



ARTIGO ORIGINAL

Prevalência de depressão na adolescência: uma consulta a prontuários de uma clínica-escola em Porto Alegre

Depression prevalence in adolescent: a consultation in medical record-clinical school in Porto Alegre

Eduarda Ferreira da Silva^a

Rita de Cássia Petrarca Teixeira^b

Sílvia Cristina Marceliano Hallberg^c

^a Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – (Membro da Comissão de Pesquisa do Centro de Estudo, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência – CEAPIA).

^b Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS – (Professora adjunta da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS).

^c Mestre em Psicologia Clínica PUCRS – (Diretora de Pesquisa CEAPIA) – PORTO ALEGRE – RS – Brasil.

DOI: 10.5935/2318-0404.20180011

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e Centro de Estudo, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência (CEAPIA)

Resumo

Introdução: Transtornos mentais representam uma significativa causa de sofrimento, incapacidade e dependência na população, atingindo cerca de 15% de crianças e adolescentes no mundo. Conhecer o perfil sociodemográfico de adolescentes que buscam psicoterapia e a prevalência de psicopatologias contribui para plano de intervenções precoces aprimoramento de técnicas terapêuticas. Objetivo: Apresentar e discutir a prevalência de psicopatologias em adolescentes atendidos em uma clínica-escola de Psicoterapia de Orientação

Psicanálítica em Porto Alegre. Método: Estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal. Realizou-se uma pesquisa documental em 228 prontuários de pacientes, entre 12 a 20 anos de idade, atendidos entre os anos de 2013 a 2016. Buscou-se identificar as psicopatologias mais prevalentes e diferenças entre sexo e grupo etário. Resultados e discussão: transtornos depressivos foram os mais prevalentes na amostra. Não houve diferença entre sexo e grupo etário. Conclusões: O presente resultado corrobora a literatura sobre alta incidência de transtornos depressivos na adolescência. Discutiui-se a relação entre depressão e adolescência.

Palavras-chave: Adolescente; Prevalência; Psicopatologia; Depressão.

Abstract

Introduction: Mental disorders represent a significant cause of suffering, incapacity and dependence in the population, reaching about 15% of children and adolescents in the world. To know the sociodemographic profile of adolescents seeking psychotherapy and the prevalence of psychopathologies is to plan early interventions to improve therapeutic techniques. Objective: To present and discuss the prevalence of psychopathologies in adolescents attending a psychoanalytic orientation psychotherapy school clinic in Porto Alegre. Method: Quantitative, descriptive and cross-sectional study. A documentary survey was carried out on 228 patients' charts, between 12 and 20 years of age, between the years of 2013 and 2016. We sought to identify the most prevalent psychopathologies and differences between sex and age group. Results and : depressive disorders were the most prevalent in the sample. There was no difference between sex and age group. Conclusions and discussion: This result corroborates the literature on the high incidence of depressive disorders in adolescence. The relationship between depression and adolescence was discussed.

Keywords: Adolescent; Prevalence; Psychopathology; Depression.

Introdução

Os transtornos mentais representam uma significativa causa de sofrimento, incapacidade e dependência na população, atingindo cerca de 15% de crianças e adolescentes no mundo¹. Em países subdesenvolvidos, como o Brasil, estima-se que a prevalência de psicopatologias em crianças e adolescentes varia entre 7% e 20%¹. A maior parte desses transtornos tem início nessa etapa inicial da vida, acompanham o indivíduo ao longo de seu desenvolvimento e são preditores de problemas na vida adulta^{1,2,3}. É o caso dos transtornos depressivos, que são prevalentes na adolescência e possuem risco elevado de cronicidade^{4,5}. Conhecer o perfil sociodemográfico de adolescentes que buscam atendimento psicoterápico, bem como levantar a prevalência de psicopatologias, faz-se importante para o desenvolvimento de intervenções precoces e para o aprimoramento de técnicas terapêuticas destinadas a essa população.

O período da adolescência é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶ como aquele que ocorre entre 10 e 19 anos de idade. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n. 8.069, de 1990⁷, define a adolescência como a faixa etária entre 12 a 18 anos de idade (artigo 2º), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142).⁷ A adolescência é caracterizada como uma etapa evolutiva típica da espécie humana, sendo uma fase do ciclo vital de transição entre a infância e a vida adulta – na qual ocorrem mudanças biológicas, sociais, psicológicas e culturais^{8,9,10}. Diante de todas as transformações inerentes a esse período e de uma série de novidades com que o jovem precisa lidar, a adolescência é uma fase de muitas turbulências – sendo considerado um período normal de crise^{11,12}.

A noção de período normal de crise adolescente tem sido utilizada para dar conta das variadas formas de expressão das transformações que acontecem nessa etapa¹³. Assim, o termo diz respeito a uma série de situações difíceis e de incertezas que são vivenciadas, o que faz da adolescência uma fase importante e decisiva para o vir a ser do sujeito¹³. Momentos de crise também são responsáveis pelo crescimento dos indivíduos durante todo o ciclo vital, oportunizando aquisição de habilidades para o enfrentamento de novas realidades¹². Apesar disso, momentos de crise tornam o jovem mais vulnerável ao sofrimento psíquico, uma vez que o colocam em situações nas quais deve refletir sobre sua própria trajetória de vida¹³.

É importante também pensar a sociedade na qual os adolescentes dos tempos atuais estão inseridos e vão se desenvolver. O estilo de vida que levam, suas demandas individuais e sociais, bem como as questões do mundo contemporâneo podem estar associadas ao sofrimento psíquico e à manifestação de transtornos mentais.¹⁴ Além das crises e conflitos pertinentes a essa fase, o adolescente de hoje se depara com questões socioculturais que interferem em um processo mais saudável de subjetivação e integração de sua personalidade.¹⁵ A literatura tem trazido como fenômenos frequentes na adolescência contemporânea as depressões, ansiedade, abuso de substâncias, transtornos alimentares, transtornos de conduta, psicoses e violências¹⁵. Estudos apontam as patologias do agir como cada vez mais prevalentes na clínica de adolescentes^{12,13,15,16,17}. Trata-se de transtornos alimentares, toxicomanias, suicídio e outras condutas autodestrutivas, que podem estar relacionadas à fragilidade do aparelho psíquico e às demandas que o jovem precisa dar conta nessa sociedade^{14, 15,16}.

Logo, faz-se importante pensar com quais psicopatologias o psicoterapeuta de adolescentes se depara na atualidade. Os estudos de prevalência de psicopatologias na adolescência e infância em nosso país e no mundo apresentam índices variados². Estima-se que entre 10% e 25% das crianças e adolescentes, em algum momento de seu desenvolvimento, manifeste algum comprometimento de caráter clínico ou desviante, precisando, portanto, de tratamento^{1,3,16}. Ao se falar dos prováveis fatores associados à ocorrência de psicopatologias em crianças e adolescentes, deve-se levar em conta os fatores biológicos, genéticos, psicossociais e ambientais, ou seja, um modelo biopsicossocial de saúde¹⁷. Existe, portanto, fatores de risco e de proteção que aumentam ou diminuem a chance dos transtornos mentais se manifestarem. Como exemplos desses fatores destacam-se: características individuais do sujeito (gênero, temperamento, personalidade e cognição), fatores familiares (estilo parental, capacidade ou não de estabelecer vínculo, situações familiares adequadas ou estressantes

e ausência ou presença de psicopatologias na família), e atributos sociais (condições do ambiente, local da moradia, nutrição, violência urbana, acesso à saúde e ao saneamento básico)^{18,19,20}. Exposto isso, o presente estudo objetivou levantar o perfil sociodemográfico e prevalência de psicopatologias em adolescentes atendidos numa clínica-escola de Porto Alegre/RS. Foi dada atenção às diferenças em relação ao diagnóstico, ao gênero e às fases da adolescência (inicial, intermediária e final). Na discussão dos resultados, foi dado destaque a presença dos transtornos depressivos.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal, realizado a partir de uma pesquisa documental^{21,22}. Foram consultados 228 prontuários de adolescentes que buscaram atendimento psicoterápico, em uma clínica-escola de Porto Alegre/RS, entre os anos de 2013 e 2016. As consultas permitiram levantamento do perfil sociodemográficos dessa clientela e foram verificadas as hipóteses diagnósticas presentes nas fichas de avaliação desses adolescentes.

Foram coletadas as seguintes variáveis: sexo, idade e escolaridade do paciente; tipo de ensino que o adolescente frequentava (se público ou rede privada); quem indicou o tratamento; tempo de atendimento; tipo de encerramento de atendimento e hipótese diagnóstica dada ao paciente. As informações coletadas foram transcritas para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – 17ª Edição)* e receberam tratamento estatístico (frequência). Também foram cruzados os dados referentes às hipóteses diagnósticas com o sexo e idade dos pacientes para investigar possíveis diferenças entre psicopatologias, gênero e fases da adolescência. Os achados foram discutidos à luz de referencial teórico, especialmente no que diz respeito à depressão na adolescência.

O uso desses prontuários, para fins do presente estudo, seguiu a Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que discorre sobre a ética em pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais²³. Além disso, os responsáveis pelos adolescentes concordaram que os dados relativos aos atendimentos fossem utilizados para fins de ensino e pesquisa, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido.

Apresentação e discussão dos resultados

Quanto ao perfil sociodemográfico, os jovens que compuseram a amostra tinham entre 12 e 20 anos ($M=14,44$; $DP=1,94$) e metade era do sexo masculino (51,3%). A maioria dos pesquisados (55,3%) estava em etapa inicial da adolescência (com idade variando entre 12 e 14 anos). O Ensino Fundamental era cursado por 61,5% dos pesquisados, especialmente o 6º, 7º e 8º ano. A rede pública de ensino era frequentada por 47,4% da amostra e 46,7% estudava na rede particular de ensino. Em 5,7% dos prontuários não foi registrado o tipo de escola.

A busca por atendimento foi indicada por profissionais da área da saúde em 52,6% dos casos, sendo divididos em 31,5% por médicos e 21,1% por psicólogos. Entre os médicos, destaca-se o encaminhamento por psiquiatras (19,7%). Apesar disso, 53,1% dos adolescentes da amostra nunca havia consultado um psiquiatra e 57,5% nunca havia feito uso de psicofármacos. A escola encaminhou os adolescentes para acompanhamento psicoterápico em 15,8% dos casos. O grupo familiar é responsável por 7% dos encaminhamentos. Chama a atenção que 6,6% da amostra buscou atendimento por indicação de algum amigo. Somente 3,1% dos jovens buscou tratamento por iniciativa própria e 7% foram encaminhados por outros. Em 7,9% dos prontuários não foi registrada a origem da indicação de atendimento.

No momento da coleta dos dados, 41,2% da amostra ainda se encontrava em acompanhamento psicoterápico. Dos jovens que encerraram o atendimento, a maioria (90%) abandonou ou interrompeu o tratamento. Somente 6% recebeu alta clínica e 2,3% da amostra foi encaminhada para outras instituições de atendimento. Em 1,7% dos prontuários não foi registrado o tipo de término. Ainda quanto aos jovens que encerraram o atendimento, a maioria dos participantes (67%) permaneceu apenas de 1 a 6 meses em tratamento. 25,3% ficou de 7 meses a 1 ano em atendimento, e somente 6% permaneceu mais de 1 ano em psicoterapia. Em 1,8% dos prontuários não foi registrado o tempo de permanência em acompanhamento psicoterápico.

A literatura aponta o período de 6 meses como crítico aos processo psicoterápicos. É o período mais suscetível a abandonos. O abandono de tratamento em psicoterapia constitui-se em problema com graves consequências para o indivíduo e para a sociedade, tendo em vista que poucas pessoas conseguem de fato obter ajuda especializada para seu sofrimento e resolver seus problemas psicológicos. As altas taxas de abandono estimadas pela literatura nacional e internacional justificam a crescente preocupação com esse fenômeno²⁴. Em contrapartida, as altas clínicas tendem a apresentar números menos expressivos²⁵.

Quanto a prevalência de psicopatologias, os principais motivos de consulta relatados pelos adolescentes ou pelos responsáveis foram ansiedade/depressão e sintomas como choro, medos, não se sentir amado (22,4%); problemas de relacionamento e queixas do tipo não se dar bem com as pessoas, ser dependente, sentir que as pessoas implicam com ele (14,5%) e retraimento/depressão, envolvendo sintomas do tipo timidez, tristeza, preferir ficar sozinho (14,0%) (Tabela 1). As hipóteses diagnósticas mais encontradas, na presente amostra, foram aquelas relacionados aos transtornos depressivos (29%) de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5²⁶ (Tabela 2). Em seguida se destacaram os transtornos de neurodesenvolvimento (15,2%), os transtornos de ansiedade e aqueles relacionados a trauma e a estressores (8,3%) (Tabela 2). Quanto aos transtornos de neurodesenvolvimento, notou-se a presença significativa de transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH) (76% dos adolescentes classificados com transtornos do neurodesenvolvimento receberam esse diagnóstico). Esses achados também vão ao encontro da literatura, que apontam a depressão, transtornos de ansiedade e TDAH como os transtornos mentais mais prevalentes entre adolescentes⁴. Não houve diferença significativa entre os diagnósticos, sexo e idade dos participantes. Igualmente, os transtornos depressivos foram os mais recorrentes independente do sexo ou faixa etária dos pacientes. Esse achado vai de encontro

ao apontado na literatura sobre depressão na adolescência, que indica a prevalência maior em meninas do que em meninos⁵. Em razão da prevalência de queixas e diagnósticos relacionados a quadros depressivos encontrados na amostra, a discussão dos achados do presente estudo irá enfatizar esses transtornos.

Os transtornos depressivos são caracterizados pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que comprometem o funcionamento do indivíduo²⁶. Fazem parte destes transtornos: o transtorno disruptivo da desregulação de humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido à outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado, e transtorno depressivo não especificado²⁶.

Diversos estudos destacam os transtornos depressivos como um problema cada vez mais recorrente na adolescência^{4,5,27,28,29,30}. A incidência de quadros depressivos em adolescentes varia de 3,3 a 12,4%, e em grande parte das vezes ocorre com predomínio do sexo feminino sobre o masculino²⁷.

Foi somente a partir da década de 1960 que os transtornos depressivos em adolescentes começaram a ser estudados³⁵. A depressão era considerada uma psicopatologia específica da fase adulta³⁵. Acreditava-se que o superego imaturo de um indivíduo com 12 anos de idade, por exemplo, não comportaria o aparecimento de transtornos deste tipo³⁶. Nessa época, entendia-se que a depressão era uma resposta emocional a problemas existenciais e que indivíduos tão jovens não experienciavam esses conflitos vivenciais³¹. Com o avanço de estudos e pesquisas na área, no entanto, descobriu-se que esse fenômeno atinge todas as faixas etárias³¹.

Os transtornos depressivos são aqueles relacionados ao humor e ao afeto, nos quais se percebem alterações do apetite, do sono, da atividade motora, cansaço, baixa autoestima, dificuldade para se concentrar, sentimento de culpa, indecisão^{5,33}. Os sintomas de depressão, como tristeza, desesperança, falta de motivação e interesse pela vida fazem com que este transtorno seja um dos principais fatores de ideação e risco ao suicídio⁵. Quando se trata de adolescentes e crianças, observa-se, em grande parte dos casos, a presença de estado de ânimo irritável ou disfórico³⁴. Nessa faixa etária, frequentemente, os transtornos depressivos acabam ocultos – já que os sintomas podem se manifestar de formas variadas^{5,34}. Problemas relacionados à aprendizagem, sintomas psicossomáticos, hiperatividade, comportamentos antissociais, delinquência, promiscuidade, abuso de drogas, irritação, ataques de raiva, isolamento e ansiedade, muitas vezes podem mascarar sentimentos de vazio e de tristeza³⁵.

No que diz respeito à etiologia da depressão na adolescência, diversos fatores podem contribuir para o seu surgimento: fatores genéticos, psicológicos, sociais e ambientais³¹. Além disso, a literatura aponta que, comumente, adolescentes que apresentam transtornos depressivos possuem risco aumentado para desenvolverem psicopatologias quando adultos³⁵. Assim, é fundamental que os sintomas e o diagnóstico sejam detectados o mais cedo possível para que intervenções sejam feitas.

Diante da grande incidência dos transtornos depressivos no período da adolescência, há discussão

científica sobre a relação entre adolescência e depressão^{35,36}. Na adolescência, acontecem transformações psicológicas e corporais que levam o indivíduo a ter uma nova relação com o mundo e com seus pais³⁶. A criança é obrigada a entrar no mundo adulto: primeiramente, pelas mudanças que ocorrem no corpo e, mais tarde, através de suas capacidades e afetos que geram mudanças na personalidade. Na adolescência, o sujeito necessita passar do mundo da família para o mundo dos adultos, inserindo-se aos poucos no mundo social e cultural³⁷. Algumas das questões com as quais o jovem tem que lidar é a sexualidade – subordinação da pré-genitalidade à genitalidade –; o luto pelos pais infantis e pelo corpo da infância; a revisão do conflito edípico; os processos de identificação, as desidentificações e a necessidade de um trabalho de historização.³⁷ A adolescência também exige que o indivíduo se situe ativamente diante das mudanças e conflitos que surgem.⁹ Uma das tarefas mais complexas da adolescência é a procura por um afastamento dos pais para se diferenciar deles e, ao mesmo tempo, a conservação de certa proximidade que possibilite encontrar as semelhanças que sustentem as identificações³⁸. Assim, nesse período, o equilíbrio narcísico do jovem está vinculado à reconstrução da percepção do *self* e dos objetos, ou seja, depende de um enorme reordenamento simbólico³⁹.

Todas essas transformações, inerentes ao período, acarretam grande sofrimento e angústia. Manifestações psicopatológicas podem ser esperadas nessa etapa e sintomas depressivos podem ser vistos como um recurso utilizado para se proteger desta realidade ameaçadora^{28,30,31,40,41,42}. Também é importante ressaltar o papel das perdas e lutos da adolescência nas manifestações dos estados depressivos⁴². Alguns comportamentos adolescentes não significam, obrigatoriamente, o estabelecimento de uma morbidade ou de quadros psicopatológicos, mas escancaram uma exigência psíquica vivida na adolescência: a de significar as perdas e se colocar de uma maneira diferente no mundo^{28,43}. Além disso, os sintomas depressivos podem denunciar a necessidade do jovem de se afastar desse mundo ameaçador para conseguir, aos poucos, elaborar as transformações vividas e encontrar as referências simbólicas que permitam que siga seu próprio caminho^{28,43,44}.

Assim, cabe discutir que, apesar da elevada presença de transtornos depressivos nos adolescentes pesquisados, a administração de psicofármacos e consultas psiquiátricas não se mostraram predominantes na amostra. A literatura aponta para tratamento combinado (medicação mais psicoterapia) como terapêutica padrão ouro para transtornos depressivos²⁶. Em contrapartida, o excesso de diagnósticos e administração de psicofármacos para jovens ainda são debatidos pela literatura. Alguns autores alertam para o excesso de diagnósticos e medicamentos psiquiátricos usados em jovens, que estão em crescimento e desenvolvimento. Há discussão importante sobre as limitações dos diagnósticos nosológicos e sobre como esse tipo de categorização está a serviço de produção farmacêutica⁴⁵. Além disso, deve-se ressaltar a importância de se distinguir sintomas depressivos de transtornos depressivos. Existem também reações depressivas saudáveis, como a do luto. Os transtornos depressivos são uma condição clínica grave e que se distinguem de momentos depressivos necessários para a elaboração das perdas que ocorrem durante uma vida e que participam do desenvolvimento e crescimento de um sujeito⁴⁵.

Também é válida a reflexão acerca da causa do aumento da prevalência de transtornos depressivos trazidos pela literatura. Uma hipótese levantada pela literatura é a de que o aumento do diagnóstico de

transtorno depressivo esteja relacionado com aspectos culturais do mundo contemporâneo^{28,43}. Os sentimentos depressivos normais na passagem pela adolescência podem ser intensificados tanto por questões da personalidade do sujeito, bem como por características da cultura atual^{28,43}.

Alguns componentes da sociedade atual podem interferir no desenvolvimento da relação *self/objeto*, ou valorizar aspectos narcísicos – favorecendo o uso de defesas narcísicas diante do sentimento de vazio e fracasso vivido no processo de busca de identidade e autonomia³⁰. A fragmentação das relações temporárias, a velocidade do avanço tecnológico, a tendência ao individualismo e a busca pela satisfação imediata e concreta dos desejos, são exemplos destes componentes da sociedade moderna³⁰. O jovem de hoje experimenta uma série de contradições: mais liberdade e ao mesmo tempo mais dificuldade para saber seus limites e responsabilidades, aumento das pressões internas e do meio sobre o aparelho psíquico e a diminuição dos recursos do ego, aumento da liberdade social e maior dependência dos poderes exercidos pela mídia e de grupos econômicos, entre outros³⁰. Também a família nuclear está enfraquecida e os pais e filhos estão cada vez mais confusos em seus papéis. Todas essas questões ainda são agravadas pela violência urbana e social, pela miserabilidade e desemprego crescente³⁰. Nos dias atuais, percebe-se que o ato de “fazer” é menos importante do que o “de ser visto”, e consumir é uma das principais formas de mediação das relações sociais⁴⁴. Vive-se na cultura da globalização, na qual tudo acontece e muda com muita rapidez e a informação inunda a vida do ser humano⁴⁴. A cultura contemporânea prioriza o “ter” em detrimento do “ser”, a aparência em detrimento da essência⁴⁴. O modo de existir desta sociedade está marcado por uma subjetividade fragmentada, em que não existe espaço para as diferenças e singularidades – havendo, portanto, uma padronização e modelos a serem seguidos. E é por meio da análise de todas estas questões que devemos pensar como se dará o processo de construção da identidade dos adolescentes de hoje – já que a consolidação da personalidade e identidade é a principal tarefa desta fase do ciclo vital⁴⁴. A depressão, desse modo, pode sinalizar uma tentativa do jovem de impor um limite corporal à vida sem limite que o mundo contemporâneo oferece – buscando, na verdade, uma integração das pulsões e simbolização.

Conclusões

O objetivo deste estudo foi levantar o perfil sociodemográfico e prevalência de psicopatologias em uma amostra com 228 pacientes atendidos numa clínica-escola da cidade de Porto Alegre. O perfil sociodemográfico encontrado foi o de uma clientela de ambos os sexos, que possui em média 14 anos de idade, frequenta o Ensino Fundamental, tanto em rede privada como em escola pública. Esse adolescente busca atendimento por indicação de um médico (principalmente psiquiatra) ou psicólogo. O adolescente tende a ficar apenas de 1 a 6 meses em atendimento e frequentemente abandona o tratamento.

Os transtornos depressivos foram os mais recorrentes tanto em meninas quanto em meninos. E em todas as fases da adolescência os transtornos depressivos foram os mais recorrentes. Esses resultados corroboram achados da literatura sobre alta incidência desses transtornos na adolescência. O presente estudo também

discutiu os motivos da prevalência dos transtornos depressivos nessa etapa, dando ênfase à relação típica entre adolescência e depressão e às características da sociedade contemporânea.

Os achados ressaltam a importância de desenvolver pesquisas e técnicas terapêuticas focadas em sintomas e transtornos depressivos na adolescência. Tendo em vista o tempo curto de permanência em tratamento que a maioria dos participantes apresentou, destaca-se a necessidade de investimentos em técnicas breves para a psicoterapia com adolescentes. Como limitação do presente estudo destaca-se o elevado número de informações não constantes dos prontuários de pacientes que compuseram a amostra. Sugere-se que estudos de prevalência de psicopatologia sejam constantemente desenvolvidos para promoção de ações preventivas e aprimoramento de técnicas terapêuticas.

Tabela 1. Motivo da consulta segundo relato dos adolescentes ou seus responsáveis

| Motivo | N | % |
|---------------------------|----|------|
| Ansiedade/depressão | 51 | 22,4 |
| Problemas relacionais | 33 | 14,5 |
| Retraimento/depressão | 32 | 14,0 |
| Problemas de aprendizagem | 29 | 12,7 |
| Comportamento desafiador | 27 | 11,8 |
| Comportamento agressivo | 24 | 10,5 |
| Problemas de atenção | 12 | 5,3 |
| Queixas somáticas | 9 | 3,9 |
| Problemas de pensamento | 9 | 3,9 |
| Não consta | 2 | 0,9 |

N = número de prontuários

Tabela 2. Prevalência de psicopatologias

| Psicopatologias | N | % |
|---|----|------|
| Transtornos depressivos | 64 | 29 |
| Transtornos do neurodesenvolvimento | 35 | 15,2 |
| Transtornos de ansiedade | 19 | 8,3 |
| Transtornos relacionados a trauma e a estressores | 19 | 8,3 |
| Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta | 17 | 7,3 |
| Transtornos de personalidade | 11 | 4,8 |
| Espectro da esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos | 10 | 4,3 |
| Crise normal da adolescência | 8 | 3,5 |
| Transtornos alimentares | 4 | 1,7 |
| Transtorno bipolar e transtornos relacionados | 4 | 1,7 |
| Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos | 3 | 1,3 |
| Transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados | 2 | 0,8 |
| Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados | 2 | 0,8 |

| | | |
|-----------------------------|----|------|
| Transtornos do sono-vigília | 1 | 0,4 |
| Disforia de gênero | 1 | 0,4 |
| Não consta | 28 | 12,2 |

N = número de prontuários

Referências

1. Silva LAD. Psicopatologia no início da adolescência: prevalência, continuidade e determinantes precoces [tese] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/15371>. Acessado em abr 2017.
2. Gauy FV, Rocha MM. Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. Temas psicol [Internet]. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400009&Ing=pt. Acessado em abr 2017.
3. Paula CD, Duarte CS, Bordin IAS. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. Rev Bras de Psiquiatr [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100006&Ing=en. Acessado em abr 2017.
4. Hankin, BL, Young, JF, Abela, JRZ, Smolen, A, Jenness, JL, Gulley, LD, . . . Oppenheimer, CW. Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress. [Internet]. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002. Acessado em jun 2018.
5. Braga LL, Dell’Aglío DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. Contextos Clínic. [Internet]. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002. Acessado em jun 2018.
6. Organização Mundial da Saúde. Young People’s Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO; 1986.
7. Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça; 1990.
8. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. Adolesc Saude [Internet]. 2005. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167. Acessado em abr 2017.
9. Macedo MMK, Fensterseifer L, Werlang BSG. Adolescência: um tempo de ressignificações. In: Macedo MMK (Org.). Adolescência e Psicanálise: intersecções possíveis. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004. p. 65-83.
10. Osório LC. Adolescente hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
11. Macedo MMK, Monteiro RA, Gonçalves TG. Adolescência e funções parentais: especificidades contemporâneas. In: Macedo MMK (Org.). Adolescência e Psicanálise: intersecções possíveis. 2. ed. rev e ampl. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010. p. 73-90.

12. Macedo MMK, Azevedo B, Castan JU. Adolescência e psicanálise. In: Macedo MMK (Org.). Adolescência e psicanálise: intersecções possíveis. 2. ed. rev e ampl. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010. p. 15-54.
13. Jeammet P. A adolescência hoje, entre a liberdade e a imposição. *Rev Bras Psicanál.* 2009; 16(2): 219-234.
14. Ayub RCP, Macedo MMK. La clínica psicoanalítica con adolescentes: especificidades de un encuentro analítico. *Psicol: Ciênc Prof [Internet]*. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932011000300011&script=sci_arttext&tlng=es. Acessado em abr 2017.
15. Wagner M. Medindo a ocorrência da doença: prevalência ou incidência? *J de Pediatr [Internet]*. 1998. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/54350>. Acessado em abr 2017.
16. Franch NJP. Desafios da Psicanálise de Adolescentes na Atualidade. [Apresentação na III Semana do N/A da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre; 2005 Out; Porto Alegre, Brasil].
17. Machado MC, Luiz AMAG, Marques Filho AB, Miyazaki COS, Domingos NAM, Cabrera EMS. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Rev Psicol Teor Prát [Internet]*. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1938/193832102005/>. Acessado em abr 2017.
18. Pinto ACS, Luna IT, Araujo Silva A de, Pinheiro PNC, Braga VAB, Alves e Souza MA. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000300555&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessado em abr 2017.
19. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr [Internet]*. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400360&tlng=pt&nrm=iso. Acessado em abr 2017.
20. Maia JMD, Williams LCA. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: Uma revisão da área. *Temas em Psicol [Internet]*. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2005000200002. Acessado em abr 2017.
21. Fernandes LA, Gomes JMM. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. *Con Texto [Internet]*. 2003. Disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/ConTexto/article/view/11638>. Acessado em abr 2017.
22. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1991.
23. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BR) [Internet]. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acessado em abr 2017.
24. Gastaud MB, Nunes MLT. Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [Internet]*. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082009000100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em jun 2018
25. Paez, IC. Alta em psicoterapia psicanalítica de crianças. Tese de Dissertação de Mestrado. [Internet]. 2013. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4771>. Acessado em jun 2018

26. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
27. Bahls S, Bahls F. Depressão na adolescência: características clínicas. *Inter em Psicol.* 2002; (6)1: 49-57.
28. Monteiro KCC, Lage AMV. A depressão na adolescência. *Psicol em Estd.* 2007; 12(2), 257-265.
29. Schneider ACN, Ramires VRR. Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. Aletheia [Internet]. 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000200009&lng=pt&tlng=pt. Acessado em abr 2017.
30. Levisky DL. Depressões narcísicas na adolescência e o impacto da cultura. *Psychê.* 2002; 6(10), 125-136.
31. Biazus CB, Ramires VRR. Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos. *Psicol em Estd* [Internet]. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100010. Acessado em abr 2017.
32. Assumpção Junior FB, Kuczynsk E. Transtornos do humor. In: Assumpção Junior FB, Kuczynski, E (orgs). Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 307-20.
33. Álvares A de M, Lobato GR. Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. *Temas em Psicol* [Internet]. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000100011. Acessado em abr 2017.
34. Méndez FX, Olivares J, Ros MC. In: V. E. Caballo VE, Simón MA. Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos gerais. São Paulo: Livraria Santos; 2005. p. 139-185.
35. Resende C, Santos E, Santos P, Ferrão A. Depressão nos adolescentes: mito ou realidade? *Nascer e Crescer* [Internet]. 2013. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000300003&lng=pt&tlng=pt. Acessado em abr 2017.
36. Aberastury AKM. Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artmed; 1981.
37. Ungar V. O adolescente hoje e a psicanálise. *Rev de Psicanál da SPPA.* 2009; 16(2): 313-323.
38. Levy R. Adolescência: o re-ordenamento simbólico, o olhar e o equilíbrio narcísico. *Rev de Psicanál da SPPA.* 2006; 13(2): 233-245.
39. Freud S. Luto e melancolia. *Obras completas, ESB, v. XV.* Rio de Janeiro: Imago; [1917] 1996.
40. Pinheiro MT da S, Quintella RR, Verztman JS. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicol Clín* [Internet]. 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2910/291022025010/>. Acessado em abr 2017.
41. Blos P. Adolescência: uma interpretação psicanalítica. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
42. Berlinck MT, Fédida P. A clínica da depressão: questões atuais. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142000000200009&script=sci_arttext. Acessado em abr 2017.
43. Rassial JJ. A adolescência como conceito da teoria psicanalítica. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Adolescência: Entre o passado e o futuro. Porto Alegre: Artes e Ofícios; 1997. p. 45-74.

44. Ayub RCP, Macedo MMK. A escuta da adolescência em tempos de excessos. In: Macedo MMK (Org.). Adolescência e Psicanálise: intersecções possíveis. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010. p. 111-126.
45. Abramovitch S, Aragão LOC. Depressão na infância e adolescência. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. [Internet]. 2011. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=113. Acessado em jun 2018.

Contribuições: Todos os autores participaram ativamente da elaboração do presente artigo.

Correspondência

Sílvia Cristina Marceliano Hallberg

R. Cel. Bordini, 434 – Auxiliadora

90440-002 Porto Alegre, RS, Brasil

Submetido em: 12/12/2017

Aceito em: 30/07/2018