

Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática

Prevalence of mental disorders among children and adolescents and associated factors: a systematic review

Daianna Lima Thiengo¹, Maria Tavares Cavalcante², Giovanni Marcos Lovisi¹

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática para identificar os transtornos mais prevalentes na infância e adolescência e possíveis fatores associados. **Métodos:** Várias bases eletrônicas de dados foram pesquisadas. Foram considerados critérios de inclusão: estudos epidemiológicos de base populacional; observacionais; com instrumentos validados; publicados em inglês, espanhol ou português; e que obtiveram pontuação acima de 12 pontos conforme critérios metodológicos do *Checklist for Measuring Quality*. **Resultados:** Os transtornos mais frequentes encontrados pelos estudos, respectivamente, foram: depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias e transtorno de conduta. Fatores que mais se mostraram associados aos diferentes transtornos foram: fatores biológicos, fatores genéticos e fatores ambientais. **Conclusão:** O conhecimento desses transtornos e seus potenciais fatores de risco trazem a possibilidade de desenvolvimento de programas de intervenção focados em prevenir ou atenuar os efeitos destes.

Palavras-chave

Transtornos mentais, crianças, adolescentes, fatores de risco, revisão sistemática.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to conduct a systematic review to identify the most prevalent disorders in childhood and adolescence and associated factors. **Methods:** Several electronic databases were searched. Inclusion criteria were: population-based epidemiological studies; observational; with validated instruments; published in English, Spanish or Portuguese; and who achieved a score above 12 points as the methodological criteria Checklist for Measuring Quality. **Results:** The most frequent disorders found by studies, respectively, were: depression, anxiety disorder, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), substance use disorder and conduct disorder. Factors that were associated with different disorders were biological factors, genetic factors and environmental factors. **Conclusion:** The knowledge of these disorders and their potential risk factors bring the possibility of developing intervention programs focused on prevent or attenuate their effects.

Keywords

Mental disorders, children, adolescents, risk factors, systematic review.

Recebido em
6/11/2013
Aprovado em
20/5/2014

DOI: 10.1590/0047-2085000000046

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva.
2 UFRJ, Faculdade de Medicina, Instituto de Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria.

Endereço para correspondência: Daianna Lima Thiengo
Av. Horacio Macedo, s/n, próximo à Prefeitura Universitária da UFRJ,
Ilha do Fundão, Cidade Universitária, Linha de Saúde Mental e Violências
21941-598 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Telefone: (21) 99380-8826
E-mail: daianna.thiengo@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Há 13 anos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgava um relatório sobre os transtornos mentais e os principais fatores que contribuíam para o surgimento desses transtornos. Esse relatório mencionava os transtornos da infância e adolescência e ressaltava ainda o quanto eles eram comuns e o quanto podiam ser incapacitantes¹.

Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), as crianças e adolescentes representam respectivamente cerca de 30% e 14,2% da população mundial². Nessas populações, são encontradas altas taxas de prevalência de transtornos mentais. Em revisão de literatura internacional, a média global da taxa de prevalência de transtornos mentais nessa população foi de 15,8%. A taxa de prevalência tende a aumentar proporcionalmente com a idade, sendo que a prevalência média entre os pré-escolares foi de 10,2% e entre os adolescentes, de 16,5%³. No Brasil, estudos registraram taxas de prevalência de 7 a 12,7%⁴. Atualmente, estimativas apontam que uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo apresenta algum transtorno mental⁵.

De acordo com a OMS, existem duas grandes categorias específicas de transtornos mentais na infância e adolescência: transtornos do desenvolvimento psicológico e transtornos de comportamento e emocionais. Os transtornos do desenvolvimento psicológico têm como características o início na primeira ou na segunda infância, com comprometimento ou retardo do desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central e a evolução contínua sem remissões nem recaídas. Já os transtornos de comportamentos e emocionais incluem os transtornos hipercinéticos como distúrbios da atividade e da atenção e distúrbios de conduta. Este grupo de transtornos inicia precocemente, durante os primeiros cinco anos de vida, e pode vir acompanhado de um déficit cognitivo e de um atraso específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem¹.

A literatura científica nos últimos anos tem contribuído para a identificação dos possíveis fatores associados à ocorrência de transtornos mentais nessas populações, os quais podem ser agrupados em: fatores biológicos, relacionados a anormalidades do sistema nervoso central, causadas por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas; fatores genéticos, relacionados à história familiar de transtorno mental; fatores psicossociais, relacionados a disfunções na vida familiar e situações indutoras de estresse; e fatores ambientais, como problemas na comunidade (violência urbana) e tipos de abuso (físico, psicológico e sexual)^{6,7}. O conhecimento desses potenciais fatores de risco à saúde mental de crianças e adolescentes traz a possibilidade de desenvolvimento de programas de intervenção focados em prevenir ou atenuar os efeitos desses transtornos^{1,8}. E, para sintetizar essas informações, revisões sistemáticas são muito úteis, já que reúnem as informações de um conjunto de estudos que

podem apresentar resultados contrários e/ou coincidentes, auxiliando na orientação para investigações futuras.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática, reunindo os recentes estudos que avaliaram a prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência e possíveis fatores associados.

MÉTODOS

O método utilizado constituiu-se de uma revisão sistemática da literatura de estudos de base populacional que investigaram a prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência e possíveis fatores associados.

As etapas de busca, seleção dos artigos, avaliação da qualidade e extração dos dados foram realizadas de forma independente por dois pesquisadores e as discordâncias entre esses foram resolvidas mediante discussão e consenso.

Estratégia de busca

Primeiramente, foram selecionados os respectivos descritores para posterior consulta nas bases de dados. As seleções foram realizadas por meio de consulta no Decs – Descritores de Ciências em Saúde. Os descritores selecionados em português, inglês e espanhol, respectivamente, foram: “prevalência”, “prevalence”, “prevalencia”; “transtornos mentais”, “mental disorders”, “trastornos mentales”; “criança”, “child”, “niño”; “adolescente”, “adolescent”, “adolescente”; “fatores de risco”, “risk factors”, “factores de riesgo”.

As bases de dados eletrônicas utilizadas foram: Lilacs/Bi-reme, SciELO, PubMed/Medline, Scopus e Web of Science, com publicações nos últimos 13 anos, incluindo o período após a divulgação do relatório da OMS¹ sobre a saúde da infância e adolescência até os dias atuais. A identificação dos descritores citados se concentrou no título ou resumo do artigo.

A partir dos artigos identificados e selecionados na busca eletrônica, também foi realizada a busca manual na seção de referências destes. Os artigos de seção de referência que apresentavam os descritores no título ou resumo também foram selecionados *a priori*.

Seleção dos estudos

Na segunda etapa, foi realizada uma seleção dos artigos em que estes deveriam preencher os seguintes critérios de inclusão: estudos epidemiológicos de base populacional, do tipo observacional, longitudinal, seccional e caso-controle; e estudos que utilizaram instrumentos validados para o diagnóstico ou critérios baseados no DSM-IV ou na CID-10.

Avaliação da qualidade dos estudos

Na terceira etapa, foram aplicados os critérios de exclusão por meio da análise da qualidade dos estudos pelo *Checklist*

for *Measuring Quality*, proposto por Downs & Black)⁹. É um instrumento aplicável ao delineamento dos artigos para avaliação de sua qualidade, permitindo avaliar a informação, a validade interna (vieses e confundimentos) e externa e a capacidade de detecção de efeito significativo do estudo. Este artigo utilizou a versão composta por 27 itens, sendo excluídas as questões 4, 8, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23 e 24 relacionadas a estudos experimentais. Desse modo, ao final, foram avaliados 17 itens, em que os artigos podiam obter até 18 pontos.

Os que apresentaram classificação acima de 70% (acima de 12 pontos) foram incluídos no estudo por serem considerados pelos autores de maior rigor metodológico. Os mesmos critérios foram utilizados por outros autores em artigos de revisão nacional^{10,11}. Nessa fase, o *checklist* foi aplicado de forma independente por dois pesquisadores e as discordâncias entre eles também foram resolvidas mediante discussão e consenso.

Extração dos dados

Os estudos que obtiveram maior pontuação foram utilizados na presente revisão e suas informações foram extraídas para comparação. Os dados foram digitados em planilha Excel, que continha as seguintes informações: autores, país e ano de publicação, tipo de estudo, local de realização do estudo, tamanho da amostra, população de interesse, entrevista diagnóstica realizada com ou sem familiar, escore de análise de qualidade dos estudos, diagnóstico, prevalência do transtorno, instrumento utilizado para identificação do transtorno, outras variáveis investigadas pelos estudos e principais resultados. Os estudos foram distribuídos de forma decrescente, segundo ano de publicação.

RESULTADOS

Resultados da busca e seleção

A princípio a busca bibliográfica resultou em 7.040 artigos, dos quais 6.986 foram identificados por busca nas bases de dados e 54 foram identificados por busca manual na seção de referências dos artigos encontrados nas bases de dados. A partir da busca dos descritores no título ou resumo, foram identificados apenas 1.043 estudos. Desses, 558 foram excluídos por serem revisões de literatura, como capítulos de livros, e também estudos repetidos nas bases de dados. Dos 485 restantes, 389 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão (226 foram excluídos por não serem de base populacional e 163 foram excluídos por não serem observacionais). Para a análise final, 96 estudos foram avaliados qualitativamente, sendo 69 excluídos por não alcançarem o escore de qualidade desejado. Com isso, 27 artigos foram analisados na presente revisão (Figura 1).

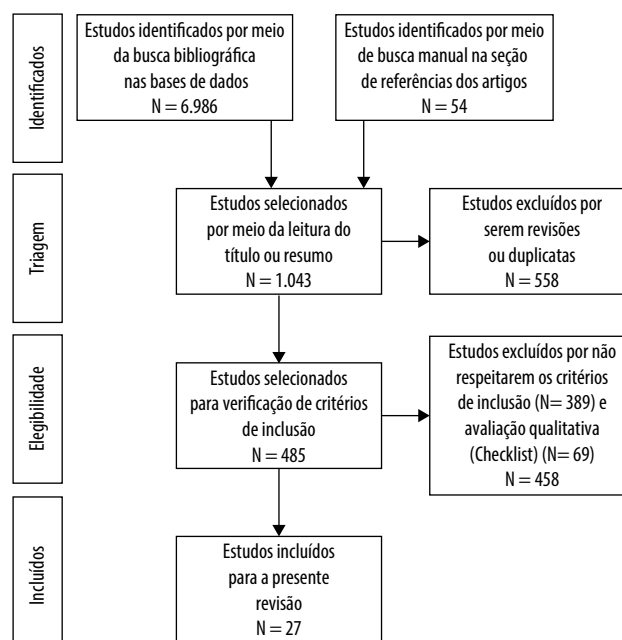


Figura 1. Fluxograma da presente revisão sistemática

Características dos estudos

A maior parte dos estudos foi realizada em países desenvolvidos ($n = 15$), sendo a maioria concentrada nos Estados Unidos ($n = 10$). Entre os países em desenvolvimento, dois estudos foram realizados no Brasil^{15,28}.

O desenho de estudo mais frequente também foi o seccional ($n = 19$), seguido pelo desenho de seguimento ($n = 6$). Um estudo foi realizado de forma retrospectiva²¹. A residência foi o principal local de realização dos estudos ($n = 20$), porém um estudo foi realizado com entrevistas nas escolas e, na ausência dos participantes, estes foram também procurados em suas residências²³.

O número de participantes variou entre 94 e 14.322. Apenas um estudo utilizou uma amostra menor que 100 participantes³¹. Grande parte dos estudos foi realizada com adolescentes ($n = 12$) ou apenas com crianças e também adolescentes ($n = 11$). Em sua grande maioria, os estudos entrevistaram as próprias crianças ou adolescentes ($n = 18$), seis estudos entrevistaram também os familiares e dois estudos identificaram o diagnóstico das crianças apenas com relatos dos familiares^{13,24}. Na impossibilidade de resposta pela criança ou pelo adolescente, o estudo de Kinyanda *et al.*¹⁴ utilizou também o relato dos familiares.

Em relação à qualidade metodológica dos artigos, a pontuação mínima de 13 pontos foi obtida pela maior parte dos estudos ($n = 16$) e o valor máximo de 15 pontos, obtidos por dois estudos^{12,30} em que os vieses de seleção foram controlados por meio da randomização. Os estudos que obtiveram menor pontuação não reportaram os valores reais de probabilidade (valor p ou seu nível de significância) ou não relataram os principais fatores confundidores (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos estudos que investigaram a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes nos últimos 13 anos

Autores	País/Ano de publicação	Tipo de estudo	Local de estudo	Tamanho da amostra	População de interesse	Entrevista diagnóstica realizada com familiares	Escore de análise da qualidade dos estudos
Nock <i>et al.</i> ¹²	EUA/2013	Seccional	Residência	6.483	Adolescentes M = NI	Não	15
Lehaman <i>et al.</i> ¹³	Noruega/2013	Seccional	Residência	279	Crianças M = 8,9	Somente familiares	13
Kinyanda <i>et al.</i> ¹⁴	Uganda/2013	Seccional	Residência	1.587	Crianças e adolescentes M = NI	No caso de impossibilidade da criança, sim	13
Madruge <i>et al.</i> ¹⁵	Brasil/2013	Seccional	Residência	761	Adolescentes M = 16,5	Não	13
Lewis <i>et al.</i> ¹⁶	Reino Unido/2012	Seguimento	Residência	337	Crianças M = NI	Também	14
Benjet <i>et al.</i> ¹⁷	México/2012	Seccional	Residência	3.005	Adolescentes M = 15,4	Não	13
Vicente <i>et al.</i> ¹⁸	Chile/2012	Seccional	Residência	1.558	Crianças e adolescentes M = NI	Não	13
Ma <i>et al.</i> ¹⁹	China/2011	Seccional	Escola	3.208	Adolescentes M = 13,8	Não	14
Siddique <i>et al.</i> ²⁰	Índia/2011	Caso-controle	Residência	969 Casos 850 Controles	Crianças e adolescentes M = 14	Não	14
Peng <i>et al.</i> ²¹	China/2011	Retrospectivo	Residência	7.038	Crianças e adolescentes M = NI	Não	14
Vicente <i>et al.</i> ²²	Chile/2010	Seccional	Residência	254	Crianças e adolescentes M = NI	Não	14
Merikangas <i>et al.</i> ²³	EUA/2010	Seccional	Residência e Escola	10.123	Adolescentes M = 15,2	Não	13
Johnson <i>et al.</i> ²⁴	Reino Unido/2010	Seguimento	Escola	371	Crianças M = 10,11	Somente familiares	14
Zinzow <i>et al.</i> ²⁵	EUA/2009	Seccional	Residência	1.380	Adolescentes M = NI	Não	13
Allen <i>et al.</i> ²⁶	Austrália/2009	Seguimento	Residência	1.597	Adolescentes M = NI	Também	13
Ouyang <i>et al.</i> ²⁷	EUA/2008	Seguimento	Residência	14.322	Crianças MI = NI	Também	14
Cruzeiro <i>et al.</i> ²⁸	Brasil/2008	Seccional	Residência	1.145	Adolescentes M = NI	Não	13
Shanahan <i>et al.</i> ²⁹	EUA/2008	Seccional	Residência	6.674	Crianças e adolescentes M = NI	Também	13
Bohon <i>et al.</i> ³⁰	EUA/2008	Seguimento	Escola	496	Adolescentes M = 16,5	Não	15
Piyavhatkul <i>et al.</i> ³¹	Tailândia/2008	Seccional	Residência	94	Crianças e adolescentes M = NI	Não	13
Costello <i>et al.</i> ³²	EUA/2007	Seguimento	NI	1.420	Crianças e adolescentes MI = NI	Não	13
Roberts <i>et al.</i> ³³	EUA/2007	Seccional	Residência	4.175	Crianças e adolescentes M = NI	Não	13
Latimer <i>et al.</i> ³⁴	México/2004	Seccional	Escola	1.023	Adolescentes M = 15	Não	13
Canino <i>et al.</i> ³⁵	Porto Rico/2004	Seccional	Residência	1.886	Crianças e adolescentes M = NI	Também	13
Glowinski <i>et al.</i> ³⁶	EUA/2003	Seccional	Residência	3.416	Adolescentes MI = 15,5	Não	13
Martínez-González <i>et al.</i> ³⁷	Espanha/2003	Seccional	Escola	2.862	Adolescentes MI = NI	Não	14
Foley <i>et al.</i> ³⁸	EUA/2001	Seccional	Residência	850	Crianças e adolescentes	Também	14

NI: não informado; M: média de idade.

Resultados propriamente ditos

Os transtornos mais frequentes encontrados pelos estudos, respectivamente, foram: depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias, e transtorno de conduta. Entre esses, os valores de prevalências variaram entre os estudos: depressão – 0,6% e 30%; transtornos de ansiedade – 3,3% e 32,3%; TDAH – 0,9% e 19%, transtorno por uso de substâncias – 1,7% e 32,1%; e transtorno de conduta – 1,8% e 29,2%.

Os instrumentos utilizados foram os mais diversos, sendo os mais utilizados os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4^o Review* (DSM-IV), o *Child*

and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) e o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI)³⁹, o qual fornece o diagnóstico em concordância com critérios do DSM-IV e da CID-10.

Diversos fatores que poderiam estar relacionados aos transtornos foram investigados pelos estudos. Os fatores mais investigados pelos estudos foram as características sociodemográficas. Fatores genéticos como histórico familiar e fatores ambientais como violência e eventos de vida estressantes também foram muito investigados.

Porém, os fatores que mais se mostraram associados aos diferentes transtornos foram: fatores biológicos, como sexo; fatores genéticos, como histórico familiar de trans-

torno mental; e fatores ambientais, como presença de violência familiar e comunitária e configuração familiar (morar somente com um dos pais ou nenhum). Fatores psicossociais

como baixa autoestima e baixa resiliência foram associados aos transtornos mentais em apenas dois estudos^{19,30} (Tabela 2).

Tabela 2. Características dos estudos que investigaram a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e principais resultados

Autores	Diagnóstico	Prevalência	Instrumento Diagnóstico/ Critério diagnóstico	Outras variáveis estudadas	Principais resultados
Nock <i>et al.</i> ¹²	Transtornos de ansiedade	18,6%	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	Características sociodemográficas, comorbidades e ideação suicida	A grande maioria dos adolescentes com histórico de ideação suicida (89,3%) e tentativas (96,1%) preencheu os critérios para pelo menos uma das 15 comorbidades
	Transtorno de estresse pós-traumático	3,3%			
	Depressão	10,6%			
	Transtorno bipolar	1,7%			
	TDAH	2,9%			
	Transtorno opositivo-desafiador	6,5%			
	Transtorno de conduta	3,8%			
	Transtorno alimentar	2,7%			
Transtorno por uso de álcool e outras substâncias	8,3%				
Lehaman <i>et al.</i> ¹³	Transtornos de ansiedade	17,9%	Developmental and Well-Being Assessment (DAWBA)	Características sociodemográficas, comorbidades e exposição à violência	Exposição à violência e grave negligência aumentaram o risco para transtornos mentais
	Transtorno de estresse pós-traumático	5%			
	Depressão	1,1%			
	TDAH	19%			
	Transtorno opositivo-desafiador	14%			
	Transtorno de conduta	6,5%			
	Transtorno invasivo	4,3%			
Transtorno obsessivo-compulsivo	0,4%				
Kinyanda <i>et al.</i> ¹⁴	Depressão	8,6%	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	Características sociodemográficas, violência familiar e comunitária	Crianças e adolescentes expostos à violência doméstica têm 94% de chances de ter depressão (OR = 1,94; P < 0,03) Bairro violento (OR = 3,84; p < 0,00), não morar com os pais (OR = 5,39; p < 0,00) também se mostraram associados à depressão
Madruge <i>et al.</i> ¹⁵	Transtorno por uso de substâncias	14,1%	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	Características sociodemográficas e violência doméstica	Sexo masculino (OR = 3,64; p < 0,05), violência doméstica (OR = 2,93; p < 0,05) e maior idade (OR = 0,71; p < 0,05) foram associados ao uso de drogas ilícitas
Lewis <i>et al.</i> ¹⁶	Depressão	12,5%	Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)	História familiar de depressão	Pai ou mãe deprimido tem 2,9 vezes mais chance de terem filhos menores de 12 anos com depressão (OR = 2,9; p = 0,00)
Benjet <i>et al.</i> ¹⁷	Transtornos de ansiedade	32,3%	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	Características sociodemográficas e ideação suicida	Adolescentes que trabalham exclusivamente tem 1,9 vez mais chances de apresentarem algum transtorno mental (OR = 1,9; p < 0,00) Aqueles que não trabalham ou estudam têm 1,8 vez mais chance de ideação suicida (OR = 1,8; p < 0,05)
	Depressão	10%			
	Transtornos por uso de álcool e outras substâncias	32,1%			
Vicente <i>et al.</i> ¹⁸	Transtornos de Ansiedade	18,5%	Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV)	Histórico de transtorno mental na família e envolvimento familiar	Crianças e adolescentes com histórico de transtorno mental na família têm 2,4 vezes mais chances de terem qualquer transtorno mental (OR = 2,4; p < 0,00) Viver com apenas um dos pais aumenta em 2,1 vezes a chance de ter qualquer transtorno mental (OR = 2,1; p < 0,00)
	Depressão	5,9%			
	Transtorno alimentar	0,3%			
	TDAH ^a	15,1%			
	Transtorno opositivo-desafiador	8,7%			
	Transtorno de conduta	3,7%			
Transtornos por uso de álcool e outras substâncias	4,8%				
Ma <i>et al.</i> ¹⁹	Transtorno do estresse pós-traumático	2,5%	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (KSADS-PL)	Eventos de vida estressante (catástrofes climáticas) e resiliência	Quanto menor a resiliência, maior a probabilidade de ter transtorno do estresse pós-traumático (t = -15,09; p < 0,00)

continuação

Tabela 2. Características dos estudos que investigaram a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e principais resultados

Autores	Diagnóstico	Prevalência	Instrumento Diagnóstico/ Critério diagnóstico	Outras variáveis estudadas	Principais resultados
Siddique <i>et al.</i> ²⁰	TDAH ^a	Grupo que residia em área urbana: 11,0% Grupo de área rural: 2,7%	DSM-IV ^b	Poliuição	Jovens expostos a altos níveis de poluição têm 2,06 mais chances de terem TDAH ^a (p < 0,00)
Peng <i>et al.</i> ²¹	Transtorno do estresse pós-traumático	2,05%	DSM-IV ^b	Eventos de vida estressante (catástrofes climáticas)	Jovens com problemas de comportamento, diante de um evento estressante, têm 5 vezes mais risco de sofrer com estresse pós-traumático (RR ^{rel} = 5,26; p = 0,00) e aqueles com problemas de saúde têm 3 vezes mais risco de sofrer com estresse pós-traumático (RR ^{rel} = 3,58; p = 0,00)
Vicente <i>et al.</i> ²²	Transtornos ansiosos, Transtornos afetivos, TDAH ^a Transtorno por uso de álcool e outras substâncias Esquizofrenia	18,9% 4,1% 5,0% 3,6% 0,9%	Diagnostic Interview for Children (DISC-IV)	Características sociodemográficas	O sexo feminino esteve menos propenso a ter transtornos por uso de álcool e substâncias (OR = 0,16; p < 0,01) Ser adolescente esteve menos propenso a apresentar transtorno do comportamento (OR = 0,20; p < 0,05)
Merikangas <i>et al.</i> ²³	Transtornos de ansiedade Depressão Transtorno bipolar TDAH ^a Transtorno opositivo-desafiador Transtorno de conduta Transtorno alimentar Transtorno por uso de álcool e outras substâncias	31,9% 11,7% 2,9% 8,7% 12,6% 6,8% 2,7% 11,4%	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	Características sociodemográficas	O sexo masculino teve maior probabilidade de ter transtornos de comportamento (OR = 24,8; P < 0,00) Adolescentes com familiares com baixo nível educacional tiveram maior probabilidade de apresentar qualquer transtorno mental (OR = 19,7; p < 0,00)
Johnson <i>et al.</i> ²⁴	Transtorno de ansiedade Depressão TDAH ^a Transtorno opositivo-desafiador Transtorno de conduta Transtorno obsessivo-compulsivo Transtorno do estresse pós-traumático Autismo	9,1% 2,2% 14,4% 10,3% 1,8% 2,4% 0,5% 8%	Development And Well Being Assessment (DAWBA)	Prematuridade e baixo peso ao nascer	Crianças prematuras são 3 vezes mais propensas a apresentar qualquer transtorno psiquiátrico (OR = 3,2; p = 0,00)
Zinzow <i>et al.</i> ²⁵	Depressão; Transtorno de estresse pós-traumático	10,9%; 7,1%	DSM-IV ^b	Violência familiar e comunitária	Crianças e adolescentes que viviam em comunidades muito violentas têm 2,71 vezes mais chance de terem transtorno do estresse pós-traumático (p < 0,00). E quando do sexo masculino, 2,58 vezes mais chances (p < 0,01) Crianças e adolescentes que sofrem violência familiar têm 3,07 vezes mais chance de terem depressão (p < 0,05). E quando do sexo masculino, 3,8 vezes mais chances (p < 0,00)
Allen <i>et al.</i> ²⁶	Transtornos alimentares	6%	DSM-IV ^b	Características sociodemográficas, preditores pré-natais e sintomas ansiosos e depressivos	Sexo feminino (p < 0,001) e excesso de peso percebido pelos pais (p < 0,05) foram associados aos transtornos alimentares
Ouyang <i>et al.</i> ²⁷	TDAH	8,3%	DSM-IV ^b	Características sociodemográficas e violência	Crianças com predominância desatenta estiveram associadas à negligência (OR = 1,6; p < 0,001), abuso físico (OR = 1,6; p < 0,05) e abuso sexual (OR = 2,6; p < 0,001) Já a predominância hiperativa esteve associada à negligência (OR = 1,5; p < 0,05) e abuso físico (OR = 1,6; p < 0,05)

continuação

Tabela 2. Características dos estudos que investigaram a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e principais resultados

Autores	Diagnóstico	Prevalência	Instrumento Diagnóstico/ Critério diagnóstico	Outras variáveis estudadas	Principais resultados
Cruzeiro <i>et al.</i> ²⁸	Transtorno de conduta	29,2%	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI KID)	Características sociodemográficas, uso de substâncias, <i>bullying</i> e sintomas depressivos	Sexo masculino aumentou em 2,04 a chance de ter transtorno de conduta (p = 0,00) Uso de drogas no último mês aumentou em 3 vezes a chance de transtorno de conduta (p = 0,001) Sofrer <i>bullying</i> aumentou em 2,02 vezes a chance de ter transtorno de conduta (p = 0,001)
Shanahan <i>et al.</i> ²⁹	Transtorno de ansiedade generalizada Depressão TDAH ^a Transtorno de conduta	1,7% 2,2% 0,9% 2,06%	Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)	Abuso sexual e eventos de vida estressantes	Crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual têm 4,91 vezes mais chance de apresentarem transtorno de conduta (p < 0,05)
Bohon <i>et al.</i> ³⁰	Depressão Transtorno alimentar (bulimia) Transtorno por uso de substâncias	4,2% 0,4% 8,9%	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (KSADS-PL)	Eventos de vida estressante e autoestima	Crianças e adolescentes com baixa autoestima apresentam 1,45 mais chances de ter depressão na presença de eventos estressantes (p = 0,02)
Piyavhatkul <i>et al.</i> ³¹	Transtorno de ansiedade Transtorno do estresse pós-traumático Depressão TDAH ^a Retardo mental	3,3% 33% 9,6% 4,3% 4,3%	DSM-IV ^b	Eventos de vida estressante (catástrofes da natureza)	Crianças entre 6 e 10 anos que vivenciaram uma catástrofe da natureza tinham 7 vezes mais chance de sofrerem com transtorno do estresse pós-traumático ou qualquer outro transtorno mental (OR = 7,63; p = 0,00)
Costello <i>et al.</i> ³²	Depressão	30%	Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)	Características sociodemográficas, histórico familiar e baixo peso ao nascer	Baixo peso ao nascer e mãe com menos de 18 anos no momento do parto foram associados à depressão entre os jovens (respectivamente OR = 7,6; p < 0,01; OR = 3,6; p = 0,01)
Roberts <i>et al.</i> ³³	Transtornos de ansiedade Depressão TDAH ^a Transtorno opositivo-desafiador Transtorno de conduta Transtorno alimentar Transtorno por uso de álcool e outras substâncias	6,8% 1,7% 2,0% 2,7% 3,2% 0,2% 5,2%	Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV)	Características sociodemográficas	O sexo masculino teve maior probabilidade de apresentar transtorno de substância (OR = 1,98; p < 0,05) e transtorno de conduta (OR = 2,82; P < 0,05) Jovens que possuíam pais com menor escolaridade e menor renda tinham mais chances de apresentar transtornos de ansiedade (respectivamente OR = 1,50; OR = 1,57, p < 0,05 ambos) Jovens com 2 pais em casa tiveram menor chance de apresentar quaisquer transtornos (OR = 0,80; p < 0,05)
Latimer <i>et al.</i> ³⁴	Transtornos por uso de álcool e outras substâncias	6,1%	DSM-IV ^b	Características sociodemográficas	Jovens que tinham um irmão que usou drogas apresentaram duas vezes mais chances de usar álcool - (OR = 2,4; p < 0,05) Jovens com amigos que usam drogas apresentaram quatro vezes mais chances de usar drogas (OR = 4,7; p < 0,05)
Canino <i>et al.</i> ³⁵	Transtornos de ansiedade Depressão TDAH ^a Transtorno opositivo-desafiador Transtorno de conduta Transtornos por uso de álcool e outras substâncias	6,9% 3,0% 8,0% 2,0% 5,5% 1,7%	DSM-IV ^b	Características sociodemográficas e funcionalidade	Meninos tinham duas vezes mais chances de apresentar TDAH (OR = 2,0; p < 0,05), enquanto as meninas tinham cinco vezes mais chance de apresentar depressão (OR = 5,2; p < 0,05) Jovens com pais separados tinham até 40% de chance de apresentar algum diagnóstico (OR = 1,40; p < 0,05) Aqueles que moravam nos centros urbanos aumentavam o risco em até 90% de apresentar qualquer transtorno mental (OR = 1,90; p < 0,05)

continuação

Tabela 2. Características dos estudos que investigaram a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e principais resultados

Autores	Diagnóstico	Prevalência	Instrumento Diagnóstico/ Critério diagnóstico	Outras variáveis estudadas	Principais resultados
Glowinski <i>et al.</i> ³⁶	Depressão	8,9%	DSM-IV ^b	Histórico familiar	O componente genético contribuiu em 40% para o risco para depressão
Martínez-González <i>et al.</i> ³⁷	Transtorno alimentar	3,1%	DSM-IV ^b	Características sociodemográficas	Um estado civil dos pais diferente de "estar casado" foi associado com um risco significativamente maior para transtorno alimentar (OR: 2,0; $p = 0,02$)
Foley <i>et al.</i> ³⁸	Transtorno de ansiedade de separação	4,86%	Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)	Características sociodemográficas e histórico familiar	Depressão materna aumentou em 2 vezes a chance de transtorno de conduta nos jovens (OR = 2,0; $p = 0,03$) Alcoolismo materno aumentou em 3 vezes a chance de transtorno de conduta (OR = 3,14; $p = 0,02$) Transtorno do pânico paterno aumentou em 2 vezes a chance de transtorno de ansiedade de separação nos jovens (OR = 2,37; $p = 0,05$)
	Depressão	0,61%			
	Transtorno opositivo-desafiador	1,51%			
	Transtorno de conduta	2,61%			

^a Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

^b Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 4^a Review.

RR^c: Risco relativo ajustado.

DISCUSSÃO

Prevalência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes

Os estudos selecionados na presente revisão apresentaram taxas de prevalência dos transtornos mentais compatíveis com outros estudos presentes na literatura científica ao longo dos anos. Em relação aos critérios diagnósticos utilizados pelos estudos, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) pareceu vigorar entre os estudos internacionais, principalmente os estudos americanos. Este manual fornece critérios de diagnóstico para a generalidade dos transtornos mentais, incluindo componentes descritivos, de diagnóstico e de tratamento, constituindo um instrumento de trabalho de referência para os profissionais da área. Além de manuais como o DSM-IV, os estudos utilizaram entrevistas diagnósticas, amplamente utilizadas em psiquiatria, como o *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* (KADS-PL) e o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), que também se baseiam nos critérios diagnósticos do DSM-IV e da CID-10. Ainda assim, há um contínuo debate científico sobre a validade da construção e a confiabilidade prática das categorias diagnósticas e critérios do DSM. Muitos pesquisadores afirmam que esse sistema de classificação faz distinções categoricamente exageradas entre o normal e o anormal⁴⁰, ocasionando altas taxas de prevalência, porém os estudos presentes nesta revisão, em sua maioria, não apresentaram taxas muito elevadas.

Nos últimos anos, a literatura científica tem chamado a atenção para a ocorrência de transtornos depressivos em crianças e adolescentes. Na presente revisão, mais da me-

tade dos estudos encontraram prevalências entre 5,9% e 12,5%. Estimativas brasileiras apontam que 0,4% a 3% das crianças apresentam quadros de depressão⁴¹. Já em estudos americanos, a prevalência entre crianças e adolescentes varia de 3% a 5%⁴². Em um estudo alemão, Mehler-Wex e Kolch⁴³ identificaram uma prevalência de depressão em crianças e adolescentes de 8,9%. Essas diferenças podem ser em decorrência de vários fatores como diferentes instrumentos diagnósticos utilizados, local do estudo (em residências ou escolas), população estudada (amostra ou população total). Além disso, o transtorno depressivo pode ser subdiagnosticado dado a sua similaridade com outros transtornos assim como a presença de comorbidades, como TDAH, transtornos de ansiedade, de conduta, agressividade, que podem persistir após cessar o episódio depressivo⁴⁴.

Já os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças quanto em adultos, com uma prevalência em crianças e adolescentes estimada em torno de 9%⁴⁵. Na presente revisão, entre os estudos que investigaram a prevalência desse transtorno, mais da metade encontraram prevalências entre 9,1% e 32,3%. Em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações tanto normais quanto patológicos. Diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores⁴⁵.

A média de prevalência de TDAH nos estudos foi de 8,3%. Apenas quatro estudos encontraram prevalências acima de 10%. Do mesmo modo, Golfeto e Barbosa⁴⁶ apresentaram estudos com prevalências que variam de 1% a 20%. Alguns estudos epidemiológicos de base comunitária, realizados com

crianças, mostraram que a prevalência de TDAH estava entre 4% e 12%⁴⁷. Um estudo brasileiro realizado entre crianças e adolescentes de 6 a 15 anos de escolas públicas encontrou uma prevalência de 17%⁴⁸.

Essas diferenças nas prevalências dos estudos podem ser explicadas, já que os estudos utilizaram populações com faixa etária distinta. Por exemplo, na infância as características principais do transtorno são a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade⁴⁹. Porém, no início da adolescência, o transtorno é relativamente estável, atenuando-se durante o final da adolescência, sendo essa queda mais significativa para sintomas de hiperatividade e impulsividade, consequentemente diminuindo sua gravidade⁵⁰. Outros fatores, como baixo nível socioeconômico e entrevistas realizadas com informantes distintos (pais, educadores ou a própria criança), podem explicar as diferenças nas prevalências encontradas pelos estudos.

Nesta revisão, metade dos estudos encontrou prevalências de transtorno por uso de substâncias entre 8,3% e 32,1%. Esses estudos foram realizados somente com adolescentes. Em 1997, um monitoramento realizado no Estados Unidos com 49.500 estudantes encontrou prevalências de 11,8% entre jovens de 13 anos, 18,2% entre jovens de 15 anos e 20,7% entre jovens de 17 anos⁵¹. Essas prevalências podem ser explicadas já que a dependência por uso de substâncias é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais na adolescência, como depressão, transtornos de ansiedade e conduta⁵², sendo fundamental o correto diagnóstico das patologias envolvidas.

O uso de substâncias psicoativas ilegais entre adolescentes tem sido um grave problema social e de saúde no Brasil⁵³. Em 2005, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) realizou um inquérito entre jovens estudantes de 10 a 19 anos que mostrou uma tendência ao aumento do uso dos inalantes, da maconha, da cocaína e de *crack* em determinadas capitais, principalmente do sudeste e nordeste⁵⁴. Já o estudo de Madruga *et al.*¹⁵ realizado com 761 adolescentes em 143 municípios indicou uma prevalência do transtorno por uso de substâncias de 14,1%, evidenciando a necessidade de políticas públicas para a questão.

A prevalência de transtorno de conduta entre crianças e adolescentes tem crescido nas últimas décadas, especialmente em áreas urbanas, oscilando de menos de 1% a mais de 10%⁵⁵. Na presente revisão, a média de prevalência foi de 4,17%. Em comparação, um estudo canadense encontrou uma prevalência em torno de 5,5%⁵⁶. Já em países em desenvolvimento essa prevalência ficou em torno de 30%^{28,57}. Os transtornos de conduta têm início na infância e adolescência⁵⁸ e merecem atenção, já que a persistência dos comportamentos que caracterizam o transtorno pode conduzir a um diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial na idade adulta⁵⁹. As diferenças nas prevalências encontradas nos estudos podem ser decorrentes dos diferentes mé-

todos para coleta de dados. Também é esperado que, em amostras clínicas, a prevalência seja maior (familiares buscam tratamento ou são encaminhados) e, em instituições socioeducativas, mais elevada ainda. Em amostras comunitárias, como os estudos presentes nesta revisão, a prevalência de transtornos mentais costuma ser menor.

Mesmo que esta revisão só tenha encontrado três estudos sobre os transtornos globais do desenvolvimento, como autismo e retardo mental, esses transtornos merecem atenção. Em todo o mundo suas prevalências alcançam 1% da população infantojuvenil^{60,61}. Na presente revisão, os estudos encontraram, entre crianças, taxas em torno de 5,3%. Desse modo, seu diagnóstico e sua investigação de fatores associados e agravantes são de suma importância para o prognóstico destes. Os transtornos globais do desenvolvimento e o retardo mental estão associados a uma sobrecarga de seus familiares, o que, por sua vez, pode interferir negativamente na adesão ao tratamento e piora do prognóstico^{62,63}.

Fatores associados aos transtornos mentais em crianças e adolescentes

De acordo com a literatura, fatores biológicos, genéticos e ambientais foram associados aos transtornos mentais entre crianças e adolescentes. Na presente revisão, vários fatores foram associados a mais de um transtorno.

Na nossa revisão, encontramos estudos que mostraram uma associação entre sexo masculino e TDAH³⁵, transtorno de conduta^{28,33} e também por uso de substâncias^{15,28}.

A associação entre o sexo masculino e TDAH tem sido ressaltada por alguns estudos populacionais devido à diferença da proporção entre os sexos masculino e feminino. Provavelmente, essa diferença se deve ao fato de as meninas apresentarem menos sintomas de agressividade/impulsividade e conduta, causando menos incômodo às famílias e à escola, fazendo com que elas sejam menos encaminhadas ao tratamento⁶⁴.

Em relação ao sexo masculino e ao transtorno de conduta, é sabido na literatura que há uma associação maior entre esses, provavelmente por algumas diferenças que caracterizam o sexo masculino e o sexo feminino²⁸. Uma dessas diferenças é a expressão da agressividade, maior entre meninos⁶⁵, o que justificaria em parte a maior prevalência do transtorno de conduta.

Já em relação ao sexo masculino e os transtornos por uso de substâncias, o estudo de Moon *et al.*⁶⁶ verificou que o sexo masculino inicia o uso de drogas com colegas do mesmo sexo, irmãos, primos, ou com estranhos do sexo masculino, geralmente em locais públicos. O estudo de Latimer *et al.*³⁴ também evidenciou tal resultado. Ainda segundo Moon *et al.*⁶⁶, os rapazes também iniciam o uso de drogas em idade mais precoce e têm maior risco de receberem ofertas para usarem drogas do que o sexo feminino. Para Moon *et al.*⁶⁶, na cultura feminina, geralmente o uso de drogas não se inicia

com parceiros masculinos até que comecem a se relacionar emocionalmente; assim, o sexo feminino teria menos risco de se envolver com drogas em idades mais precoces. O estudo de Vicente *et al.*²² encontrou no sexo feminino um fator protetivo contra a dependência de álcool e drogas. Para o sexo masculino é dada liberdade e independência em idade mais precoce do que para o sexo feminino, o que facilitaria o início do uso de drogas em locais públicos e, conseqüentemente, aumentaria o risco do início do uso mais precocemente⁶⁷.

Também houve associação entre sexo masculino e transtorno do estresse pós-traumático e depressão²⁵. O estudo de Zinzow *et al.*²⁵ encontrou uma associação entre sexo masculino e depressão em ambientes de violência. Segundo o estudo de Costa *et al.*⁶⁸, adolescentes do sexo masculino estão mais sujeitos a sofrer violência no ambiente comunitário. E, como consequência, crescer em um ambiente de tensão pode contribuir para o desenvolvimento de comportamentos agressivos e/ou defensivos, manifestando-se em retraimento e depressão⁶⁹.

Já em relação ao sexo feminino, os estudos mostraram uma maior associação com transtorno depressivo³⁵ e alimentar²⁶. Segundo Versiani *et al.*⁷⁰, o sexo masculino apresenta taxas de depressão um pouco maiores do que ao sexo feminino na infância, entretanto na adolescência ocorre uma modificação com um predomínio do sexo feminino sobre o sexo masculino. Alguns estudos envolvendo crianças e adolescentes demonstraram que a diferença de gênero na prevalência de depressão se manifesta primeiramente entre os 11 e 14 anos, assim se mantendo no decorrer da vida adulta, o que pode sugerir um papel determinante dos hormônios sexuais⁷¹. As mudanças hormonais também têm sido a explicação para a maior prevalência de insônia entre o sexo feminino⁷². Em relação aos transtornos alimentares, diversos estudos comprovam a correlação entre insatisfação com a imagem corporal e a prevalência de sintomas de transtorno alimentar entre o sexo feminino. Em alguns estudos, a insatisfação corporal é a principal justificativa dos transtornos alimentares, estando ainda associada com a depressão⁷³ e a baixa autoestima⁷⁴.

O histórico de transtorno mental na família também se mostrou associado a depressão, transtorno de ansiedade e, no estudo de Vicente *et al.*¹⁸, esse fator esteve associado à ocorrência de qualquer transtorno mental. Diversos estudos sugerem um modelo complexo de transmissão genética para os transtornos mentais na infância e que perduram pela adolescência. A manifestação do transtorno depende da presença de um conjunto de genes que interagem entre si resultando em uma fisiopatologia complexa. Outro aspecto inerente aos transtornos mentais na infância e adolescência é a influência do meio sobre a expressão gênica e sobre a modulação da atividade mental⁷⁵.

Em relação aos fatores ambientais, a presença de violência comunitária e familiar esteve associada à ocorrência de diversos transtornos, como depressão^{14,25}, transtorno de condu-

ta^{28,29}, TDAH²⁷, transtorno por uso de substâncias psicoativas¹⁵ e transtorno do estresse pós-traumático²⁵. Flores e Caminha⁷⁶ relatam que uma maneira de explicar tal associação seria a tentativa da criança ou adolescente de organizar o sentido da experiência violenta, podendo ocorrer condutas prejudiciais ao desenvolvimento psíquico, gerando sentimentos negativos e comportamentos agressivos, que poderiam levar aos transtornos ansiosos, de conduta e afetivos.

O estudo de Malik⁷⁷ realizado com 117 crianças examinou a relação entre exposição à violência e sintomas de internalização, como sintomas de ansiedade, depressão, retraimento, além das manifestações somáticas, e externalização, como agressividade, impulsividade e comportamento desafiador. O estudo demonstrou que a violência comunitária foi relacionada aos problemas de internalização, enquanto a exposição à violência doméstica foi relacionada apenas com problemas de externalização, afirmando ainda que os diferentes tipos de violência ameaça o senso de segurança da criança, prejudicando o seu crescimento e desenvolvimento. Já com adolescentes, um estudo seccional brasileiro investigou a presença de fatores de risco e protetores para problemas de saúde mental em adolescentes, dentre os quais a violência intrafamiliar e urbana. Esse estudo mostrou que adolescentes expostos a essas situações mostraram ter duas vezes mais problemas de internalização e externalização⁷⁸. A combinação entre violência e problemas de internalização e externalização chama atenção para o fato de esses problemas possuírem maior probabilidade de evoluírem para quadros clínicos na adolescência e também na vida adulta⁷⁹.

Outro fator ambiental associado à ocorrência de transtornos foi a configuração familiar. Viver em um ambiente com pais separados se mostrou como fator de risco para qualquer transtorno mental em pelo menos três estudos desta revisão. Ainda segundo Nock *et al.*¹², ser adotado aumentou em três vezes a chance de suicídio entre adolescentes. Em estudo de revisão, Fu⁸⁰ relata que a condição de viver em um lar substituído parece aumentar a possibilidade de sofrimento mental na infância. Segundo Hersov⁸¹, o fato de ser adotado pode ser um fator de risco para transtorno mental quando o meio adotivo é inadequado (estressante e violento). Porém, a adoção atualmente tem sido definida como um fator de proteção para reduzir a presença de patologias psiquiátricas transmitidas geneticamente e que podem sofrer influência do ambiente externo⁸¹.

Ainda de acordo com o estudo de Roberts *et al.*³³, viver com ambos os pais é um fator protetivo contra a ocorrência de qualquer transtorno mental. Do mesmo modo, Baptista *et al.*⁸² afirmam que a estrutura e o apoio familiar atenuam os efeitos dos eventos cotidianos estressantes, ou seja, pode prevenir o surgimento de algum distúrbio psicológico/psiquiátrico. Segundo revisão proposta por Souza *et al.*⁸³, problemas nas relações familiares vêm sendo pesquisados como fatores dificultadores no tratamento dos transtornos mentais e agravamento desses em crianças e adolescentes.

CONCLUSÕES

Os transtornos mentais mais prevalentes entre crianças e adolescentes foram depressão, transtornos de ansiedade, TDAH, por uso de substâncias e transtorno de conduta, associados principalmente com fatores biológicos, genéticos e ambientais, tais como sexo masculino, histórico familiar de transtorno mental, violência familiar e comunitária e configuração familiar. Poucos estudos de base populacional sobre transtornos mentais e fatores associados em crianças e adolescentes foram identificados. Estudos epidemiológicos de base populacional são importantes para que se conheçam a distribuição da exposição e do adoecimento e também as condições que influenciam a dinâmica dos padrões de risco em uma determinada comunidade.

Verifica-se uma carência na atenção à saúde mental infantojuvenil, não só em países em desenvolvimento, mas também em países desenvolvidos. Assim, identificar os transtornos mais prevalentes e seus fatores associados pode colaborar com a melhora na atenção e aumento da oferta de serviços específicos para população infantojuvenil⁵.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Daianna Lima Thiengo – Participou da busca bibliográfica e construção do artigo.

Maria Tavares Cavalcante – Participou da revisão do artigo.

Giovanni Marcos Lovisi – Participou da busca bibliográfica, construção e revisão do artigo.

CONFLITOS DE INTERESSES

Nada a declarar.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Lúcia Abelha, por suas contribuições neste artigo, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. *Mental Health: New Understanding*, New Hope. Geneva, World Health Organization; 2001.
- Organização das Nações Unidas. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Mapa do Progresso de 2012*. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais; 2012.
- Roberts ER, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1998;155(6):15-725.
- Paula CS, Duarte CS, Bordin IA. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatria*. 2007;29(1):11-7.
- Patel V, Flisher AJ, Hettricks S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369(9569):1302-13.
- Bordin IAS, Paula C. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: Mello MF, Mello AAF, Korh R. (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- United States Department of Health and Human Services. *Mental Health: A report of the surgeon general*. In: *Children and mental health*. 1999. Disponível em: <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/toc.html#chapter3>. Acesso em: 5 maio, 2014.
- World Health Organization. *Who Mental Policy and Service Guidance Package: Human Resources and Training in Mental Health*. Geneva, World Health Organization; 2005.
- Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(6):377-84.
- Silva TFC, Lovisi GM, Verdolin LD, Cavalcanti MT. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. *J Bras Psiquiatria*. 2012;61(4):242-51.
- Thiengo DL, Santos JFC, Mason VC, Abelha L, Lovisi GM. Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Coletiva*. 2011;19(2):129-38.
- Nock MP, Green JG, Hwang I. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300-10.
- Lehaman S, Havik OE, Havil T, Heiervang E. Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):39.
- Kinyanda E, Kizza R, Abbo C, Ndyabangi S, Levin J. Prevalence and risk factors of depression in childhood and adolescence as seen in four districts of North-Eastern Uganda. *BMC Int Health Hum Rights*. 2013;13:19.
- Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil—a national survey. *Addict Behavior*. 2012;37(10):1171-5.
- Lewis KJS, Mars B, Lewis G, Rice F, Sellers R, Thapar AK, et al. Do parents know best? Parent-reported vs. child-reported depression symptoms as predictors of future child mood disorder in a high-risk sample. *J Affect Disord*. 2012;141(2-3):233-6.
- Benjet C, Hernández-Montoya D, Borges G, Méndez E, Medina-Mora ME, Aguilar-Gaxiola S. Youth who neither study nor work: mental health, education and employment. *Salud Publica Mex*. 2012;54(4):410-7.
- Vicente B, Saldivia S, La Barra F, Melipillan R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infantojuvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile*. 2012;140(4):447-57.
- Ma X, Liu X, Hu X, Qiu C, Wang Y, Huang Y, et al. Risk indicators for post-traumatic stress disorder in adolescents exposed to the 5.12 Wenchuan earthquake in China. *Psychiatry Res*. 2011;189(3):385-91.
- Siddique S, Banerjee M, Ray MR, Lahiri T. Attention-deficit hyperactivity disorder in children chronically exposed to high level of vehicular pollution. *Eur J Pediatric*. 2011;170(7):923-9.
- Peng M, Liu A, Zhou J, Wen S, Li S, Yang T, et al. Association between posttraumatic stress disorder and pre-flood behavioral characteristics among children aged 7-15 years in Hunan, China. *Med Princ Pract*. 2010;20(4):336-40.
- Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, La Barra F, Valdivia M, Melipillan R, et al. Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín. *Rev Med Chile*. 2010;138(8):965-73.
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980-9.

24. Johnson S, Hollis C, Kochhar P, Hennessy E, Wolke D, Marlow N. Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPiCure Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(5):453-63.
25. Zinzow HM, Ruggiero KJ, Resnick H, Hanson R, Smith D, Saunders B, et al. Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;50(4):441-50.
26. Allen KL, Byrne SM, Forbes D, Oddy WH. Risk factors for full- and partial-syndrome early adolescent eating disorders: a population-based pregnancy cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(8):800-9.
27. Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *J Pediatric*. 2008;153(6):851-6.
28. Cruzeiro ALC, Silva RA, Horta BL, Souza LDM, Faria AG, Pinheiro RT, et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(9):2013-20.
29. Shanahan L, Copeland W, Costello EJ, Angold A. Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(1):34-42.
30. Bohon C, Stice E, Burton E, Fudell M, Nolen-Hoeksema S. A prospective test of cognitive vulnerability models of depression with adolescent girls. *Behav Ther*. 2008;39(1):79-90.
31. Piyavhatkul N, Pairojkul S, Suphakunpinyo C. psychiatric disorders in tsunami-affected children in Ranong Province, Thailand. *Med Princ Pract*. 2008;17(4):290-5.
32. Costello EJ, Worthaman C, Erkamili A, Angold A. Prediction from low birth weight to female adolescent depression: a test of competing hypotheses. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(3):338-44.
33. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res*. 2007;41(11):959-67.
34. Latimer W, Floyd LJ, Kariis T, Novotna G, Exnerova P, O'Brien M. Peer and sibling substance use: predictors of substance use among adolescents in Mexico. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;15(4):225-32.
35. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Ramirez R, Chavez L, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico - Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(1):85-93.
36. Glowinski AL, Madden PA, Bucholz KK, Lynskey MT, Heath AC. Genetic epidemiology of self-reported lifetime DSM-IV major depressive disorder in a population-based twin sample of female adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(7):988-96.
37. Martínez-González MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, Irala-Estévez J, Cervera S. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*. 2003;111(2):315-20.
38. Foley DL, Pickles A, Simonoff E, Maes HH, Silberg JL, Hewit JK, et al. Parental concordance and comorbidity for psychiatric disorder and associate risks for current psychiatric symptoms and disorders in a community sample of juvenile twins. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(3):381-94.
39. Quintana MI, Gastal FL, Jorge MR, Miranda CT, Andreoli SB. Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CID12.1). *Rev Bras Psiquiatria*. 2007;29(1):18-22.
40. Krueger RF, Watson D, Barlow DH. Toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 2005;114(4):491-3.
41. Bahls SC, Bahls FR. Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Estud Psicol*. 2003;20(2):25-34.
42. Goldberg AE. (How) does it make a difference? Perspectives of adults with lesbian, gay, and bisexual parents. *Am J of Orthopsychiatry*. 2007;77:550-62.
43. Mehler-Wex C, Kolch M. Depression in children and adolescents. *Deutch Arztebl Int*. 2008;105(9):149-55.
44. Wright-Strawderman C, Watson BL. The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *J Learn Disabil*. 1992;25(4):258-64.
45. Bernstein GA, Borchadt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(9):1110-9.
46. Golfeto JH, Barbosa GA. Epidemiologia. In: Rohde LA, Matos P, organizadores. *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
47. Reiff MI, Stein MT. Attention-deficit/hyperactivity disorder evaluation and diagnosis: a practical approach in office practice. *Pediatr Clin N Am*. 2003;50(5):1019-48.
48. Vasconcelos MM, Werner JJ, Malheiros AFA, Lima DFN, Santos I, Barbosa JB. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arq Neuropsiquiatria*. 2003;61(1):67-73.
49. Rohde LA, Filho ECM, Benetti L, Gallois C, Kieling C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Rev Psiq Clín*. 2004;31(3):124-31.
50. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5):816-8.
51. Monitoring The Future Study. National Survey Results on drug use 1991 – 1997. Disponível em: www.isr.umich.edu/src/mtf. Acesso em: 28 maio, 2014.
52. Watkins TR, Lewellen A, Barret M. *Dual diagnosis: an integrated approach to treatment*. Sage publications, Inc; 2001.
53. Batistoni SS, Neri A L, Lupertino AP. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):598-605.
54. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. Tendências do uso de drogas no Brasil: síntese dos resultados obtidos sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. CE-BRID/UNIFESP; 2005.
55. Hinshay SP, Andersen CA. Conduct and oppositional defiant disorders. In: EJ Mash, RA Barkley. *Child psychopathology*, 2.ed. New York: The Guilford Press; 1996.
56. Offord DR, Boyle MH, Racine Y. Ontario Child Health Study: correlates of disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28(6):856-60.
57. Perales A, Soci C. Perspectiva sociocultural de las conductas disociales em adolescentes. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 1998;44(1):29-39.
58. Vloet TD, Herpetz S, Herpetz-Dahlmann B. A etiology and life-course of conduct disorder in childhood: risk factors for the development of an antisocial personality disorders. *Z Kinder Jugend Psychiatr Psychother*. 2003;34:101-14.
59. Bordin IAS, Offord DR. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Rev Bras Psiquiatria*. 2000;22(Suppl II):12-5.
60. Gadia CA, Tuchman R, Rotta NT. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *J Pediatr*. 2004;80(Supl II):s83-s94.
61. Croen LA, Grether JK, Selvin S. The epidemiology of mental retardation of unknown cause. *Pediatrics*. 2001;107(6):E86.
62. Borba LO, Schawarts E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*. 2008;28(4):588-94.
63. Campos PHF, Soares CB. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicol Rev*. 2005;11(18):219-37.
64. Biederman J, Faraone SV, Mick E. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(8):966-7.
65. Guimarães NM, Pasian SR. Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. *Psicol Estud*. 2006;11(1):89-97.
66. Moon DG, Hecht ML, Jackson KM, Spellers RE. Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Subst. Use Misuse*. 1999;34(8):1059-83.
67. Wood JT. *Gendered lives: Communication, Gender, and Culture*. Belmont, CA, Wadsworth Publishing; 1997.
68. Costa IER, Ludemir AB, Avelar I. Violências contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo. *Ciênc Saúde Coletiv*. 2007;12(50):1193-200.
69. Oshiro FAB. Depressão e violência familiar: estudo de irmãos vítimas de maus-tratos e abandono [dissertação]. Campinas (SP): Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 1994.
70. Versiani M, Reis R, Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *J Bras Psiquiatria*. 2000;49(10-12):367-82.
71. Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiq Clínica*. 2006;33(2):43-54.

72. Zhang B, Wing YK. Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep*. 2006;29(1):85-93.
73. Santos M, Richards CS, Bleckley MK. Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents. *Eating Behaviors*. 2007;8(4):440-9.
74. McVey G, Tweed S, Blackmore E. Healthy schools-healthy kids: a controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image*. 2007;4(2):115-36.
75. Michelon L, Vallada H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Rev Psiq Clínica*. 2005;32(supl I):21-7.
76. Flores RZ, Carminha RM. Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 1994;16(2):158-67.
77. Malik NM. Exposure to domestic and community violence in a nonrisk sample. *J Interpersonal Violence*. 2008;23(4):490-504.
78. Paula CS, Vedovato MS, Bordin IAS, Barros MGSM, D'Antino MEF, Mercadante MT. Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):524-8.
79. Pacheco J, Alvarenga P, Reppold C, Piccini CA, Hutz CS. Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicol Reflex Crit*. 2005;18(1):55-61.
80. Fu IL. Adoção e saúde mental. *Infanto Rev Neuropsiquiatria*. 2000;8(2):81-9.
81. Hersov L. Adoption. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L. editors. 3.ed. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. Oxford: Black-well Scientific, 1994.
82. Baptista MN, Baptista ASD, Dias RR. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicol Cienc Prof*. 2001;21(2):52-61.
83. Souza J, Abade F, Migliorini P, Silva C, Furtado EF. Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. *Rev Psiq Clínica*. 2011;38(6):254-9.