CEPAI, local onde o projeto ocorrerá. Assim se conclui que a FHEMIG será coparticipante da pesquisa, uma vez que o CEPAI pertencer a FHEMIG.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa Ciências Médicas, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_113596_1_E1.pdf	17/05/2018 11:55:58		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromisso.pdf	04/04/2018 21:02:38	Maria Carolina Lobato Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	icpronto.docx	04/04/2018 15:49:44	Maria Carolina Lobato Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle.pdf	04/04/2018 11:59:43	Maria Carolina Lobato Machado	Aceito
Outros	cartaresposta.docx	04/04/2018 07:23:39	ANA MARIA FIDELIS SILVA CAMPOS	Aceito
Outros	fomulariomc.docx	04/04/2018 07:20:28	ANA MARIA FIDELIS SILVA CAMPOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cepai.pdf	19/12/2017 19:59:40	ANA MARIA FIDELIS SILVA CAMPOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termoresp.docx	19/12/2017 19:58:32	ANA MARIA FIDELIS SILVA CAMPOS	Aceito
Folha de Rosto	20171214095111945.pdf	14/12/2017 14:39:05	ANA MARIA FIDELIS SILVA CAMPOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Alameda Ezequiel Dias Nº 275
Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.130-110
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3248-7100 E-mail: cep@feluma.org.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DE MINAS GERAIS -
FCM-MG



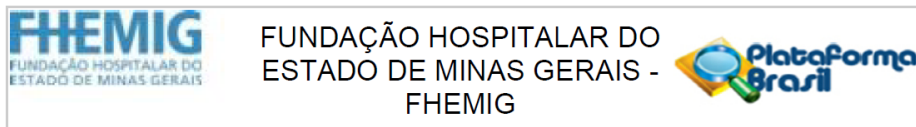
Continuação do Parecer: 2.687.203

BELO HORIZONTE, 01 de Junho de 2018

Assinado por:
Pollyana Anício Magalhães Gontijo
(Coordenador)

Endereço: Alameda Ezequiel Dias Nº 275
Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.130-110
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3248-7100 E-mail: cep@feluma.org.br

ANEXO II – Parecer Consubstanciado CEP - FHEMIG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de transtornos psiquiátricos atendidos na urgência de um serviço de psiquiatria da infância e adolescência

Pesquisador: Maria Carolina Lobato Machado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83419717.0.3001.5119

Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.698.432

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo transversal realizado por meio de análise de prontuários dos pacientes atendidos na urgência do Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI). Serão avaliados os prontuários referentes a todos os atendimentos ocorridos na urgência do CEPAI no período compreendido entre julho de 2017 e julho de 2018. Serão excluídos os prontuários ilegíveis e que não contenham as informações necessárias para o projeto.

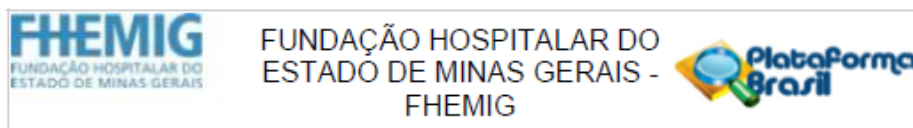
Além da prevalência dos transtornos psiquiátricos, serão avaliados o perfil sociodemográfico e possível sazonalidade da procura por atendimento. O número previsto de participantes inseridos na pesquisa será de 500, podendo ultrapassar ou não, pois dependerá do total de atendimentos na urgência do CEPAI no período especificado.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a prevalência dos quadros psiquiátricos dos pacientes que buscam o atendimento de urgência e emergência em um serviço de saúde mental da infância e adolescência de Belo Horizonte (MG).

Avaliar o perfil clínico-epidemiológico da referida população realizando uma revisão bibliográfica em busca de trabalhos semelhantes que nos permitam comparar os dados obtidos com a literatura internacional e nacional.

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@themig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 2.698.432

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de estudo retrospectivo, assim serão estudados os dados contidos em prontuários, que deverão ser mantidos em sigilo. É um estudo relevante, pois conhecer a dinâmica das doenças mentais em nossa população é sempre importante para construção de políticas públicas de atenção a essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito.
- TCLE: justificada a dispensa do termo.
- FR: devidamente preenchida e assinada.
- Parecer GEP: Aprovado.

Recomendações:

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

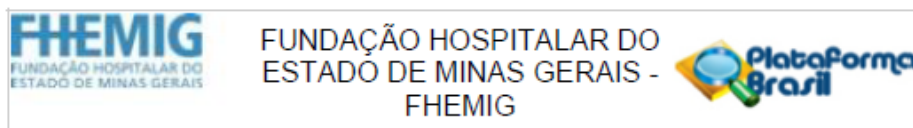
- O estudo pode ser realizado com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	icpronto.docx	04/04/2018 15:49:44	Maria Carolina Lobato Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	dispensatcle.pdf	04/04/2018 11:59:43	Maria Carolina Lobato Machado	Aceito

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
 Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 2.698.432

Ausência	dispensatcle.pdf	04/04/2018 11:59:43	Maria Carolina Lobato Machado	Aceito
Outros	cartaresposta.docx	04/04/2018 07:23:39	ANA MARIA FIDELIS SILVA CAMPOS	Aceito
Outros	fomulariomc.docx	04/04/2018 07:20:28	ANA MARIA FIDELIS SILVA CAMPOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 07 de Junho de 2018

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador)

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
 Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br