

QUEM RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDOPSIQUIATRIA DE LISBOA?

Ana Prata *
Cátia Almeida *
Pedro Almeida Dias *
Francisca P. Vieira *
Mariana Farinha *
Rita Ganhoto *
Ivo Peixoto *
Joana Mesquita Reis *
Ana Moreira *
Paula Vilarica *
Pedro Caldeira da Silva *

RESUMO

Introdução: A recorrência de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental em Portugal tem vindo a aumentar. Em contexto de serviço de urgência pedopsiquiátrica também se tem constatado um aumento na frequência e na severidade dos casos. Porém, estas questões não têm sido claramente avaliadas nos últimos anos.

Objetivos: O presente estudo pretende, neste contexto, identificar os padrões de acesso e caracterizar a população que recorreu ao serviço de urgência de pedopsiquiatria de Lisboa ao longo do ano de 2013.

Métodos: Revisão bibliográfica. Seleção de variáveis (caracterização demográfica, acompanhamento atual por serviços de saúde mental; motivo de admissão; visitas prévias ao serviço de urgência pedopsiquiátrica; tipo de intervenção). Os dados foram recolhidos a partir do sistema de software informático do serviço de urgência (HCIS®), com posterior cruzamento de dados com os da folha de registo de atividade do médico de urgência de pedopsiquiatria. A informação foi submetida a processamento estatístico (em SPSS®), com análise descritiva e correlação de variáveis.

* Área de Pedopsiquiatria, Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

Resultados: Os nossos resultados mostram uma maior prevalência de adolescentes a recorrer ao serviço de urgência, predominantemente com idade superior a 15 anos, com alterações de comportamento, problemas de humor e episódios auto-lesivos. Verifica-se uma variabilidade mensal, com maior afluência em maio, outubro e novembro.

Conclusões: Este resultados revelam haver uma grande afluência de crianças e adolescentes à urgência pedopsiquiátrica de Lisboa, muito superior a dados pontuais de anos anteriores. Devido à sua prevalência, os adolescentes mais velhos com patologias graves são o foco da nossa preocupação. São necessários mais estudos que permitam compreender as suas causas, consequências e as necessidades de mudança em prol da melhoria dos cuidados de saúde mental infantil.

Palavras-chave: Urgência. Pedopsiquiatria. Comportamentos Auto-Lesivos. Doença Mental.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da OMS, a prevalência de doença mental entre indivíduos com idades inferiores a 18 anos varia entre os 12% e os 29%, consoante os países. Destes indivíduos, apenas 10% a 22% são corretamente identificados por um profissional de saúde (Mahajan et al., 2009).

Em Portugal existem poucos estudos sobre a prevalência de doença mental em crianças e jovens. Sabe-se, no entanto, que Portugal é o 3º país da Europa com maior prevalência de doença mental na idade adulta (Liu, Ali, Rosychuk, & Newton, 2014) e que existe uma continuidade desta ao longo da vida (Chun, Katz, & Duffy, 2013).

À semelhança do que se tem verificado a nível global (Goldstein, Silverman, Philips, & Lichenstein, 2005; Larkin et al., 2005; Sills & Bland, 2002), também em Portugal os pedidos de apoio junto dos serviços de saúde mental infantil e juvenil têm vindo a aumentar. Entre 2011 e 2013 observou-se, a nível nacional, um aumento de cerca de 23% do número de consultas de Pedopsiquiatria (Grupp-Phelan, Harman, & Kelleher, 2007). Contudo, desconhece-se se esta tendência se reflete também na utilização do serviço de urgência da especialidade. Este é, por vezes, a porta de entrada no serviço nacional de saúde e funciona como local de tratamento em situação de crise e referência para os serviços locais.

O Serviço de Urgência (SU) de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia (HDE) funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, contando já com cerca de

23 anos de atividade. Assiste crianças e jovens com idades inferiores a 18 anos. A sua área de referência inclui a região de Lisboa e Vale do Tejo, o Alentejo, o Algarve e a Região Autónoma dos Açores.

Estudos prévios mostraram que, de 1998 (Murray & Lopez, 1996) a 2001 (Nillni, Rohan, Rettew, & Achenbach, 2009), triplicou o número de casos observados no SU do HDE (de 110 para 337 casos/ano). A última casuística identificou um total de 305 casos registados nos anos de 2000, 2002, 2004, 2006 e 2008 (Cordovil & Crujo, 2002).

OBJETIVOS

Pretendemos caracterizar os padrões de acesso e a população que recorreu ao SU de Pedopsiquiatria do HDE no ano de 2013. Quais as características sociodemográficas dos jovens observados em SU? De que hospitais de referência são observados mais casos? Quais os principais motivos? Estas crianças e jovens estão sinalizados para os serviços de saúde mental locais? Qual o padrão de afluência e recorrência? Que intervenção é feita em contexto de urgência?

MÉTODOS

Realizámos uma revisão bibliográfica das casuísticas do SU de Pedopsiquiatria do HDE disponíveis.

Elaborámos uma base de dados com as seguintes variáveis: sexo, idade, área de residência, motivo de vinda, acompanhamento atual por serviços de saúde mental, vindas prévias ao SU e tipo de intervenção.

Recolhemos a informação relativa ao ano de 2013 a partir do sistema de software informático do serviço de urgência (HCIS®), do processo clínico (SAM®) e do registo em papel da atividade clínica do médico de urgência, arquivado na Área de Pedopsiquiatria.

No registo de cada indivíduo verificaram-se a data e hora da triagem e distinguiram-se o tipo de urgência (interna ou externa) e o tipo de resolução (presencial ou telefónica). Nos casos de resolução telefónica foi registada a hora da chamada recebida. Através da hora inferiu-se o turno (diurno, das 8h00 às 20h00, ou noturno das 20h00 às 8h00) e, no turno diurno, distinguiu-se o período da manhã (das 8h00 às 14h00) e da tarde (das 14h00 às 20h00).

A idade registrada corresponde à idade em anos completos à data da intervenção, tendo sido considerada a categoria “1 ano” para os menores de 12 meses. O hospital de referência foi inferido através da área de residência do indivíduo, conforme a Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Administração Central do Sistema de Saúde, 2011).

Os motivos de vinda ao SU foram agrupados nas seguintes categorias sindromáticas:

- 1) Queixas somáticas
- 2) Problemas ambiente
- 3) Problemas de ansiedade
- 4) Problemas relacionados com substâncias
- 5) Problemas de humor (onde se inclui ideação suicida)
- 6) Comportamentos autoagressivos (onde se incluíram tentativas de suicídio e comportamentos auto-lesivos)
- 7) Problemas de comportamento
- 8) Problemas relacionados com terapêutica
- 9) Problemas alimentares
- 10) Sintomas psicóticos
- 11) Outros (agrupados pela baixa prevalência)
- 12) Desconhecido

Contabilizámos o número total de vindas prévias ao SU e de vindas nos últimos seis meses relativos à observação atual.

Classificámos o seguimento atual dos indivíduos nas seguintes categorias: “Pedopsiquiatria”, “Psicologia”, “Neurodesenvolvimento” e “Aguarda Primeira Consulta de Pedopsiquiatria”. Os indivíduos seguidos em consulta de Psiquiatria foram incluídos na primeira categoria.

A intervenção realizada foi caracterizada no que diz respeito à necessidade de administração de psicofármacos em SU, indicação para internamento, internamento efetivo, local de internamento (Internamento de Pedopsiquiatria do HDE, Internamento de Adolescentes do HDE, Serviço de Observação do SU do HDE, Outro Hospital), introdução de psicofarmacoterapia em ambulatório, reajuste da terapêutica em ambulatório e encaminhamento para consulta externa (Pedopsiquiatria, Psicologia, Medicina Geral e Familiar).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o software SPSS® v.20, de acordo com a normalidade das distribuições (CI=95%).

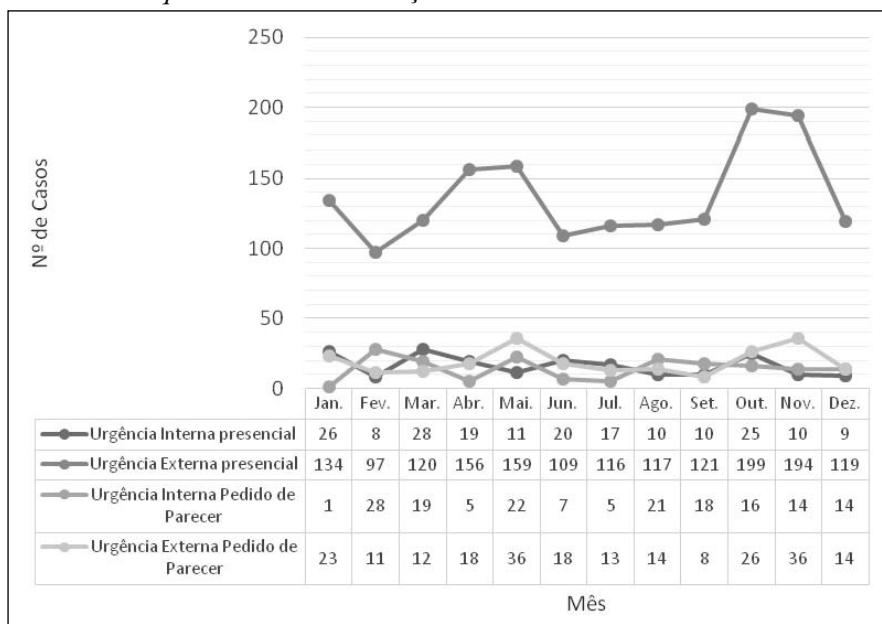
RESULTADOS

Em 2013 registaram-se 2233 intervenções efetuadas pela equipa de Pedopsiquiatria de urgência. Estas incluem os episódios de urgência externa e interna, de resolução presencial e pedidos telefónicos de parecer.

De acordo com os dados apresentados na Figura 1, observou-se uma variação sazonal da afluência ao SU, cujos principais picos ocorreram nos meses da primavera e do outono, nomeadamente maio, outubro e novembro.

FIGURA 1

Frequência das intervenções realizadas no SU em 2013



Sendo os dados relativos às intervenções em contexto de urgência externa com intervenção presencial mais fiáveis e completos, e respondendo mais objetivamente à questão colocada pelo nosso estudo, serão estes o foco da nossa análise. Do total de episódios, 1641 casos correspondem ao contexto de urgência externa (para doentes não internados) e presencial.

Seguidamente, apresentam-se os dados relativos a esta amostra ($n=1641$).

Afluência e recorrência

O período diário com maior afluência foi o turno diurno, das 8h00 às 20h00 (74,6% dos casos), especialmente a segunda metade do turno (44,9% da totalidade dos casos). Houve diferenças significativas entre a afluência nos dias úteis ($n=1312$, 80%) e nos fins-de-semana ($n=329$, 20%) (teste binomial, $p=0,000$).

Dos casos observados, 64,3% vieram pela primeira vez ao SU, sendo a maioria destes do sexo feminino ($n=605$). No grupo dos indivíduos com número de vindas prévias >2 , correspondendo a 11,3% do total da amostra, verificaram-se diferenças significativas entre sexos (*U Test*, $p=0,006$): os indivíduos do sexo masculino ($n=106$) apresentaram maior número de recorrências (com um máximo de 40 vindas prévias).

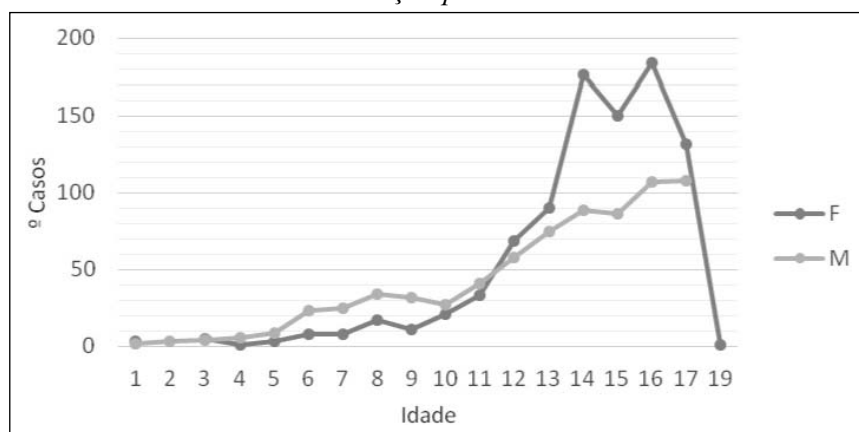
Ao avaliarmos apenas os seis meses precedentes ao episódio registado, 5,7% dos indivíduos recorreram pelo menos três vezes nesse período (com um máximo de 23 episódios). A faixa etária dos 12 aos 17 anos apresentou o maior número de episódios prévios e o principal motivo foram problemas de comportamento.

Sexo e idade

A maioria dos casos registados pertencem ao sexo feminino ($n=912$, 55,6%). A média etária foi de 13,6 anos ($SD=3,136$), variando entre 1 e 19 anos de idade. A distribuição pelas diferentes idades está representada na Figura 2.

FIGURA 2

Distribuição pelas idades



Como se pode observar, a maioria (73%) dos indivíduos eram adolescentes (>12 anos), tendo 14,7% idade superior a 15 anos ($n=241$). As crianças da primeira infância (abaixo dos 3 anos) correspondem a 1% dos casos e as da segunda infância (entre os 3 e os 12 anos) a 26%.

Hospital de referência

A população do Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E foi a que mais utilizou o SU ($n=503$) (Quadro I).

QUADRO I
Distribuição por hospital de referência

Hospital de referência	Nº casos	%
Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)	503	30,7
Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN)	150	9,1
Hospital Beatriz Ângelo	137	8,3
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	106	6,5
Centro Hospitalar Oeste	102	6,2
HPP Cascais	101	6,2
Hospital Vila Franca de Xira	100	6,1
Hospital Garcia de Orta	95	5,8
Centro Hospitalar Médio Tejo	82	5,0
Centro Hospitalar de Setúbal	73	4,4
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo	65	4,0
Centro Hospitalar do Algarve	43	2,6
Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca	21	1,3
Desconhecido	18	1,1
Hospital Litoral Alentejano	15	,9
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo	12	,7
Hospital Espírito Santo	12	,7
Outro	6	,4

Verificou-se a existência de diferenças significativas entre os hospitais de referência no número de episódios prévios dos indivíduos (Kruskal Wallis test (15)=46,172, $p=0,000$). Assim, os hospitais com mais casos de recorrência ao SU são, por ordem decrescente: Hospital de Cascais, Centro Hospitalar de Setúbal, CHLC, CHLN e Hospital de Vila Franca de Xira ($n=1616$).

Motivo de vinda ao SU

Os principais motivos de vinda ao SU foram, por ordem decrescente: problemas de comportamento, comportamentos autoagressivos, problemas do humor e problemas de ansiedade (Quadro II). Observaram-se diferenças significativas de acordo com a idade no motivo de vinda ao SU ($\chi(170)=549,364, p=0,000$). Enquanto os indivíduos da 1ª infância vieram predominantemente por problemas do ambiente, foram problemas de comportamento e ansiedade os principais motivos de vinda dos indivíduos da 2ª infância. Na pré-adolescência, identificou-se uma maior prevalência de comportamentos autoagressivos, sendo este o terceiro motivo de vinda ao SU aos 12 anos, o segundo aos 13 anos e o primeiro aos 14 anos (única idade em que este é o principal motivo). Um quarto dos indivíduos observados tinha 14 anos e, destes, 23% apresentavam comportamentos autoagressivos. Na pré-adolescência, a percentagem de problemas do humor como motivo de vinda ao SU apresentou igualmente uma subida, atingindo o seu pico aos 16 anos.

QUADRO II

Distribuição dos motivos de vinda ao SU

Motivo de vinda ao SU	Nº Casos	%
Queixas somáticas	60	3,7
Problemas do ambiente	27	1,6
Problemas de ansiedade	224	13,7
Problemas Relacionados com Substâncias	26	1,6
Problemas de humor	275	16,8
Comportamentos autoagressivos	284	17,3
Problemas de Comportamento	530	32,3
Problemas Relacionados com terapêutica	36	2,2
Problemas alimentares	41	2,5
Sintomas psicóticos	68	4,1
Outros	59	3,6
Desconhecido	11	,7

Foram encontradas diferenças entre sexos no motivo de vinda ao SU ($\chi 10=230,104, p=0,000$): o sexo masculino recorreu principalmente por problemas de comportamento e o sexo feminino por problemas de ansiedade, humor e comportamentos autoagressivos.

Foram também encontradas diferenças relativamente ao número de episódios prévios (Kruskal Wallis test (10)=59,551, $p=0,000$): os indivíduos com maior número de recorrências tinham maioritariamente problemas relacionados com terapêutica, problemas de comportamento e sintomas psicóticos.

Seguimento atual

A maioria dos casos observados em urgência tinham algum tipo de acompanhamento prévio: 40,6% eram acompanhados em consulta de Pedopsiquiatria/Psiquiatria, 11,9% em consulta de Psicologia e 2,7% em consulta de Neurodesenvolvimento. No grupo seguido em consulta de Pedopsiquiatria/Psiquiatria, 91,4% tinham terapêutica farmacológica instituída.

Salienta-se ainda o facto de 10,1% dos casos observados em SU estarem a aguardar a primeira consulta de Pedopsiquiatria ($n=166$). Cerca de metade destes indivíduos ($n=78$) tinham mais do que uma vinda prévia ao SU. Verificou-se que os hospitais de referência com maior percentagem de casos a aguardar primeira consulta eram o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (24,6%) e o Hospital Beatriz Ângelo (18,2%).

Verificaram-se diferenças significativas na afluência ao SU entre os jovens seguidos em Pedopsiquiatria comparativamente com os restantes grupos (ANOVA (4)=46,685, $p=0,000$ e ANOVA (4)=38,657, $p=0,000$). Os indivíduos em seguimento por Pedopsiquiatria são os principais utilizadores do SU.

Observaram-se diferenças nos motivos de vinda ao SU consoante o tipo de seguimento atual (χ (40)=166,318, $p=0,000$): os indivíduos com acompanhamento pedopsiquiátrico/psiquiátrico vieram predominantemente por problemas de comportamento (42%), problemas de humor (16,2%), comportamentos autoagressivos (14,6%) e problemas de ansiedade (8,9%).

Verificaram-se diferenças no seguimento atual entre sexos (χ (4)=882,032, $p=0,000$): 61,7% dos indivíduos do sexo feminino não tinham seguimento prévio; por outro lado, 60% dos indivíduos seguidos em Psicologia eram do sexo feminino.

No que diz respeito à psicofarmacoterapia, 50,4% dos indivíduos encontravam-se medicados em ambulatório com psicofármacos à data do episódio de urgência, não havendo diferenças de sexo nesta prevalência.

Intervenção

Em 17,0% dos casos houve administração de psicofármacos em SU. Os principais motivos de vinda com necessidade de terapêutica farmacológica de

urgência foram os problemas relacionados com a terapêutica, os sintomas psicóticos, os problemas relacionados com substâncias e os problemas de comportamento ($\chi(20) 45,868, p=0,001$).

Em 15,1% ($n=247$) dos casos havia indicação para internamento. Destes, foram internados 175 casos (70,8%). Dos casos com indicação para internamento, verificaram-se diferenças de idade (U Test, $p=0,000$), sendo a faixa etária entre os 14 e os 17 anos a mais prevalente (74,8%). Verificaram-se ainda diferenças entre o número de episódios prévios e a indicação para internamento (U Test, $p=0,000$): dos indivíduos com indicação, 21,9% tinham pelo menos 3 episódios prévios. Existiam também diferenças nos motivos de vinda ao SU ($\chi 10=97,649, p=0,000$): os principais motivos foram, por ordem decrescente: comportamentos autoagressivos (27,2%), problemas de humor (23,6%), problemas de comportamento (21,3%) e sintomas psicóticos (7,9%).

O internamento foi significativamente mais frequente no sexo feminino ($\chi 1=1,519, p=0,218$) e efetuou-se na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do HDE (54,9%), noutra hospital (26,3%), na Unidade de Adolescentes do HDE (16,6%) ou no Serviço de Observação do SU do HDE (2,3%).

Observou-se que os indivíduos do Centro Hospitalar do Algarve tiveram indicação de internamento cerca de 5 vezes mais do que os restantes. No Quadro III apresentam-se os resultados referentes aos hospitais onde estas diferenças se verificaram.

QUADRO III

*Comparação da indicação de internamento
de acordo com o hospital de referência (Odds-Ratio)*

OR>1	OR<1
Centro Hospitalar Médio Tejo (2,75)	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (0,23)
Hospital de Cascais (2,24)	Centro Hospitalar Lisboa Central (0,44)
Hospital Garcia de Orta (1,94)	Centro Hospitalar Lisboa Norte (0,39)
Centro Hospitalar do Algarve (4,88)	

Dos indivíduos que tiveram alta para ambulatório, foi introduzida psicofarmacoterapia em 64,5% dos casos ($n=746$). Esta introdução foi mais frequente nos problemas de ansiedade, comportamento e humor. Foram ainda realizados 477 reajustes farmacológicos (66,7% dos casos em que já havia farmacoterapia instituída). Houve encaminhamento para consulta externa de Pedopsiquiatria em 43,0% dos casos ($n=630$), onde se incluem 81,9% dos casos sem qualquer acompanhamento até à data ($n=407$). O encaminhamento para

consulta de Psicologia ocorreu em 2,8% dos casos e 1,1% foi encaminhado para consulta de Medicina Geral e Familiar.

Comportamentos autoagressivos

Os indivíduos cujo principal motivo de vinda ao SU foi comportamento autoagressivo ($n=284$), eram predominantemente do sexo feminino (Binomial (0,5) $p=0,000$, 225:59) e com idade compreendida entre os 5 e os 17 anos, com maior frequência entre os 14 e 16 anos.

Foi a primeira vinda ao SU para 78% destes, 42% não tinham nenhum tipo de seguimento e 57,7% não estavam medicados. Verificou-se que 23,6% tinham indicação para internamento, tendo sido internados 19% dos casos, maioritariamente no internamento de Pedopsiquiatria do HDE e noutro hospital.

DISCUSSÃO

Acesso

O acesso ao serviço de Urgência de Pedopsiquiatria do HDE-CHLC realizado diretamente do exterior ou através do SU Pediátrico de outro hospital – Urgência Externa – constituiu o principal grupo de doentes atendidos ($n=1641$), no decorrer do ano de 2013. Considerando também as 229 intervenções telefónicas para orientação clínica ou terapêutica, contactou-se com 1870 doentes externos (83,7%).

Do grupo de doentes internados – Urgência Interna – foram avaliados 193 presencialmente e 170 por via telefónica, representando no conjunto 16,3% do total de doentes que necessitou de atenção médica.

Os dados relativos às intervenções em Urgência Interna ou pedidos de parecer encontram-se apenas nos registos em papel da Área de Pedopsiquiatria. Estes registos incluem a data e hora do pedido, a origem do mesmo, o sexo e idade da criança ou adolescente e a resolução da mesma. Assim, verificámos que os dados disponíveis nestes casos eram significativamente inferiores aos dados obtidos através dos diversos *softwares* dos casos observados presencialmente em Urgência Externa. Por este motivo, foi este último grupo o foco da nossa investigação. Verifica-se assim a necessidade de melhorar o sistema de

registro das diversas atividades do médico de urgência, de modo a caracterizá-las de forma mais completa e eficaz e evitar uma subestimação.

Esta subestimação verificou-se no estudo atual, pois os dados relativos às intervenções presenciais em urgência Externa ($n=1641$), representam 87,7% dos doentes observados presencialmente e 73,4% do total de doentes que necessitou de atenção médica.

Apesar da subestimação, verificou-se que a frequência de acesso encontrada foi bastante superior ao descrito em estudos epidemiológicos anteriores portugueses. Este dado está em linha com o aumento do número de doentes pediátricos que recorrem ao SU por motivos relacionados com a saúde mental identificado noutros países (Kistner, 2009), sobretudo nos Estados Unidos.

Esta tendência de aumento tem sido descrita a vários níveis. A OMS aponta que os problemas neuropsiquiátricos serão uma das principais cinco causas de morbilidade, mortalidade ou incapacidade para as crianças, no ano de 2020 (Coles, Slavec, Bernstein, & Baroni, 2012). Por outro lado, o crescimento de problemas sociais/psicosociais na população em geral e a sua associação com a incidência de problemas psiquiátricos é conhecida.

No panorama nacional, é de referir que em 2010 ocorreu um aumento da idade máxima atendida em serviços pediátricos dos 15 anos e 364 dias para os 17 anos e 364 dias, produzida pelo Despacho N.º 9871/2010 de 11 de Junho. Este despacho contribuiu para a deslocação dos jovens entre os 16 e os 18 anos dos SU de adultos para os SU pediátricos. Como se verificou, esta faixa etária representou uma percentagem importante dos jovens observados em SU e poderá justificar em parte o aumento do número total de casos.

Por outro lado, a maior divulgação e consciencialização entre os profissionais de saúde e os pais para os problemas de saúde mental, também têm sido apontadas como causas prováveis do aumento da recorrência ao SU de Pedopsiquiatria.

Para além disso, acreditamos que, quer a relativa escassez de serviços de tratamento ambulatorio (i.e. Unidades de Dia), quer a insuficiente resposta em termos de consulta encontrada nas diferentes áreas de residência abrangidas, poderão levar ao aumento de utentes observados em SU.

Recorrência

Estas reflexões são corroboradas pela análise da recorrência ao SU. Existe um número significativo de utilizadores crónicos do SU, com número de episódios prévios >2 (11,3%). A ausência de resposta atempada de outras estruturas, nomeadamente a consulta externa ou o internamento pedopsiquiátrico,

poderão explicar estes dados. Para além disso, estes são predominantemente adolescentes do sexo masculino. Os comportamentos disruptivos, frequentes motivos de encaminhamento ao SU e mais comuns da sintomatologia externalizante, poderão contribuir para este facto. São necessários mais estudos para melhor caracterizar o grupo de utilizadores crónicos do SU, no sentido de compreender não só as dificuldades pessoais da criança e da família, mas também de identificar as falhas na resposta especializada.

Origem dos pedidos

Sendo o SU de Pedopsiquiatria do CHLC o único disponível para as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, pressupõe-se que o número de doentes referenciados do SU dos restantes hospitais seja determinado pela dimensão da população de cada área de influência. Por outro lado, calcula-se que fatores como a distância geográfica e as respostas existentes a nível local influenciem o número de casos referenciados por cada hospital. Os dados encontrados parecem ir de encontro a estas possibilidades.

Os nossos resultados sugerem uma carência de respostas eficazes em Pedopsiquiatria fora da região de Lisboa. Os hospitais de áreas periféricas à cidade de Lisboa apresentaram taxas significativas de recorrência ao SU (HPP Cascais, Centro Hospitalar de Setúbal e Hospital de Vila Franca de Xira) e de indicação para internamento (Centro Hospitalar Médio Tejo e Centro Hospitalar de Cascais). Para além disso, apresentaram ainda as maiores taxas de indivíduos a aguardar a primeira consulta (Centro Hospitalar Barreiro/Montijo e Hospital Beatriz Ângelo). Isto indica um tempo de espera significativo e preocupante entre o reconhecimento da necessidade de avaliação pedopsiquiátrica e o início do seguimento.

Paralelamente, a região do Algarve, atualmente com apenas um Pedopsiquiatra em toda a região, apresentou uma taxa muito elevada de indicação para internamento. Para além da carência óbvia de médicos especialistas nesta área, coloca-se a possibilidade de uma maior gravidade dos casos desta região. Porém, a distância envolvida no encaminhamento para o SU do HDE poderá ter limitado o envio de situações menos graves, o que influencia os dados analisados. É necessária uma leitura atenta destes dados, que requerem estudos adicionais no sentido de caracterizar e comparar a gravidade dos casos do Algarve com outras regiões do país.

Sazonalidade

A maior frequência do acesso ao SU nos meses de maio, outubro e novembro poderá estar relacionada com a sazonalidade das alterações do humor

e agravamento da patologia afetiva verificada nas mudanças de estação, descrita nalguns estudos (Gillberg et al., 2005). São expressas sobretudo por adolescentes do sexo feminino com queixas de humor, de ansiedade ou comportamentos autoagressivos.

Tendo em conta prevalência de adolescentes na nossa amostra (73%), serão estes os principais intervenientes na variação de sazonalidade encontrada. Deste grupo, 60,5% eram do sexo feminino.

Por outro lado, a sazonalidade identificada poderá relacionar-se com o calendário escolar. Verificou-se que o aumento do número de casos corresponde ao final do terceiro período, associado a uma época ansiogénica pelas avaliações que decorrem e perspectivas de reprovação/transição de ano. Para além disso, o período correspondente ao início do ano letivo, época em que ocorrem várias mudanças no dia-a-dia do jovem e da família, apresentou igualmente uma maior prevalência de casos observados em SU. Acreditamos que, não só a exacerbação da sintomatologia devido aos fatores de risco destas épocas, mas também o facto da frequência da escola tornar mais visível a sintomatologia psiquiátrica dos jovens, justifiquem a influência do calendário escolar. A referenciação ou sinalização de problemas de comportamento pela escola foram, por diversas vezes, a origem do encaminhamento das crianças e adolescentes ao SU.

Verificou-se que a maior afluência ao SU ocorreu nos turnos diurnos dos dias úteis, mais predominantemente no período da tarde. Apesar de serem necessários mais estudos para esclarecer as causas para esta variabilidade, acreditamos que, mais uma vez, a referenciação e sinalização da escola, que decorre nos dias úteis, poderá contribuir para a maior afluência nos períodos identificados. Foram motivos comuns de vinda ao SU comportamentos disruptivos em ambiente escolar.

Caracterização da amostra

A maioria dos indivíduos observados no SU do HDE ($n=1641$) era do sexo feminino (55,6%). Observando a Figura 2, que apresenta a distribuição das idades, verifica-se que até aos 11 anos e meio é o sexo masculino o mais prevalente, tendência invertida a partir dessa idade. Esta distribuição vai de encontro aos dados epidemiológicos encontrados na literatura (Coles, Slavec, Bernstein, & Baroni, 2012), que indicam uma predominância de doentes do sexo masculino durante a segunda infância referenciados à consulta de pedopsiquiatria, chegando a atingir uma relação de 3/1. Nesta faixa etária, os principais motivos de vinda ao SU foram os problemas de comportamento e de

ansiedade, que correspondem aos motivos dos principais pedidos de consulta da especialidade (Coles, Slavec, Bernstein, & Baroni, 2012). Por outro lado, vários estudos apontam para a possibilidade da existência de um viés de deteção e referenciação nesta faixa etária. É referido que a sensibilidade e perceção das perturbações externalizantes pelos educadores e pais, leva a um aumento de sinalização destas situações (Gillberg et al., 2005), que também se reflete na maior afluência ao SU.

Na adolescência, e em consonância com a literatura, verificou-se a inversão da distribuição por sexo, com predominância do sexo feminino (Ghaemi, 2007). Nesta faixa etária os principais motivos de vinda ao SU foram problemas de humor ou de ansiedade e comportamentos autoagressivos.

O motivo de vinda ao SU, caracterizado no nosso estudo por 11 categorias de sintomas, não tem necessariamente correspondência com o diagnóstico etiológico ou nosológico que originou o sintoma, mas permitiu-nos de uma forma mais direta identificar as queixas que levaram os doentes ao SU. Deste modo, por exemplo, um comportamento autoagressivo poderia ser classificado como Problema do Comportamento ou como Problema do humor, após a recolha de alguns elementos, durante a avaliação clínica. O mesmo acontece com os problemas de comportamento nos adolescentes e o consumo de substâncias que muitas vezes se sobrepõem.

São facilmente compreensíveis as diferenças encontradas nos motivos de vinda ao SU de acordo com a idade. As crianças da 1ª infância, 1% da nossa amostra, vieram predominantemente por problemas do ambiente, concretamente suspeita de maus tratos ou problemas na relação mãe-bebé, sinalizados pelos pediatras e neonatologistas. O facto de existir uma Unidade de Primeira Infância na região de Lisboa que dá resposta quase imediata aos pedidos de consulta, associado à existência de outras especialidades que respondem aos problemas surgidos nesta idade (pediatria geral, pediatria do desenvolvimento, psicologia, neonatologia, medicina geral e familiar), pode contribuir para a explicação da baixa frequência de casos observados em SU. No nosso estudo, a 1ª infância é menos prevalente e existem mais casos de adolescentes observados, de acordo com a complexidade dos problemas encontrados.

É interessante observar a transição dos problemas da 2ª infância, problemas de comportamento e de ansiedade, para os da pré-adolescência, onde os comportamentos autoagressivos ganharam relevo. Aos 14 anos foram mesmo o principal motivo. Em associação com este problema, verificou-se uma crescente prevalência de problemas do humor (isolamento, humor depressivo, ideação suicida), que atingiu o seu pico aos 16 anos (Whitlock & Selekman, 2014).

Os comportamentos autoagressivos verificaram-se sobretudo em doentes do sexo feminino, sem qualquer tipo de acompanhamento em 42% dos casos. Este facto poderá refletir a dificuldade em identificar estes problemas, quase sempre escondidos e dissimulados e que se tornam visíveis no decorrer da história natural da patologia que lhe deu origem.

O facto dos problemas de comportamento constituírem, enquanto categoria, um dos principais motivos de recorrência ao SU, principalmente na 2ª Infância, poderá indicar alguma dificuldade na sua resolução através do recurso aos psicofármacos. O regresso ao SU por problemas relacionados com a terapêutica também é um indicador de que nem sempre a terapêutica farmacológica consegue a desejada estabilização dos quadros clínicos. A recorrência dos doentes com sintomas psicóticos poderá traduzir a maior gravidade destes quadros, muitas vezes associados a dificuldades psicossociais ou outros diagnósticos, como perturbações globais do desenvolvimento ou consumo de substâncias.

Seguimento prévio

Em 40,6% dos doentes já tinha havido algum tipo de acompanhamento psiquiátrico, que inclui a consulta de pedopsiquiatria e a de psiquiatria de adultos. A sua distinção enquanto grupo não foi realizada, mas apenas a identificação de outros tipos de acompanhamento como psicologia ou neuropediatria. De salientar que dos doentes que recorrem ao SU, apenas 2,7% eram seguidos em psicologia o que poderá significar uma manifesta insuficiência de respostas desta especialidade de uma forma global. A grande maioria dos doentes com acompanhamento (pedo)psiquiátrico (91,4%) estava medicada, confirmando neste grupo de doentes a necessidade de uma avaliação médica de urgência, sendo muitas vezes realizados ajustes terapêuticos dos psicofármacos. Esta percentagem desceu para 50,4%, ao considerarmos os doentes acompanhados por outros técnicos de saúde. Este será porventura um motivo importante para serem os jovens em acompanhamento psiquiátrico os que mais recorreram ao SU. Por outro lado, poderá estar também relacionado com a sensibilização feita pelos médicos assistentes para a existência deste serviço de urgência e para a necessidade de monitorizar alguns sintomas. No entanto, o facto dos casos com acompanhamento médico também corresponderem aos casos de maior gravidade poderá funcionar como um viés de seleção para serem estes os doentes a recorrer mais ao SU.

Em 44,8% dos indivíduos observados em SU não havia qualquer tipo de acompanhamento prévio, mas 10,1% dos casos aguardavam a primeira consulta

de Pedopsiquiatria ($n=166$) e metade destes apresentava mais do que uma vinda prévia ao SU. Estes dados merecem a nossa reflexão. A escassez de resposta eficaz em ambulatório desvirtua a função do SU, reservado às situações de crise aguda, levando a um aumento do tempo de espera para atendimento dos casos prioritários, que não é desejável. Por outro lado, o ambiente de urgência e o tempo de que se dispõe neste contexto, não são os adequados às intervenções de que carecem os jovens e suas famílias fora das situações de crise.

Intervenção

A grande maioria dos doentes (83%) não necessitou de terapêutica farmacológica no decorrer da vinda ao SU, o que poderá ser um indicador da prudência com que esta é instituída, apenas depois de se terem esgotado as opções não farmacológicas. Os psicofármacos foram utilizados em 17,0% dos casos. Numa percentagem aproximada de casos, 15,1%, verificou-se existir indicação para internamento, apesar de apenas 10,6% dos indivíduos ter sido efetivamente internado. A percentagem de casos com indicação para internamento pode estar subestimada atendendo ao facto dessa indicação ser afetada pelas respostas existentes, que limitaram a intervenção a propor aos doentes. A necessidade de procurar, com bastante frequência, disponibilidade de internamento noutras unidades de saúde (pediatria dos hospitais de referência ou internamento de psiquiatria de adultos) prejudicou não apenas o doente, mas também o trabalho dos profissionais de saúde, que procuraram encontrar soluções eficazes ainda que demoradas e não ideais (como ter adolescentes em serviço de adultos).

De notar que foi o grupo dos adolescentes que teve a grande fatia das indicações de internamento verificadas, traduzindo a maior gravidade dos quadros clínicos encontrados nesta faixa etária. Os principais motivos de vinda ao SU neste grupo de doentes foram os problemas autoagressivos (27,2%), os problemas do humor (23,6%), os problemas de comportamento (21,3%) e os sintomas psicóticos (7,9%). Não se pode ignorar o facto de que estes problemas estavam associados a uma utilização crónica do SU em 21,9% dos indivíduos. Predominantemente do sexo masculino, foram internados indivíduos com excessivas vindas prévias ao SU (de 3 a 40 vindas). Nestes casos, além da gravidade do quadro clínico, o internamento surgiu como tentativa de terminar o ciclo de utilização abusiva e por vezes iatrogénica do SU.

Em relação aos internamentos realizados, ocorreram noutro hospital em 26,3% dos casos com indicação. Salienta-se mais uma vez a necessidade de

melhoria de respostas a nível local, atendendo às especificidades que uma unidade de internamento de doentes pedopsiquiátricos exige.

CONCLUSÃO

Houve um aumento muito significativo do número de crianças e jovens que recorreram ao SU de Pedopsiquiatria do HDE em 2013, comparativamente com anos prévios. A insuficiência de respostas adequadas em ambulatório para as necessidades pedopsiquiátricas, particularmente evidentes fora da cidade de Lisboa, poderão justificar este aumento. Parece-nos essencial investigar as formas mais adequadas para a melhoria da intervenção em ambulatório das áreas carenciadas, no sentido de contribuir para uma inversão desta tendência.

A distribuição por idades, sexo e motivo de vinda foram semelhantes ao descrito na literatura para o acompanhamento em ambulatório. Verificou-se ainda que a sazonalidade observada, para além de corresponder à descrita pela literatura, aparentou estar relacionada com o calendário escolar.

De facto, a escola parece ter um papel importante, não só no impacto na sintomatologia e psicopatologia das crianças e adolescentes, mas também na sinalização e referenciação dos casos ao SU. Parece-nos importante a intervenção junto da comunidade escolar no sentido de promover a sua competência não só na identificação de sintomas psicopatológicos, mas também na gestão de situações de crise com estes jovens.

Com o nosso estudo, ficou patente a necessidade de aumentar a capacidade de respostas terapêuticas locais não farmacológicas, nomeadamente acompanhamento em consultas de psicologia ou áreas de dia, bem como a capacidade de internamento em unidades de saúde mental apropriadas à faixa etária dos indivíduos. Por outro lado, a vinda recorrente ao SU de indivíduos que aguardavam primeira consulta de Pedopsiquiatria e a indicação para internamento encontrada na maioria dos indivíduos observados de hospitais de referência mais distantes, tem de nos levar a refletir seriamente na distribuição e gestão dos recursos humanos para a saúde mental infantil e juvenil em Portugal.

Por fim, gostaríamos de sugerir a otimização do processo de registo dos casos atendidos em SU, quer relativos à Urgência Externa, quer relativos à Urgência Interna, idealmente em suporte informático, de modo a permitir mais facilmente a obtenção e cruzamento da informação. Acreditamos que sem

monitorização das necessidades dos utentes e da resposta clínica que se oferece não é possível a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

BIBLIOGRAFIA

- Chun, T.H., Katz, E.R., & Duffy, S.J. (2013). Pediatric mental health emergencies and special health care needs. *Pediatr Clin North Am*, 60(5), 1185-1201.
- Coles, E.K., Slavec, J., Bernstein, M., & Baroni, E. (2012). Exploring the gender gap in referrals for children with ADHD and other disruptive behavior disorders. *J Atten Disord*, 16, 101-108.
- Cordovil, C., & Crujo, M. (2002). Doenças e alterações mentais. In M. Coelho et al. (Eds.), *150 anos da pediatria portuguesa e meio século de urgências pediátricas. – Casuística do Hospital Dona Estefânia* (pp. 162-165).
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Rede de referência de psiquiatria da infância e da adolescência*.
- Ghaemi, S.N. (2007). *Feeling and time: The phenomenology of mood disorders, depressive realism, and existential psychotherapy*. *Schizophr Bull*, 33(1), 122-130.
- Gillberg, C., et al. (2005). *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (p. 11). Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldstein, AB, Silverman, MA, Philips, S, & Lichenstein, R. (2005). Mental health visits in a pediatric emergency department and their relationship to the school calendar. *Pediatr Emerg Care*, 21(10), 653-657.
- Grupp-Phelan, J., Harman, J.S., Kelleher, K.J. (2007). Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments. *Public Health Rep*, 122(1), 55-61.
- Kistner, J.A. (2009). Sex differences in child and adolescent psychopathology: An introduction to the special section. *J Clin Child Adolesc Psychol* 34(4), 453-459.
- Larkin, G.L., Claassen, C.A., Emond, J.A., et al. (2005). Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv*, 56(6), 671-677.
- Liu, S., Ali, S., Rosychuk, R.J., & Newton, A.S. (2014). Characteristics of children and youth who visit the emergency department for a behavioural disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 23(2), 111-117.
- Mahajan, P., Alpern, E.P., Grupp-Phelan, J., et al. (2009). Epidemiology of psychiatric-related visits to emergency departments in a multicenter collaborative research pediatric network. *Pediatr Emerg Care*, 25(11), 715-720.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Distributed by Harvard University Press.

- Nillni, Y.I., Rohan, J.K., Rettew, D., & Achenbach, T.M. (2009). *Seasonal trends in depressive problems among United States children and adolescents: A representative population survey*. *Psychiatry Res*, 170(2-3), 224-228.
- Sills, M.R., & Bland, S.D. (2002). Summary statistics for pediatric psychiatric visits to US emergency departments, 1993-1999. *Pediatrics*, 110(4), e40.
- Whitlock, J.L., & Selekman, M. (2014). Non-suicidal self-injury (NSSI) across the lifespan. In M. Nock (Ed.), *Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford Library of Psychology: Oxford University Press.

ABSTRACT

Introduction: Children and adolescents have been increasingly accessing mental health services in Portugal. In the Emergency Service (ES), not only this increase of frequency has been registered but also the severity of the cases is felt. However, this has not been clearly evaluated in the last years.

Objectives: Our goal is to characterize the population attending the paediatric emergency department who required mental health assistance in 2013 and its pattern of access.

Methods: Literature review. Variables selection (demographic characterization, current mental health assistance, motif, previous access to CAP ES, intervention). Data collection from the ES software system (HCIS®), which was then crosschecked with the CAP ES registration paper forms. The data was statistically processed (SPSS®), with descriptive analysis of the data and variable correlation.

Results: Our results show a higher prevalence of adolescents attending the emergency department, predominantly aged over 15 years old, females, with behavioural and mood symptoms and self-aggression episodes. Monthly variability was observed, with bigger affluence in May, October and November.

Conclusions: Our results lead us to conclude that there is an increased number of youngsters attending ES for mental health care. Due to its prevalence, older adolescents with severe pathologies are the focus of our concern. Further study is needed in order to understand its causes, consequences and need for change towards the improvement of child and adolescent mental health.

Key-words: Emergencies. Child and adolescent psychiatry. Self-harm. Mental illness.