

Table 2 - Time schedule of the psychopharmacological treatment of patient 2

Date (month/year)	Psychopharmacological approach (maximum dosage)	Clinical outcome	GAF*
01/02	milnacipran 200 mg + buspirone 15 mg	Melancholic depression + mood lability, OCD symptoms (unipolar depression?)	45
02/02-03/02	Oxcarbazepine 1200 mg + milnacipran 150 mg (tapering) + citalopram 20 mg	Full DSM-IV Mixed state (Bipolar I), followed by melancholic depression	40
04/98-06/02	Oxcarbazepine 2100 mg + citalopram 20 mg + amineptine 100 mg + ziprasidone 80 mg + gabapentin 600 mg + clonazepam 4 mg	Depression + extreme mood lability + compulsive shopping + irritability	35
07/02-10/02	Oxcarbazepine 2100 mg + lithium 900 mg + citalopram 20 mg + amineptine 100 mg + ziprasidone 80 mg + gabapentin 600 mg + clonazepam 4 mg	More depressive + mood lability + compulsive shopping, less irritability. Stop to work	25
11/02-03/03	Divalproex 1500 mg + lithium 1050 mg + ziprasidone 80 mg + moclobemide 900 mg + clonazepam 4 mg + levodopa 175 mcg	Moderate depression + anxiety, lack of energy, daydreaming, alternating with aggressiveness	20
04/03-06/03	Divalproex 1750 mg + lithium 1500 mg + ziprasidone 80 mg + fluoxetine 30 mg + diazepam 10 mg + levodopa 200 mcg	Moderate depression + anxiety, lack of energy, daydreaming, less aggressiveness	25
07/03-04/04	Divalproex 1750 mg + lithium 1350 mg + quetiapine 300 mg + fluoxetine 90mg/week + bupropion 225 mg + diazepam 10 mg + levodopa 200 mcg	Period of continuous moderate depression and social anxiety, isolation, quit a romantic relationship, stop physical exercises, loss of memory, is dumb*; sleeps only with ziprasidone and/or quetiapine (abuse)	20
05/04-06/04	Divalproex 1250 mg + lithium 900 mg + lamotrigine 100 mg + aripiprazole 15 mg + olanzapine 2.5 mg + fluoxetine 90 mg/week + bupropion 150 mg + diazepam 10 mg + levodopa 200 mcg	Less tremor (reduction of lithium and divalproex), Moderate depression + binge eating, gains 20Kg but sleeps well. Tremors. Social anxiety, loss of memory: skull NMR reveals cortical/subcortical mild atrophy	25
07/04-08/04	Divalproex 1000 mg + lithium 900 mg + lamotrigine 100 mg + aripiprazole 15 mg + escitalopram 15 mg + bupropion 150 mg + metilphenidate 20 mg + diazepam 10 mg + levodopa 250 mcg	Pervasive depressive background, social phobia, anergy and reduced attention and concentration; sleeps only with ziprasidone (abuse). Tremors better with less divalproex	20
09/04-11/04	Divalproex 1000 mg + lithium 900 mg + lamotrigine 150 mg + aripiprazole 15 mg + ziprasidone 40 mg + escitalopram 5 mg + diazepam 10 mg + levodopa 250 mcg. Begins slow titrating of topiramate	Huge weight gain (more 17 Kg), compulsive eating (even without olanzapine), irritable, aggressive; then withdraw bupropion and metilphenidate, reduce escitalopram. Memory, attention and concentration worsening. Tremors remains	15
12/04-04/05	Divalproex 500 mg + lithium 900 mg + topiramate 200 mg + lamotrigine 200 mg + aripiprazole 15 mg + escitalopram 10 mg + diazepam 10 mg + levodopa 250 mcg	Can't stand tremors, withdraw divalproex. Memory, attention and concentration still worsening. Hypomanic outbursts with compulsive shopping and binge eating, in a depressive background	15
05/05-11/05	Lithium 1050 mg + topiramate 250 mg + lamotrigine 200 mg + aripiprazole 30 mg + escitalopram 15 mg + diazepam 10 mg + levodopa 250 mcg	Tremors much better. Weight loss, but hypomanic outbursts with compulsive shopping persists, low critics. Memory, attention and concentration even worse	20
11/05-today	Lithium 1050 mg + topiramate 250 mg + lamotrigine 200 mg + aripiprazole 30 mg + escitalopram 15 mg + diazepam 10 mg + levodopa 250 mcg + MEMANTINE 10 mg	Memory, attention and concentration better. Less hypomanic outbursts with compulsive shopping, but critics much better. Persists depressive background, with less suffering	50

* GAF: Global Assessment of Functioning, DSM-IV (APA, 1994)
OCD: Obsessive-Compulsive Disorder

Problemas de saúde mental em adolescentes: como identificá-los?

Mental health problems in adolescents: How to identify them?

São escassos os estudos epidemiológicos na área de saúde mental da adolescência nos países em desenvolvimento. Os altos custos desses estudos e a falta de ações preventivas em saúde pública desses países implicam em desconhecimento das necessidades das populações jovens com o subsequente prejuízo social. O uso de instrumentos breves e confiáveis que possam viabilizar esses estudos é uma alternativa para o encaminhamento desse impasse.

O Questionário de Habilidades e Dificuldades, *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ),¹ é uma boa opção neste sentido e tem sido um instrumento de rastreamento bastante utilizado. O SDQ é um breve questionário para avaliação de problemas de saúde mental na infância/adolescência, que pode ser usado para a avaliação de fatores de risco e de proteção, bem como no estabelecimento de programas de intervenção, pois é sensível às modificações comportamentais/emocionais individuais.²

Nós realizamos estudo transversal para determinar a taxa de prevalência de problemas de saúde mental em adolescentes que frequentam a 6ª série do ensino fundamental de todas as escolas de Barretos-SP (amostra aleatória de 327 estudantes entre 11 e 15 anos de idade; perda amostral: 6,9%).³⁻⁴ Os problemas de saúde mental foram definidos como anormal e/ou limítrofe, com prejuízo funcional na versão brasileira do SDQ, verificando-se uma taxa de prevalência de 12,6%.

Revisão de artigos publicados no MEDLINE e LILACS revela que esta taxa está de acordo com a de outros estudos utilizando o SDQ ao redor do mundo (Tabela 1). Além disso, o SDQ tem se mostrado sensível para revelar diferenças entre classes socioeconômicas. Um estudo comparando crianças/adolescentes da região metropolitana de Campos de Jordão-SP com crianças/adolescentes moradores de favela da periferia daquele município revelou um aumento de praticamente 100% na prevalência de problemas de saúde mental no segundo grupo.⁵ Resultado semelhante foi encontrado em nosso estudo quando identificamos associação entre maior taxa de problemas de saúde mental e pertencer a famílias de classes socioeconômicas mais baixas, segundo a escala ABA/ABIPEME* (p = 0,03). Portanto, a con-

* Associação Brasileira de Anunciantes e Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado Marplan Brasil: XXXI Estudos Marplan Brasil. Representações e Pesquisas Ltda. São Paulo, 1981.

sistência verificada nas taxas de problemas e a sensibilidade em detectar diferenças entre grupos de adolescentes com base em pesquisas epidemiológicas sugerem que o SDQ poderia ser amplamente utilizado para o mapeamento das condições de saúde mental de jovens brasileiros. Esta estratégia ajudaria a verificar a magnitude do problema e identificar grupos de risco, auxiliando no planejamento de políticas públicas na área da saúde mental da adolescência.

Este estudo, por ter avaliado estudantes de todas as escolas de Barretos, permite uma generalização dos dados que podem servir de base para gestores de saúde mental local e de municípios com condições semelhantes. Além disso, nossos dados sugerem que programas públicos devem priorizar jovens de famílias de menor nível socioeconômico, já que estes apresentam as maiores taxas de problemas.

Cristiane S Paula

Universidade Presbiteriana Mackenzie e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil

Márcia G S M Barros, Márcia S Vedovato, Maria

Eloísa F D'Antino, Marcos T Mercadante

Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo (SP), Brasil

Financiamento: Mackpesquisa (parcial)
Conflito de interesses: Nenhum

Referências

1. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatry caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40(5):791-9.
2. Cury CR, Golfeito JH. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(3):139-45.
3. Barros MGSM. Estudo de prevalência de problemas de saúde mental em adolescentes de 11 a 16 anos na cidade de Barretos [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2005.
4. Vedovato MS. Problemas de saúde mental em estudantes de Barretos, São Paulo: identificação de fatores de risco e proteção [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2005.
5. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ*. 2001;323(7313):599-600.

Tabela 1 - Descrição dos estudos de prevalência de problemas de saúde mental na adolescência segundo o SDQ

Autor Data da publicação	Local	Amostra	Faixa etária	Desfecho clínico	Informante(s)	Prevalência (%)
Goodman 2005	Brasil, Ilha de Maré	n = 187	11-14	SDQ anormal com impacto	Jovens	12,0% meninas 14,1% meninos
Barros 2004	Brasil, Barretos	n = 327	11-15	SDQ anormal/limitrofe com impacto	Jovens	12,6%
Leavey 2004	Inglaterra, Londres	n = 329	11-16	SDQ Anormal com impacto	Jovens	6,8%
Cury 2003	Brasil, Ribeirão Preto	n = 107	6 -11	SDQ anormal	Pais e professores	18,7% pais 8,3% professores
Laloo 2003	Inglaterra, Londres	n = 5913	4 -15	SDQ Anormal com impacto	Pais	9,4%
Fleitlich 2002	Brasil, Campos do Jordão	n = 382	11-14	SDQ anormal com impacto	Jovens	12,8% comunidade urbana
Koskelainen 2001	Finlândia, Salo e Rovaniemi	n = 1458	13-17	SDQ Anormal com impacto	Jovens	9,4%
Mullick 2001	Bangladeshí, Dhaka	n = 94	11- 16	SDQ Anormal com Impacto	Jovens	7,5%
Goodman 2000	Inglaterra, Londres	n = 7984	5 -15	SDQ anormal com impacto	Pais, professores e/ ou jovens	10,5%
Thabet 2000	Palestina, Faixa de Gaza	n = 92	11	SDQ anormal	Pais	16,3%