

Perfil de adolescentes que procuram ajuda especializada em saúde mental

Profile of adolescents seeking for expert help in mental health

Júlia Camargo Contessa¹

Marina Bento Gastaud²

Resumo: Estudo transversal e documental realizado em ambulatório transdisciplinar, objetivando caracterizar os 154 adolescentes que chegaram a atendimento especializado em saúde mental em 24 meses. A clientela mais prevalente é composta por pacientes do sexo masculino, católicos, com renda familiar de 2 a 3 salários mínimos, encaminhados principalmente pela escola. 17,5% dos pacientes apresentam dificuldades de aprendizagem segundo os responsáveis. As categorias com maior número de adolescentes considerados sintomáticos foram Ansiedade/Depressão e Comportamento Agressivo. As famílias foram classificadas mais frequentemente como desligadas quanto à coesão, mas estruturadas quanto à adaptabilidade, com risco moderado para o desenvolvimento de problemas psiquiátricos. O mês de maior procura foi o de outubro. A maioria dos adolescentes já havia realizado algum atendimento especializado em saúde mental, a maior parte em psicoterapia. 28,6% já utilizaram medicação psicotrópica em algum momento. Relações com a teoria e limitações do estudo são discutidas. A aplicabilidade clínica e técnica destes resultados é apresentada.

Palavras-chave: adolescentes; saúde mental; perfil de clientela.

Abstract: Cross-sectional and documental study conducted at an outpatient multidisciplinary clinic, aiming to characterize the teenagers who come to specialized care in mental health. The most prevalent clientele is made up of males, Catholics, with family incomes from 2 to 3 minimum wages, mainly referred by the school. 17.5% of patients present problematic school performance according to the parents. The categories with the largest number of adolescents considered symptomatic were Anxiety/Depression and Aggressive Behavior. The families were more frequently classified as disconnected on the cohesion, but classified as structured on the adaptability, with moderate risk for developing psychiatric problems. The month of greatest demand was October. Most teens had already performed some specialized care in mental health, mostly in psychotherapy. 28.6% had used psychotropic medication at some point. Relations with the theory and study limitations are discussed. The technical and clinical applicability of these results is presented.

Keywords: adolescents; mental health; clientele profile.

¹ Acadêmica de Psicologia, PUCRS.

² Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica, PUCRS, Doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS, Professora e Coordenadora do Departamento de Pesquisa do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. E-mail: marinagastaud@hotmail.com

Introdução

Pode-se considerar a adolescência como um período de transformações de origem pulsionais, biológicas e sociais responsáveis por mudanças psicológicas no jovem e também na sua vida social. Todo o percurso da adolescência visa à construção de uma nova identidade, justificando a complexidade desta etapa do ciclo vital (MACEDO, FENSTERSEIFER e WERLANG, 2010) e tornando imprescindível que os pesquisadores voltem sua atenção para esta demanda com características tão singulares.

O vínculo terapêutico com os adolescentes não é fácil; dificilmente eles próprios procuram ajuda, normalmente consultando apenas quando encaminhados por responsáveis, escola, médicos e às vezes até pela justiça. São pacientes que, em geral, apresentam grande resistência à terapia e baixa motivação para tratamento (LAMBIE e SIAS, 2006).

Existem diversos fatores de risco para a qualidade da vida de um adolescente, como uso de álcool e drogas, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, gravidez e conflitos familiares (CINTRA e FISBERG, 2004). A morte familiar e a separação dos pais também podem ser problemas para os jovens. Problemas alimentares (CINTRA e FISBERG, 2004), uso de drogas, suicídio, delinqüência, acidentes de trânsito e doenças sexualmente transmissíveis (ANDREATTA, OLIVEIRA e RIGONI, 2009) são problemas comuns na adolescência, algumas vezes necessitando de ajuda especializada. Estas dificuldades muitas vezes aparecem na escola, já que o ambiente escolar também sofre modificações nesta faixa etária, como o aumento no número de professores e na turma de colegas e a diminuição da atenção individualizada para cada aluno (SCHOEN-FERREIRA et al., 2002).

Consoante mostrado, o período da adolescência é complexo e doloroso. É uma fase em que existem diversas facetas para serem pesquisadas de maneira mais profunda. Entretanto, ao estudar o período da adolescência, os clínicos se deparam com uma literatura ancorada unicamente em postulações teóricas, em pacientes de épocas anteriores ou na clientela atendida em consultórios particulares. Há uma carência de dados empíricos voltados à população atendida em instituição, já que esta apresenta algumas características distintas da clientela dos consultórios. Uma vez que as clínicas-escolas foram criadas para atender a necessidade de formação do clínico e não necessariamente para atender as necessidades da população (CAMPEZATTO e NUNES, 2007), o clínico da saúde mental se instrumentaliza

para atender uma determinada população e na prática se depara com outra, um dos fatores responsáveis pelo alto índice de abandono de tratamento nas instituições. Com esta pesquisa, objetiva-se traçar o perfil do adolescente atendido atualmente em instituição na área da saúde mental quanto às características sócio-demográficas (sexo, idade, renda, religião, cidade em que reside, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, escolaridade do responsável, tipo de moradia) e clínicas (características de comportamento relatadas pelo responsável, grau de coesão e adaptabilidade da família, risco familiar de desenvolver problemas psiquiátricos, mês da busca por atendimento, fonte de encaminhamento, motivo de consulta, história de tratamentos prévios, uso de medicação, conduta terapêutica).

Método

Trata-se de um estudo transversal e documental realizado a partir de prontuários de adolescentes atendidos no Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade durante o período de 24 meses. O Contemporâneo é uma instituição de pós-graduação no ensino em psicanálise que integra a aplicabilidade da teoria psicanalítica para as áreas de psicoterapia, psiquiatria, nutrição, psicopedagogia, fonoaudiologia e avaliação psicodiagnóstica. A instituição conta com um ambulatório que atende a população de baixa e média renda por um valor mais acessível do que geralmente é cobrado em consultórios particulares. Os tratamentos realizados nesta instituição não têm prazo limite para o término (término aberto) e contam com a frequência semanal estipulada pelo paciente e pelo terapeuta no início do atendimento. Os honorários dos atendimentos são determinados pelo terapeuta em conjunto com seu paciente, a partir de um valor mínimo estipulado pela instituição.

Os atendimentos nesta instituição funcionam da seguinte forma: o responsável pelo adolescente comparece a uma Entrevista de Recepção e Pesquisa, na qual preenche alguns questionários sobre o paciente e conversa com um profissional especializado em fazer triagens. Nessa entrevista e com base nos resultados dos questionários, o adolescente é encaminhado para o tipo de atendimento mais adequado para o seu caso específico. Os dados da presente investigação foram obtidos a partir dos formulários preenchidos pelos responsáveis e pelos triadores durante esta entrevista de recepção e pesquisa.

As variáveis de interesse foram assim definidas:

a) Sexo, idade, renda, religião, cidade em que reside, fonte de encaminhamento, história de tratamentos prévios, uso de medicação, mês da busca por atendimento, escolaridade dos pais e tipo de moradia da família: definidos conforme constava na ficha do paciente, preenchida pelos pais ou responsáveis do adolescente;

b) Características de comportamento do adolescente: extraídas dos resultados do CBCL 6-18 anos (*Child Behavior Check-List*) preenchido pelo responsável no momento da triagem. Trata-se de um inventário de comportamento de crianças e adolescentes que avalia o comportamento do paciente através da percepção dos cuidadores (pais, mães, familiares ou demais responsáveis). Foi desenvolvido por Achenbach – a versão em inglês pode ser obtida em Achenbach (2001) – nos Estados Unidos e validado para a população brasileira por Bordin, Mari e Caeiro (1995). Divide-se em 3 escalas: Competência Social, Sintomas e Problemas internalizantes/externalizantes. Dentro de competência social, existe as seguintes sub-escalas:

- a) Atividades: avalia o quanto o paciente pratica atividades, tais como esportes, participações em organizações, tarefas de casa, etc.;
- b) Social: avalia os relacionamentos estabelecidos pelo paciente: o número de amigos, a capacidade de se relacionar com os irmãos e seus pares em comparação a crianças/adolescentes da sua idade, a qualidade de relacionamento com os pais e a capacidade de autonomia;
- c) Escolar: avalia o desempenho do paciente nas disciplinas escolares.

Os sintomas avaliados são os seguintes:

- a) Ansiedade/Depressão: avalia o quanto o paciente apresenta sintomas de ansiedade de depressão, tais como: choros, medos, nervosismo, sentimentos de desvalia, preocupações, etc.;
- b) Retraimento/Depressão: avalia o quanto o paciente apresenta sintomas de retraimento e depressão, tais como: aproveita pouco, prefere ficar sozinho, não fala, timidez, tristeza, etc.;
- c) Queixas somáticas: avalia o quanto o paciente apresenta sintomas somáticos, tais como: pesadelos, constipação, tontura, cansaço, dores, náusea, etc.;

- d) Problemas de relacionamento: avalia o quanto o paciente apresenta problemas de relacionamento, tais como: dependência excessiva, solidão, ciúmes, não se dá bem com as pessoas, implicante, etc.;
- e) Problemas de pensamento: avalia o quanto o paciente apresenta problemas de pensamento, tais como: machuca-se, alucinações, atos repetitivos, problemas do sono, comportamentos estranhos, etc.;
- f) Problemas de atenção: avalia o quanto o paciente apresenta problemas de atenção, tais como: confusão, impulsividade, dificuldade de concentração, problemas escolares;
- g) Problemas de comportamento desafiador/opositor/delinquente: avalia o quanto o paciente apresenta problemas de conduta, tais como: uso de álcool e drogas, vandalismo, não sente culpa, mentiras, roubos, etc.;
- h) Comportamento agressivo: avalia o quanto o paciente apresenta problemas de comportamento agressivo, tais como: birra, ataques de raiva, discussões, teimosia, brigas, mudanças de humor, destrói coisas, etc.

Os problemas internalizantes são os problemas de comportamento que incidem unicamente sobre o paciente, não sobre o meio externo (ansiedade/depressão, retraimento/depressão, problemas somáticos). Os problemas externalizantes são os problemas de comportamento que incidem diretamente sobre meio externo (comportamento desafiador/opositor, comportamento agressivo).

c) Grau de coesão e adaptabilidade da família: extraídos a partir dos resultados da *FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales-III)* preenchida pelo responsável no momento da triagem. Avalia o funcionamento familiar em que o paciente está inserido, a partir da percepção do responsável pela criança ou adolescente. O questionário é respondido no momento da triagem pelo responsável, desde que este faça parte da família nuclear do paciente. A escala é composta de 20 afirmativas: as 10 de número ímpar dizem respeito a coesão familiar e as 10 de número par referem-se a adaptabilidade familiar. A combinação desses dois fatores fornece o grau de risco da família para desenvolver doenças psiquiátricas. A coesão familiar é a capacidade da família de manter-se unida frente às vicissitudes do dia-a-dia; varia em um continuum desligada-separada-conectada-aglutinada, sendo que os dois extremos são os tipos de maior risco. A adaptabilidade seria a capacidade dos membros da família de modificar papéis e regras de funcionamento para adequá-los a

tarefa ou ao momento a enfrentar; varia conforme o continuum rígida-estruturada-flexível-caótica, sendo os dois extremos o maior risco. O risco familiar avalia o grau de risco (baixo, moderado ou alto) de os integrantes daquela família desenvolverem doenças psiquiátricas, com base na combinação das classificações acima. Foi validada para a população brasileira por Falceto, Busnello e Bozzetti (2000).

d) Motivo de consulta: definido conforme constava no prontuário do paciente. O responsável verbaliza ao entrevistador a queixa principal. O triador registra a verbalização e em seguida classifica o motivo de consulta usando como modelo as mesmas categorias propostas pelo CBCL acima descritas.

e) Conduta terapêutica: após a entrevista de triagem com os pais/responsável pelo paciente, o profissional que realizou a triagem escolhe a conduta terapêutica que seria mais adequada para aquele paciente naquele momento.

Foram pesquisados todos os prontuários de adolescentes que buscaram atendimento entre junho de 2009 e maio de 2011. Foram considerados como adolescentes os pacientes com idades entre 12 e 18 anos incompletos, segundo critério do Estatuto da Criança e do Adolescente. Entraram na pesquisa apenas prontuários de pacientes cujos responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, permitindo que os dados do atendimento sejam utilizados para fins científicos e de ensino. Os pacientes que não assinaram este termo foram atendidos pelo Contemporâneo, mas não participaram da pesquisa.

O banco de dados foi elaborado no SPSS versão 17. A análise estatística utilizou o mesmo programa e foi feita em termos de frequência, porcentagem, medidas de dispersão e tendência central.

Resultados

Durante o referido período, 165 responsáveis buscaram atendimento para pacientes adolescentes na instituição. Desses, 11 não assinaram o termo de consentimento, restando 154 pacientes para a amostra final desta investigação.

Artigos

A tabela 1 mostra as características sócio-demográficas dos pacientes adolescentes pesquisados. A idade média dos pacientes atendidos foi de 14,36 anos (desvio padrão = 1,72).

Tabela 1: Distribuição da amostra quanto às características sociodemográficas

	n (%)
Sexo	
Masculino	86 (55,8)
Feminino	68 (44,2)
Renda familiar	
Até 1 SM	23 (14,9)
2 a 3 SM	48 (31,2)
4 a 6 SM	36 (23,4)
7 a 10 SM	11 (7,1)
Mais de 10 SM	8 (5,2)
Não consta**	28 (18,2)
Religião	
Católica	87 (56,5)
Espírita	7 (4,5)
Evangélica	5 (3,2)
Ateu	4 (2,6)
Africana	3 (1,9)
Judaica	2 (1,3)
Outras*	4 (2,4)
Não consta**	42 (27,3)
Cidade em que reside	
Porto Alegre	106 (68,8)
Região Metropolitana	17 (11,0)
Interior do estado, Serra, Litoral	3 (1,9)
Não consta**	28 (18,2)
Tipo de moradia do responsável	
Própria	89 (57,8)
Financiada	19 (12,3)
Alugada	14 (9,1)
Cedida	12 (7,8)
Pensionato/Abrigo	8 (5,2)
Não consta**	12 (7,8)
Idade do paciente	
12 anos	27 (17,5)
13 anos	35 (22,7)
14 anos	19 (12,3)
15 anos	23 (14,9)
16 anos	29 (18,8)
17 anos	21 (13,6)

(*Foram agrupadas na categoria “Outras” todas as religiões com apenas um representante na amostra – africana, protestante, adventista, etc.**Esta categoria refere-se aos dados deixados em branco no formulário preenchido pelos pacientes.)

Fonte: das autoras

A tabela 2 mostra a escolaridade dos pais do paciente.

Tabela 2: Distribuição da amostra quanto à escolaridade dos pais do adolescente

	n (%)
Escolaridade da mãe do paciente	
Ensino Fundamental	20 (12,9)
Ensino Médio	56 (36,3)
Ensino Superior	51 (33,1)
Não Consta**	27 (17,5)
Escolaridade do pai do paciente	
Ensino Fundamental	23 (14,9)
Ensino Médio	43 (27,9)
Ensino Superior	35 (22,7)
Não Consta**	53 (34,4)

(**Esta categoria refere-se aos dados deixados em branco no formulário preenchido pelos pacientes.)

Fonte: das autoras

Dos 154 prontuários referentes a adolescentes, 113 CBCLs estavam preenchidos pelos responsáveis, ainda que não completamente. A tabela 3 mostra os resultados destes dados, considerando que o responsável pode ser deixado algumas questões em branco no questionário, não sendo possível classificar o paciente nas categorias. Pode-se observar que o problema de comportamento mais freqüente relatado pelos responsáveis para os adolescentes é Ansiedade/Depressão.

Tabela 3: Resultados do CBCL 6-18 anos

	n (%)
Competência Social	
Atividades	
Não-clínico	49 (31,8)
Limítrofe	24 (15,6)
Clínico	25 (16,2)
Não respondeu adequadamente este domínio**	56 (36,4)
Social	
Não-clínico	65 (42,2)
Limítrofe	17 (11,0)
Clínico	18 (11,7)
Não respondeu adequadamente este domínio**	54 (35,1)
Escolar	
Não-clínico	47 (30,5)
Limítrofe	12 (7,8)
Clínico	27 (17,5)
Não respondeu adequadamente este domínio**	68 (44,1)
Sintomas	
Ansiedade/depressão	
Não-clínico	44 (28,6)
Limítrofe	21 (13,6)
Clínico	38 (24,7)
Não respondeu adequadamente este domínio**	51 (33,1)
Retraimento	
Não-clínico	52 (33,8)
Limítrofe	17 (11,0)
Clínico	33 (21,4)
Não respondeu adequadamente este domínio**	52 (33,8)

Artigos

Queixas Somáticas	
Não-clínico	57 (37,0)
Limítrofe	16 (10,4)
Clínico	30 (19,5)
Não respondeu adequadamente este domínio**	51 (33,1)
Problemas de relacionamento	
Não-clínico	49 (31,8)
Limítrofe	27 (17,5)
Clínico	27 (17,5)
Não respondeu adequadamente este domínio**	51 (33,1)
Problemas de pensamento	
Não-clínico	53 (34,4)
Limítrofe	22 (14,3)
Clínico	28 (18,2)
Não respondeu adequadamente este domínio**	51 (33,1)
Problemas de atenção	
Não-clínico	56 (36,4)
Limítrofe	20 (13,0)
Clínico	27 (17,5)
Não respondeu adequadamente este domínio**	51 (33,1)
Comportamento opositor/desafiador/delinquente	
Não-clínico	55 (35,7)
Limítrofe	32 (20,8)
Clínico	15 (9,7)
Não respondeu adequadamente este domínio**	52 (33,7)
Problemas de comportamento agressivo	
Não-clínico	42 (27,3)
Limítrofe	24 (15,6)
Clínico	36 (23,4)
Não respondeu adequadamente este domínio**	52 (33,8)
<u>Média da Competência Social</u>	
Não-clínico	13 (8,4)
Limítrofe	11 (7,1)
Clínico	55 (35,7)
Não respondeu adequadamente este domínio**	75 (48,7)
<u>Média dos Problemas Internalizantes</u>	
Não-clínico	19 (12,3)
Limítrofe	11 (7,1)
Clínico	68 (44,2)
Não respondeu adequadamente este domínio**	56 (36,4)
<u>Problemas Externalizantes</u>	
Não-clínico	23 (14,9)
Limítrofe	19 (12,3)
Clínico	56 (36,4)
Não respondeu adequadamente este domínio**	56 (36,4)

(São consideradas crianças não-clínicas aquelas cujas pontuações estão de acordo com o esperado para sua idade, segundo normas estipuladas pelo instrumento. Limítrofes são aquelas que se encontram no limite entre o clínico e o não-clínico. Crianças clínicas são aquelas cujas pontuações não se encontram dentro do esperado para a sua idade, denunciando dificuldade naquele domínio específico.**Esta categoria refere-se aos dados deixados em branco no questionário preenchido pelos responsáveis, ou seja, as questões não respondidas pelos responsáveis impossibilitaram a correção do domínio em questão.)

Fonte: das autoras

Apenas 78 responsáveis preencheram adequadamente o FACES-III. Assim, os resultados deste questionário estão descritos na tabela 4.

Tabela 4: Resultados do FACES

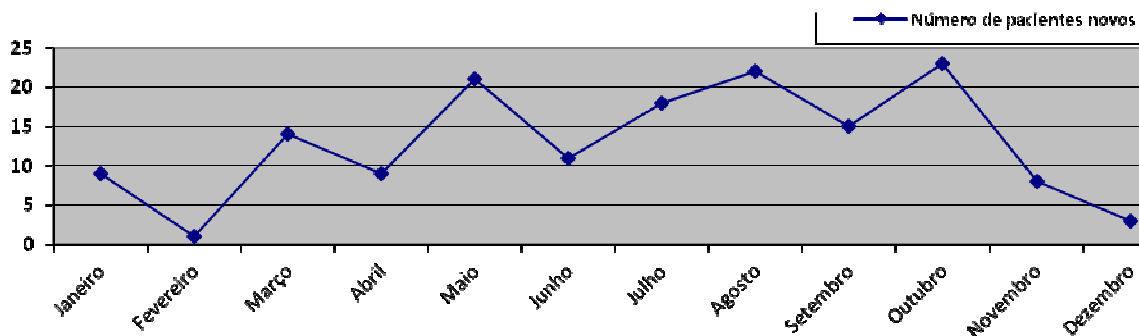
	n (%)
Coesão familiar	
Desligada	38 (24,7)
Separada	24 (15,6)
Conectada	11 (7,1)
Aglutinada	5 (3,2)
Questionários incompletos neste ítem**	76 (49,4)
Adaptabilidade familiar	
Rígida	18 (11,7)
Estruturada	40 (26,0)
Flexível	17 (11,0)
Caótica	3 (1,9)
Questionários incompletos neste ítem**	76 (49,4)
Risco familiar	
Baixo	29 (18,8)
Moderado	34 (22,1)
Alto	15 (9,7)
Questionários incompletos neste ítem**	76 (49,4)

(**Esta categoria refere-se aos dados deixados em branco no questionário preenchido pelos responsáveis, ou seja, as questões não respondidas pelos responsáveis impossibilitaram a correção do domínio em questão.)

Fonte: das autoras

O mês de maior busca por atendimento por atendimento foi em outubro, como mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1: Mês da busca por atendimento



Fonte: das autoras

A maior parte dos pacientes procurou atendimento encaminhados pela escola (31,8%), por queixas de ansiedade e depressão (18,2%) e já havia passado por algum tratamento na área da saúde mental (51,9%), como mostra a tabela 5.

Tabela 5: Distribuição da amostra quanto às características clínicas

	n (%)
Fonte de encaminhamento	

Artigos

Escola	49 (31,8)
Médico	22 (14,3)
Psicólogo	20 (13,0)
Próprio adolescente pediu	10 (6,5)
Amigo/Colega	9 (5,8)
Familiar	8 (5,2)
Outros*	18 (11,6)
Não consta a informação	18 (11,6)
Motivo de consulta	
Ansiedade/Depressão	28 (18,2)
Comportamento agressivo	24 (15,6)
Problemas de atenção	22 (14,3)
Comportamento opositor/desafiador/delinquente	21 (13,6)
Retraimento/Depressão	16 (10,4)
Problemas de aprendizagem	14 (9,1)
Problemas de relacionamento	7 (4,5)
Queixas somáticas	4 (2,6)
Problemas de pensamento	3 (1,9)
Não consta a informação	15 (9,7)
Tratamentos prévios	
Sim	80 (51,9)
Não	36 (23,4)
Não consta a informação	38 (24,7)
Psicoterapia prévia	
Sim	53 (34,4)
Não	63 (40,9)
Não consta a informação	38 (24,7)
Tratamento psiquiátrico prévio	
Sim	25 (16,2)
Não	91 (59,1)
Não consta a informação	38 (24,7)
Tratamento neurológico prévio	
Sim	6 (3,8)
Não	110 (71,5)
Não consta a informação	38 (24,7)
Tratamento psicopedagógico prévio	
Sim	6 (3,8)
Não	110 (71,5)
Não consta a informação	38 (24,7)
Uso prévio de medicação psicotrópica	
Sim	44 (28,6)
Não	77 (50,0)
Não consta a informação	33 (21,4)
Internação psiquiátrica prévia	
Sim	10 (6,5)
Não	106 (68,8)
Não consta a informação	38 (24,7)
Conduta terapêutica na triagem**	
Psicoterapia individual	126
Psiquiatria	13
Psicopedagogia	13
Psicodiagnóstico	10
Psicoterapia vincular	3
Não consta nenhuma conduta na ficha de triagem	12

(*Foram agrupados na categoria Outros todas as fontes de encaminhamento com menos de 2 pacientes, como fonoaudiólogo, chefe/patrão, advogado, etc. **O mesmo paciente pode ter recebido mais de uma indicação de tratamento no momento da triagem.)

Fonte: das autoras

Discussão

Ansiedade e tristeza são sentimentos comuns nesta etapa do ciclo vital, geralmente manifestados na conduta quando se trata de adolescentes. Isso talvez explique a alta frequência de queixas por Ansiedade/Depressão e Comportamento Agressivo no ambulatório, bem como a grande preocupação dos responsáveis com estes sintomas.

A escola, maior fonte encaminhadora, está cada vez mais apta a detectar o sofrimento psíquico dos jovens, podendo encaminhá-los mesmo quando os sintomas não atingem diretamente a convivência com o meio. Isto provavelmente explica a alta prevalência de encaminhamentos pela escola, mesmo com maiores pontuações em comportamentos internalizantes.

Apenas 5,2% dos adolescentes chegaram ao serviço encaminhados por familiares. Mesmo que estes tenham concordado com a indicação, a necessidade de ajuda foi percebida por outras fontes. De acordo com Reppold e Hutz (2008), os pais muitas vezes demoram a reparar que seus filhos têm necessidade de ajuda; para a família desses jovens os seus problemas são passageiros. Para estes autores, apenas 6% dos pais estão cientes dos problemas de seus filhos, mesmo com alguns fortes indícios de seus filhos poderem estar apresentando algum transtorno. Constata-se que a adolescência não é um período de mudanças apenas para o jovem. Os pais também enfrentam com seus filhos a crise de meia-idade, porque além de seus filhos estarem crescendo e não serem mais crianças, os pais estão envelhecendo. Dessa forma, os pais têm sentimentos contraditórios em relação aos filhos: ao mesmo tempo em que se orgulham, eles também sentem inveja da juventude. Assim como o adolescente deseja às vezes ser criança ou adulto, os pais desejam que seu filho amadureça ou volte a ser a criança que era. (MACEDO, AZEVEDO e CASTAN, 2010). Torna-se necessário, portanto, um amplo trabalho com os pais (através de campanhas de saúde pública e orientações nas escolas e postos de saúde), para que consigam detectar o sofrimento psíquico de seus filhos e encaminhá-los para atendimento precocemente, antes que os sintomas cronifiquem.

Embora o FACES não pressuponha uma classificação ou uma hierarquia entre as categorias de resultados, postula-se que as famílias contidas nos dois extremos das

classificações de coesão e adaptabilidade sejam os mais propensos a desenvolver problemas psiquiátricos. Sendo assim, constata-se que há mais dificuldades na coesão do que na adaptabilidade das famílias destes pacientes.

Este estudo contou com uma amostra razoavelmente pequena de pacientes, atendidos em um único ambulatório, o que impede a generalização dos achados para outras instituições. Ademais, visou apenas levantar as características dos jovens atendidos; estudos correlacionais são necessários para entender as associações existentes entre as variáveis.

Evidenciou-se um alto número de dados incompletos nos registros dos pacientes. A incompletude dos prontuários prejudica não apenas a pesquisa, como também a continuidade dos atendimentos nos casos em que há troca de terapeutas e a realização de tratamentos combinados, já que o novo terapeuta acaba não tendo acesso a importantes informações sobre o caso.

Mesmo considerando estas limitações, acredita-se que a presente investigação respondeu satisfatoriamente a questão de pesquisa (traçar o perfil da clientela). As limitações são decorrências inerentes de estudos naturalísticos, os quais apresentam, por outro lado, a vantagem de serem conduzidos nos ambientes naturais das psicoterapias, não em um ambiente criado deliberadamente para a pesquisa. Este delineamento não possibilita um rígido controle das variáveis (o pesquisador fica sujeito a dados secundários, preenchidos subjetivamente por cada paciente e cada terapeuta), mas evita a artificialidade e pouca aplicabilidade prática de delineamentos de pesquisa mais estruturados.

Conclusão

O perfil de pacientes adolescentes que busca atendimento em ambulatório de saúde mental na cidade de Porto Alegre é composto predominantemente por pacientes do sexo masculino, com média de idade de 14,36 anos, católicos, com renda familiar de 2 a 3 salários mínimos, encaminhados principalmente pela escola. De acordo com os responsáveis, 17,5% dos pacientes apresentam dificuldades de aprendizagem. A fonte de encaminhamento mais comum é a escola, o que mostra que a escola está apta a observar problemas nos adolescentes. O mês que ocorreu mais procura por atendimento foi outubro, e podemos levantar a hipótese

de que isso ocorre por ser final de ano e os jovens poderem estar com problemas escolares que chamam a atenção de seus responsáveis.

Uma vez que o profissional que atende esta clientela conta principalmente com famílias desligadas, deve aprimorar técnicas de atendimentos vinculares a fim de promover maior coesão entre estas famílias. Trabalhar a coesão familiar durante o período da adolescência pode ajudar o paciente a elaborar os sentimentos de solidão e desamparo característicos deste período. Mesmo na psicoterapia individual de adolescentes, como todos os conflitos ocorrem no meio familiar, torna-se importante para o clínico incluir a família no atendimento (MEIRA, 2009).

Nestes estudos, as famílias mostraram boa capacidade de adaptar papéis e funções para enfrentar as vicissitudes do dia-a-dia. A adequada capacidade de adaptação das famílias é indispensável para o desenvolvimento saudável do adolescente e para a manutenção dos tratamentos na área da saúde mental, favorecendo a indicação para intervenções a longo prazo como a psicoterapia.

Entretanto, uma vez que 12,9% dos pacientes não residem em Porto Alegre e precisam viajar para receber atendimento e considerando que a maior parte da clientela é proveniente de famílias de baixa renda, os profissionais devem se instrumentalizar em intervenções breves e focais, indo ao encontro da necessidade do paciente de receber a maior ajuda possível com o mínimo de investimento financeiro possível.

É necessário também que os profissionais da saúde mental aumentem seu conhecimento sobre as demais especialidades existentes, favorecendo a interdisciplinaridade e diminuindo a indicação quase exclusiva para psicoterapia.

Referências

ACHENBACH, T. M. **Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 profile**. Burlington (VT): University of Vermont, 2001.

ANDREATTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth; RIGONI, Maisa. Atendimento de adolescentes infratores usuários de drogas: uma parceria com o sistema de justiça. In: MACEDO, Mônica

Medeiros Kother (Org.). **Fazer psicologia**: uma experiência em clínica-escola. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. p. 277-278.

BORDIN, I. S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do *Child Behavior Checklist*: inventário de comportamentos da infância e adolescência: dados preliminares. **Revista Associação Brasileira de Psiquiatria**, v. 17, n. 2, p. 55-66, 1995.

CAMPEZATTO, Paula; NUNES, Maria Lúcia. Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 363-374, 2007.

CINTRA, Isa; FISBERG, Mauro. Mudanças na alimentação de crianças e adolescentes e suas implicações para a prevalência de transtornos alimentares. In: PHILIPPI, Sonia Tucunduva; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares**: uma visão nutricional. Barueri: Manole, 2004. p. 150-155.

FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, M. C. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 7, n. 4, p. 255-263, 2000.

LAMBIE, Glenn W.; SIAS, Shari. Motivational enhancement therapy: an effective approach for counseling unmotivated adolescents. **Vistas online**, American Counseling Association, p. 37-41, 2006. Disponível em: <<http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas06/vistas06.08.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2011.

MACEDO, Mônica; AZEVEDO, Berta; CASTAN, Juliana. Adolescência e psicanálise. In: MACEDO, Mônica Medeiros Kother (Org.). **Adolescência e psicanálise**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 28-30.

MACEDO, Mônica; FENSTERSEIFER, Liza; WERLANG, Blanca Susana. Resignificações no processo adolescente. In: MACEDO, Mônica Medeiros Kother (Org.). **Adolescência e psicanálise**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 55-56.

MEIRA, Ana Cláudia. Condições essenciais do psicoterapeuta de crianças e adolescentes. In: CASTRO, Maria da Graça Kern; STÜRMER, Anie. **Crianças e adolescentes em psicoterapia**. São Paulo: Artmed, 2009. p. 48-49.

REPPOLD, Caroline; HUTZ, Claudio. Investigação psicodiagnóstica de adolescentes: encaminhamentos, queixas e instrumentos utilizados em clínicas-escolas. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 1, p. 85-91, 2008.

SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena et al. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao centro de atendimento e apoio psicológico ao adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 73-82, 2002.

Artigo enviado à Comissão Editorial em outubro de 2011