

Epidemiologia

Bacy W Fleitlich^a e Robert Goodman^b

^aDepartamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). ^bChild and Adolescent Psychiatry Department, Institute of Psychiatry at the Maudsley, London, UK

Introdução

A epidemiologia psiquiátrica na infância é um campo relativamente novo e a pesquisa nessa área vem crescendo nas últimas três décadas. Apesar disso, há ainda muitas questões metodológicas que permanecem indefinidas. O presente artigo discutirá o significado e a função de estudos realizados nessa área, salientando os resultados mais relevantes e as principais dificuldades metodológicas encontradas. Novos instrumentos de avaliação psicopatológica na infância serão apresentados. As peculiaridades metodológicas de levantamentos epidemiológicos realizados em países em desenvolvimento serão discutidas à luz de um estudo realizado no Brasil. A partir dos achados desse estudo, que desafiaram algumas hipóteses iniciais, serão apresentadas alternativas metodológicas para a identificação de sujeitos e a composição de amostra representativa da população de crianças e adolescentes da região Sudeste do Brasil.

Epidemiologia na área de psiquiatria da infância e da adolescência

O que significa?

A epidemiologia investiga as taxas de transtornos mentais na infância em amostras representativas da população geral. Investiga também os fatores associados à manifestação desses transtornos como, por exemplo, os fatores de risco e os fatores de proteção. Dentre os fatores de risco mais investigados, associados a maior incidência de transtornos mentais em crianças e adolescentes, estão os transtornos mentais e o baixo grau de instrução do cuidador. Os fatores protetores investigados são aqueles estatisticamente associados a menor incidência de transtornos mentais em jovens.

Para que serve?

Através de estudos epidemiológicos, podemos apresentar evidências aos governos, ressaltando a importância da alocação de verbas para a área de saúde mental infantil. Esses estudos evidenciam que: (1) os problemas de saúde mental na infância e na adolescência são comuns e prejudicam o rendimento escolar e o relacionamento social das crianças e adolescentes; (2) os problemas de saúde mental tendem a persistir ao longo dos anos; (3) a maioria das crianças com esses problemas não recebem tratamento adequado; (4) os transtornos não tratados favorecem a ocorrência de eventos graves na vida adulta, como problemas de saúde mental, criminalidade, abuso de álcool e drogas, desemprego prolongado e dificuldades na educação dos filhos.

Conhecer as taxas de transtornos mentais na população auxilia no planejamento dos serviços de saúde oferecidos à comunidade. A identificação dos fatores de risco ou de proteção associados aos principais transtornos pode servir de base para a indicação de tratamentos e para o desenvolvimento de programas de prevenção.

Quais as dificuldades para a realização de pesquisa nessa área?

A pesquisa em epidemiologia apresenta diversas dificuldades metodológicas. Essas podem ser ilustradas, por exemplo, pela grande variação nas taxas de prevalência dos transtornos psiquiátricos observados na infância e adolescência (5% a 50%), segundo diferentes estudos realizados. Para entender essa grande variação, quatro fatores devem ser considerados: (1) a compreensão das perguntas dos questionários pelos entrevistados; (2) a importância da medida do impacto dos sintomas na vida das crianças e adolescentes; (3) a necessidade de múltiplos informantes e de um método para combinar as informações; e (4) a identificação de crianças com problemas na área de saúde mental, que requerem uma intervenção, mas que não preenchem critérios operacionais para os sistemas atuais de diagnóstico.

Compreensão das perguntas do questionário pelos entrevistados

Os entrevistados podem não entender as perguntas, principalmente quando investigamos fenômenos mais raros, como ataques de pânico ou obsessões, que frequentemente são confundidos. Nesses casos, muitas vezes os entrevistados respondem “sim”, mas ao descreverem o fenômeno, percebemos que não se referem àquilo que realmente havíamos perguntado.

A importância da medida de impacto e não apenas dos sintomas

O impacto dos sintomas na vida da criança ou adolescente é essencial para identificarmos a presença de um transtorno psiquiátrico que realmente requeira intervenção. A investigação apenas de sintomas não é suficiente, pois sabemos que a maioria (90% a 100%) das crianças tem pelo menos alguns sintomas e cerca de 30% a 50% das crianças com sintomas preenchem critérios diagnósticos. Entretanto, em apenas 5% a 15% das crianças sintomáticas, observa-se um impacto significativo dos sintomas em suas vidas, trazendo sofrimento psíquico e interferência substancial em seu funcionamento.

A necessidade de múltiplos informantes e de um método para combinar as informações

Para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos na infância, observamos a necessidade de múltiplos informantes.

Idealmente, devem ser entrevistados os pais, professores e os próprios jovens maiores de 11 anos (crianças menores de 11 anos não são consideradas bons informantes devido à baixa confiabilidade das respostas). Muitas vezes, para um mesmo indivíduo, parte das informações obtidas dos diversos entrevistados são conflitantes, surgindo a necessidade de um método para combinar as informações. Uma possibilidade seria aceitar como positivos os sintomas descritos por qualquer um dos informantes. Outra seria priorizar determinados informantes (ex. pais nos transtornos da conduta e o próprio jovem nos quadros depressivos). Outra maneira seria utilizar o julgamento clínico para identificar a presença de sintomas.

A identificação de crianças com problemas que requerem uma intervenção, mas que não preenchem critérios operacionais para os sistemas atuais de diagnóstico

Em estudos epidemiológicos, identificamos crianças que têm problemas na área de saúde mental e portanto, requerem alguma intervenção, mas no entanto, não preenchem critérios para os sistemas diagnósticos atuais. Como esses indivíduos poderiam ser classificados? Se utilizarmos o julgamento clínico, é possível formular o diagnóstico de transtornos não especificados (ex. transtorno de ansiedade não especificado).

Vimos até agora qual é o alvo de investigação dos estudos epidemiológicos na psiquiatria da infância e adolescência e para que podem ser úteis. Também exploramos as principais dificuldades presentes na execução e interpretação desse tipo de estudo. Discutiremos a seguir alguns dos principais achados nos países desenvolvidos.

Achados nos países desenvolvidos

Estudos epidemiológicos mais antigos indicavam que, durante o curso de um ano, 5% a 15% das crianças entre 9 e 10 anos apresentavam transtornos emocionais ou de comportamento com prejuízo funcional.¹⁻³ Ilustrando a dificuldade de precisão dos achados em epidemiologia psiquiátrica infantil, uma revisão recente incluiu estudos das quatro últimas décadas, apontando a ampla variação da prevalência estimada (1% a 51%) e as diferenças nos critérios de classificação diagnóstica utilizados, sendo os de Rutter os mais adotados, passando-se posteriormente aos critérios do DSM.⁴

Essa ampla variação deve-se, por exemplo, à variabilidade na delimitação da fronteira entre o que é considerado normal ou patológico. Muitas vezes, não há um limite que defina essa fronteira, mas há graduações no número e na intensidade dos sintomas. A graduação de intensidade dos sintomas foi medida em uma investigação realizada na província de Ontário, Canadá (Ontário Child Health Study – OCHS), utilizando-se o critério de gravidade para depressão maior. As taxas de prevalência para sintomatologia grave foram 0,6% e 1,8% para pré-adolescentes e adolescentes, respectivamente. Já para a sintomatologia leve, as taxas foram de 17,5% e 43,9%, respectivamente.⁵

A falta de concordância entre os diversos informantes sobre a presença de sintomas em um mesmo indivíduo também está associada à ampla variação das taxas de prevalência dos transtornos psiquiátricos na infância e adolescência. Por exemplo, no

OCHS, a prevalência de hiperatividade em meninos de 4 a 11 anos foi de 2,15% de acordo com o relato dos pais. Entretanto, de acordo com os professores, essa taxa aumentou para 7,2%.⁵

Os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes têm sido bastante investigados. Características sociodemográficas, práticas disciplinares adotadas pelos pais, discórdia conjugal, história de transtornos psiquiátricos nos pais e presença de doença física capaz de trazer limitações às crianças são os fatores mais estudados. Um estudo realizado nos Estados Unidos pelo *National Institute of Mental Health* (MECA study) encontrou associação entre transtornos mentais em jovens com baixa renda familiar e idade materna menor de 18 anos por ocasião do nascimento destes. A presença de pais biológicos casados foi identificada como um fator protetor para transtornos psiquiátricos. Outras características familiares e métodos educacionais adotados pelos pais também mostraram associação principalmente com transtornos emocionais e de comportamento: os jovens com transtornos recebiam menos supervisão dos pais, mais castigos e punições corporais.⁶

Mais recentemente, em um estudo epidemiológico conduzido na Inglaterra, 10.500 famílias foram entrevistadas, evidenciando-se 10% de problemas de saúde mental infantil. Nesse estudo, foram utilizados instrumentos e técnicas diagnósticas que permitiram gerar estimativas mais precisas. Os resultados mostraram que entre as crianças de 5 a 15 anos, 5% tinham transtorno de conduta clinicamente significativo, 4% apresentavam transtornos emocionais (ansiedade e depressão) e 1% foram diagnosticadas como hiperativas.⁷

Achados nos países em desenvolvimento

Recentemente, uma revisão da literatura apontou questões relevantes para as investigações de prevalência em saúde mental infantil em países em desenvolvimento, como a controvérsia entre a adoção de medidas universais ou de categorias locais para a definição de caso e a dificuldade na escolha das fontes mais apropriadas para a identificação de sujeitos (por exemplo, comparando-se as fontes domiciliar e escolar).⁸

Investigando as questões acima, um estudo realizado em Kerela, na Índia, utilizou critérios universais para a avaliação de psicopatologia infantil. A taxa de prevalência foi de 9,4% (IC 95% 7,9%-10,8%) e a associação dos transtornos com fatores de risco foi semelhante à encontrada nos países desenvolvidos.⁹

Durante 1977 e 1978, um estudo multicêntrico foi realizado na Colômbia, Índia, Filipinas e Sudão, contando também com a participação de pesquisadores do Brasil e do Egito. Apesar de algumas restrições metodológicas, como o reduzido tamanho das amostras e o uso apenas de questionários de rastreamento (*screening*), esse estudo identificou taxas de transtornos psiquiátricos em crianças semelhantes às encontradas nos países desenvolvidos. Essas taxas variaram de 12% a 29% nas diversas áreas estudadas, sendo que as taxas mais elevadas foram identificadas na América do Sul.¹⁰ Esse resultado traz preocupação, porém necessita de confirmação através de futuras investigações com metodologia mais adequada.

Como consenso, a literatura sobre os países em desenvolvi-

mento indica a crescente necessidade de obtenção de informações mais precisas sobre os problemas de saúde mental infantil e seus fatores de risco e proteção, utilizando-se instrumentos apropriados. Essas informações permitiriam uma melhor estruturação dos serviços e o estabelecimento de estratégias preventivas.

Estudos prévios no Brasil

No Brasil, ainda há muitas questões não respondidas na área de epidemiologia psiquiátrica na infância e são poucos os estudos nessa área. Na década de 1980, um questionário de rastreamento para pais (QMPI) foi desenvolvido no Brasil e aplicado em 829 crianças entre 5 e 14 anos. Em uma segunda etapa, foram feitas entrevistas clínicas que mostraram 15% de problemas de saúde mental na população estudada.¹¹ Um outro estudo, utilizando o mesmo instrumento, revelou a associação de problemas de saúde mental na infância com problemas de saúde mental materna.¹²

Para realizar estudos epidemiológicos em países em desenvolvimento é importante investigar a validade de conceitos e categorias diagnósticas importadas de países desenvolvidos. Devemos também considerar que, para determinados sintomas ou categorias diagnósticas, podem haver variações culturais. Investigando esse tema, um estudo realizado em Niterói observou que as categorias diagnósticas para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) adotadas nos países desenvolvidos também funcionavam no Brasil. As duas dimensões utilizadas nos países desenvolvidos (predomínio do déficit de atenção ou da hiperatividade) foram também evidenciadas em amostra brasileira, através de análises multivariadas de questionários respondidos por pais e professores.¹³ Um outro estudo investigou o TDAH e sua relação com problemas escolares e comportamentos agressivos ou desafiadores e também encontrou resultados semelhantes aos de estudos realizados em países desenvolvidos.¹⁴

Novos instrumentos para investigação epidemiológica psiquiátrica na infância

Os instrumentos mais utilizados para investigação epidemiológica psiquiátrica na infância têm sido os questionários de Rutter^{1,15} e os de Achenbach.¹⁶ Entretanto, essas medidas não contemplam as seguintes necessidades: (1) avaliação do impacto dos sintomas na vida do indivíduo, incluindo seu relacionamento familiar e rendimento escolar e (2) utilização do julgamento clínico para a formulação diagnóstica, levando em consideração fontes de informação distintas (pais, professores e jovens).

Questionário de Capacidades e Dificuldades – SDQ

O SDQ é um questionário de *screening* para problemas de saúde mental infantil. É um questionário de aplicação rápida, que fornece hipóteses diagnósticas e pode ser usado para a avaliação de intervenções, pois é sensível a mudanças no quadro do paciente. As três versões existentes (para pais, professores e jovens a partir de 11 anos) podem ser auto-aplicáveis e diferem entre si em apenas alguns termos. Além de investigar sintomas, como os questionários de Rutter e de Achenbach, o SDQ avalia o impacto dos sintomas na própria criança, na sua vida familiar e escolar.¹⁷

Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes – DAWBA

O DAWBA é um pacote de questionários e entrevistas, mais longo que o SDQ. Possui três versões (para pais, professores e jovens a partir de 11 anos) e fornece diagnósticos psiquiátricos através da utilização do julgamento clínico aplicado às hipóteses diagnósticas geradas por computador.

Não é necessário que os entrevistadores tenham treinamento clínico. As perguntas estruturadas investigam os sintomas e o impacto. Quando os sintomas estão presentes, os entrevistadores fazem perguntas abertas para permitir que o entrevistado descreva o problema com as próprias palavras. Essas respostas são anotadas sem serem julgadas ou interpretadas pelo entrevistador. Um programa computadorizado utiliza as respostas das perguntas estruturadas para produzir relatórios com hipóteses diagnósticas. Um psiquiatra infantil deve rever esses relatórios e todas as respostas das perguntas abertas para chegar a um diagnóstico final.¹⁸

O método diagnóstico utilizado pelo DAWBA propõe um uso econômico dos profissionais especialistas. Na Inglaterra, por exemplo, um estudo epidemiológico realizou entrevistas com 10.500 famílias com o auxílio de 300 entrevistadores não-clínicos e apenas três psiquiatras responsáveis pela análise diagnóstica final.⁷ No Brasil, está sendo realizado um estudo envolvendo 1.250 famílias, contando com cinco entrevistadores não-clínicos e um psiquiatra infantil. Esse estudo será mencionado a seguir.

Estudo em população brasileira para determinação de bases metodológicas para avaliação epidemiológica em psiquiatria infantil

Já foi iniciado no Brasil um estudo epidemiológico multicêntrico sobre saúde mental infantil que investigará 1.250 famílias. O estudo piloto para a investigação de bases metodológicas foi realizado na cidade de Campos do Jordão, no Estado de São Paulo. Foram avaliados 900 sujeitos e suas famílias através do SDQ-rastreamento (*screening*) para problemas de saúde mental e uma porcentagem foi reavaliada por entrevista estruturada diagnóstica (DAWBA). Os resultados desse estudo desafiaram várias das hipóteses iniciais, apresentadas a seguir.

Não é possível constituir amostra representativa de uma população de crianças através de registros escolares

Nas áreas mais carentes da cidade de Campos do Jordão, onde o estudo piloto foi realizado, os registros escolares foram a lista mais completa das crianças que habitavam um determinado bairro, especialmente quando se tratava de uma favela. Mesmo numa favela de formação relativamente recente, uma comparação entre as fontes domiciliar (*door to door*) e escolar mostrou que 84% das crianças que lá moravam constavam dos registros escolares. Dentre os 84% registrados, nem todos foram prontamente encontrados nas escolas, mas tinham uma frequência mínima, que nos permitiu identificá-las e entrevistá-las. A dificuldade em utilizar a fonte domiciliar para identificação de sujeitos na favela foi que 25% das crianças foram identificadas apenas atra-

vés de registros escolares e portanto não teriam sido incluídas no estudo, caso tivéssemos utilizado a fonte domiciliar. Chamou a atenção o fato de não haver diferença nas características das crianças identificadas somente por uma das fontes (escolar ou domiciliar) ou pelas duas.

Não será possível, através de entrevistas, obter informações precisas de pais de classes socioeconômicas baixas ou analfabetos

Os índices de transtornos variaram de acordo com idade, sexo e classe social de maneira semelhante à encontrada na literatura.

As classes socioeconômicas mais altas oferecerão menor dificuldade para as entrevistas

O tipo de dificuldade variou. Nas classes mais baixas, a taxa de participação no estudo foi mais alta do que na classe média, mas as entrevistas eram mais longas pela dificuldade de compreensão das perguntas. Na classe média, a maior dificuldade foi marcar as entrevistas com os pais, que apresentaram baixa disponibilidade para participar do estudo.

As taxas de participação das crianças através dos termos de consentimento será menor que a encontrada na literatura devido a aspectos socioculturais

Temendo um baixo retorno de termos de consentimento preenchidos, tentou-se adotar o modelo *opt-out* (os pais só deveriam devolver os termos assinados quando não aprovassem a participação de seus filhos no estudo). Entretanto, o modelo que, do ponto de vista legal e cultural, pareceu mais aceito foi o *opt-in*. Esse modelo teve índices de aceitação equiparáveis aos da literatura (aproximadamente 80%), porém consumiu tempo excessivo da equipe responsável pela coleta de dados.

Haverá dificuldade em obter questionários de professores sobre a saúde mental de seus alunos, já que isto não faz parte de suas atividades habituais

A maioria dos professores mostrou-se disponível e interessada. Na maior parte das vezes, os questionários foram distribuídos e recolhidos pessoalmente por membros da equipe e algumas vezes enviados pelo correio. O estudo produziu informações sobre as bases metodológicas para pesquisas em epidemiologia psiquiátrica na infância no Brasil e demonstrou a viabilidade de utilizar: (1) registros escolares como fonte de identificação, o que geralmente é um método mais econômico e ágil do que a identificação através dos domicílios; (2) instrumentos diagnósticos semelhantes aos utilizados nos países desenvolvidos; e (3) instrumentos para obtenção de informações dos professores. Entretanto, os resultados foram obtidos numa cidade de médio porte da região Sudeste e não sabemos ainda se podem ser generalizados para todo o país. Portanto, estudos em outras regiões devem ser realizados para verificar a viabilidade e a validade da metodologia.

Conclusão

Tendo identificado uma metodologia adequada para a pesquisa em epidemiologia na área de psiquiatria infantil no Brasil, o próximo passo será a investigação das taxas de prevalência dos transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes, para finalmente documentar a necessidade nacional de serviços de saúde mental infantil e de programas preventivos. Para isso, estudos com metodologia semelhante (para que possam ser comparados entre si) devem ser realizados em outras regiões, dadas as grandes diferenças socioculturais nas diversas regiões do país. Há também a necessidade de investigação de subgrupos da população infantil, que possam apresentar peculiaridades do ponto de vista da saúde mental, como as crianças em situação de rua e as portadoras de doenças crônicas.

Referências

1. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. Education, health and behaviour: psychological and medical study of childhood development. London: Longman Group; 1970.
2. Costello EJ. Developments in child psychiatric epidemiology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989;28:836-41.
3. Rutter M. Isle of White revisited: twenty-five years of child psychiatric epidemiology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989;28:633-53.
4. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. Am J Psychiatry 1998;155:715-25.
5. Fleming JE, Offord DR, Boyle MA. Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. Ontario Child Health Study. Br J Psychiatry 1989;155:647-54.
6. Goodman SH, Hoven CW, Narrow WE, Cohen P, Fielding B, Alegria M, et al. Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiological community survey: The National Institute of Mental Health methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders (MECA) study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:162-73.
7. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. London: Office for National Statistics, Government of Statistical Services, The Stationary Office; 2000.
8. Hackett R, Hackett L. Child psychiatry across cultures. Int Rev Psychiatry 1999;11:225-35.
9. Hackett R, Hackett L, Bhakta P, Gowers S. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerela, South India. J Child Psychol Psychiatry 1999;40:801-7.
10. Giel R, Arango MV, Climent CE, Harding TW, Ibrahim HHA, Ladriceo-Ignacio L, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. Pediatr 1981;68:677-83.
11. Almeida-Filho N. Development and assessment of the QMPI: a Brazilian children's behaviour questionnaire for completion by parents. Soc Psychiatry 1981;16:205-12.
12. Almeida-Filho N. Family variables and child mental disorders in a Third World urban area (Bahia, Brazil). Soc Psychiatry 1984;19:23-30.

13. Brito GN, Pinto RC, Lins MF. A behavioural assessment scale for attention deficit disorder in Brazilian children based on DSM-III-R criteria. *J Abnorm Child Psychol* 1995;4:509-21.
14. Rohde LA, Biederman J, Busnello E, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence comorbid conditions and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:716-22.
15. Rutter M. A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *J Child Psychol Psychiatry* 1967;8:1-11.
16. Achenbach TM, Edelbrock CS. *Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1983.
17. Fleitlich BW, Cortazar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto* 2000;8:44-50.
18. Goodman R, Ford T, Richard H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:645-55.

Correspondência: Bacy Fleitlich

R. Mal. Bittencourt, 499 – 01432-020 São Paulo, SP – E-mail: bacy@hydra.com.br
