

A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas

Helvécio Neves Feitosa
Miguel Ricou
Sérgio Rego
Rui Nunes

Resumo Neste trabalho são apresentados aspectos epidemiológicos relativos a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, no mundo e no Brasil; os transtornos mais comuns nesta faixa etária; e a gênese de tais transtornos, cuja ênfase recai no ambiente familiar, no qual se constata forte associação entre a violência doméstica e a ocorrência de tais distúrbios. É discutida a crise de oferta de serviços de saúde para crianças e adolescentes com problemas de transtorno mental, bem como a carência de profissionais treinados para lidar com este grupo especial de pacientes. Os aspectos bioéticos envolvidos na assistência também são discutidos, com destaque para o estado de vulnerabilidade desses pacientes com relação ao exercício da autonomia. Ao final, se considera que para abarcar o princípio bioético da justiça urge implantar e implementar serviços de saúde mental comunitários, especializados no atendimento a crianças e adolescentes, principalmente em regiões carentes, bem como na periferia das grandes cidades.

Palavras-chave: Saúde mental. Bioética. Vulnerabilidade. Criança. Adolescente.



Helvécio Neves Feitosa
Médico, especialista em Ginecologia e Obstetrícia, doutor em Obstetrícia, doutorando em Bioética pelo Programa Luso-brasileiro de Doutorado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-FMUP/CFM, professor do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (Unifor), Ceará, Brasil

A prevalência estimada de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência em estudos epidemiológicos populacionais internacionais apresenta ampla variação, entre 1%-51%¹⁻⁵. Apesar das limitações metodológicas de estudos que investigam a prevalência desses transtornos em diferentes culturas (instrumentos, definições de transtornos), várias pesquisas indicam taxas entre 9% e 16% em países desenvolvidos². Na Inglaterra, por exemplo, encontrou-se 10% de prevalência de transtornos psiquiátricos na infância, ao se investigar 10.500 famílias⁶.

Na América Latina e Caribe, a revisão de literatura sobre estudos epidemiológicos publicados no período de 1980 a 1999 identificou dez trabalhos com taxas de prevalência desses problemas entre 15% e 21%^{7,8}. As diferentes classificações diagnósticas e metodologias de aferição utilizadas



Miguel Ricou

Psicólogo, mestre em Bioética, professor de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, docente do mestrado em Bioética e da licenciatura em Educação Social da FMUP, Porto, Portugal



Sergio Rego

Médico, doutor em Saúde Coletiva, pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, editor da Revista Brasileira de Educação Médica, coordenador adjunto do Programa de Pós-graduação em Ética aplicada, bioética e saúde coletiva da UFRJ, Fiocruz, UERJ e UFF e presidente da Sociedade de Bioética do Estado do Rio de Janeiro, Brasil



Rui Nunes

Médico, professor catedrático de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, coordenador do Programa Luso-brasileiro de Doutorado em Bioética da FMUP/CFM, Porto, Portugal

explicam parte dessa variação, em conjunto com possíveis diferenças sociais e culturais existentes nas diversas regiões e países ^{9,10}.

Os problemas mentais infantis mais comuns incluem os transtornos de conduta, os transtornos de atenção e hiperatividade e os transtornos emocionais. Esses distúrbios são importantes na medida em que impõem sofrimento aos jovens e àqueles com quem convivem, e também porque interferem no desenvolvimento psicossocial e educacional, com o potencial de gerar problemas psiquiátricos e de relacionamento interpessoal na vida adulta ¹¹.

A gênese dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vincula-se a vários fatores: determinismo genético; desordens cerebrais, a exemplo da epilepsia; violência; perdas de pessoas significativas; adversidades crônicas; eventos estressantes agudos; problemas no desenvolvimento; adoção; abrigamento; além de problemas culturais e sociais que repercutem de forma significativa no desenvolvimento infantil ¹².

Associações entre problemas de comportamento e variáveis do ambiente familiar têm sido verificadas de forma consistente. A quantidade ou qualidade de eventos negativos provenientes da família é apontada como particularmente prejudicial ao desenvolvimento infantil, sendo fator que predis põe a problemas de comportamento ^{13,14}.

Em uma situação específica – a depressão em crianças e adolescentes – o interesse científico é recente, pois até a década de 70 acreditava-se que tal entidade mórbida fosse rara ou até inexistente nessa faixa etária ¹⁵. Ultimamente, vários autores têm chamado a atenção para o fenômeno da depressão nessa faixa etária. Em artigo de revisão sobre os transtornos depressivos, Bahls ¹⁵ encontrou o resultado de 0,4% a 3% para depressão maior em crianças, e de 3,3% a 12,4% em adolescentes.

Análise sistemática da literatura recente de estudos empíricos concluiu que a depressão materna tem impacto negativo para a saúde mental dos filhos em idade escolar, favorecendo a ocorrência de problemas comportamentais, psicopatologia, rebaixamento cognitivo, prejuízos no autoconceito, no desempenho social e na regulação emocional. Tais fatores foram observados independentemente do momento de primeira exposição à depressão materna, bem como dos delineamentos dos estudos (longitudinais ou transversais), configurando-se, assim, como fator de risco ao desenvolvimento infantil – prejuízo potencializado na presença de comorbidades psiquiátricas ¹⁶.

A situação no Brasil

Em nosso país, os estudos de epidemiologia psiquiátrica na infância e adolescência estão avolumando-se nos últimos anos, mas se considera serem ainda poucos em relação às necessidades observadas em pesquisas empíricas ¹⁰. Pesquisa pioneira realizada em uma área da cidade de Salvador utilizou questionário de psicopatologia infantil para crianças de 5-14 anos, encontrando prevalência de 13% ¹⁷. Entretanto, não foram avaliadas a confiabilidade e a validade do instrumento utilizado. Um segundo estudo em outra área da mesma cidade, com 829 crianças da mesma faixa etária, evidenciou prevalência de 10% de casos de gravidade moderada ou severa e 13,2%, duvidosa ou leve, utilizando-se o questionário de morbidade psiquiátrica infantil (QMPI) ¹⁸. A taxa de prevalência global no ano foi de 23,2%, distribuídos da seguinte forma: 15,3%

de transtornos neuróticos e psicossomáticos; 2,6% de retardo mental; 1,6% de transtornos de desenvolvimento e 1,2% para outros diagnósticos mais raros. Meninas apresentaram mais distúrbios neuróticos e psicossomáticos e meninos, mais transtorno de desenvolvimento e retardo mental. Crianças mais velhas evidenciaram taxas maiores nos quadros mais graves de transtornos ¹⁹.

Os dados estatísticos de investigações epidemiológicas que pesquisaram problemas de saúde mental em crianças e adolescentes brasileiros, com a utilização do questionário de habilidades e dificuldades (*Strengths and difficulties questionnaire* - SQD), que apresenta cinco subescalas – hiperatividade, problemas emocionais, problemas de conduta, relacionamentos interpessoais e comportamento pró-social –, recaíram no intervalo de 12% a 15% quando os próprios jovens avaliaram, entre 8% e 10% na visão dos educadores e entre 14% e 18,7% na perspectiva dos pais ²⁰⁻²². Houve diferenças também em relação a variáveis socioeconômicas em diferentes situações comunitárias, sendo verificado em um dos estudos que a prevalência geral de problemas mentais foi de 15% entre os jovens, sendo de 22% para os residentes em favelas e de 12% para os residentes em áreas urbanas ou rurais ²³.

Em estudo longitudinal Assis e colaboradores ²⁴ acompanharam 300 crianças por um período de um ano e investigaram a incidência de problemas de saúde mental diagnosticados pelos responsáveis (uso do instrumento *Child Behaviour Checklist* - CBCL) e professores (uso do *Teacher Report Form* – TRF). Os pesquisa-

dores verificaram que houve 2,7% de casos clínicos incidentes, segundo os pais, e 4%, de acordo com os professores. Para os problemas internalizantes, houve ocorrência de 3,5% (informação dos pais) e 4,9% (professores); para os externalizantes, 4% e 5,7% e para os problemas relacionados à atenção, 1,3% e 2,4%, respectivamente.

Outra pesquisa nacional, realizada na cidade paulista de Taubaté, constatou prevalência de casos clínicos/limítrofes de distúrbios mentais entre escolares (n = 454) de 35,2%. Pais/cuidadores que acreditavam na punição física como método educativo agrediam fisicamente seus filhos com maior frequência (64,8%). Modelos de regressão logística revelaram que a atitude de bater com o cinto esteve associada a problemas de conduta e a problemas de saúde mental em geral nos escolares, na presença de outros fatores de risco: sexo da criança (masculino), pais/cuidadores com problemas de saúde mental e condições socioeconômicas desfavoráveis²⁵. Os autores concluíram que a alta prevalência de problemas de saúde mental em escolares e sua associação com métodos educativos e problemas de saúde mental dos pais/cuidadores indicam a necessidade de intervenções psicoeducacionais para reduzir o abuso físico e os problemas de saúde mental na infância.

Com os objetivos de estimar a prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes com e sem prejuízo funcional global em uma comunidade urbana de baixa renda (na Região Metropolitana de São Paulo); estimar a capacidade de assistência da rede públi-

ca de serviços do município; e relacionar a capacidade de assistência à necessidade de tratamento em saúde mental da infância/adolescência, Paula, Duarte e Bordin²⁶ observaram a seguinte prevalência de problemas de saúde mental: 24,6% ao desconsiderar prejuízo funcional global e 7,3% com prejuízo funcional global (casos que necessitam de tratamento). A capacidade anual de assistência aos casos com prejuízo funcional global foi de 14% da demanda encontrada, fazendo-se necessário cerca de sete anos para que todos possam ser tratados. As autoras concluíram que os problemas de saúde mental são frequentes na comunidade estudada e a infraestrutura atual da rede pública de serviços do município não está preparada para atender em tempo hábil os casos que necessitam tratamento.

Associação entre violência e problemas de saúde mental

A **associação** entre vivenciar violências e vir a apresentar problemas de saúde mental ao longo do ciclo de crescimento e desenvolvimento tem sido apontada em estudos internacionais e nacionais. Pesquisa realizada com crianças de 6 a 10 anos numa vizinhança pobre e violenta em Washington, nos Estados Unidos (EUA), indicou que a exposição a esse tipo de fenômeno (ser vitimado ou ser testemunha) está associada com sintomas de sofrimento mental, tais como ansiedade, depressão, distúrbios de sono e pensamentos intrusivos²⁷. Em outro estudo, verificou-se a associação entre violência familiar e comunitária com problemas de comportamento internali-

zantes e externalizantes, a apontar que a forte relação entre violência comunitária e o funcionamento mental da criança acontece porque o seu senso de segurança é ameaçado, com repercussão negativa em seu crescimento e desenvolvimento ²⁸. Em outras publicações, verificou-se associação entre vitimização por violência com problemas físicos, falta de concentração na escola, distúrbios do sono e hipervigilância ²⁹⁻³¹.

No Brasil, diversos autores têm constatado a relação entre violência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes ^{8,23-25,32-35}. Observou-se maior ocorrência de transtornos de conduta e desordens psiquiátricas entre crianças e adolescentes que testemunharam violência entre os pais e que são educados mediante rígida disciplina, que inclui atos como *bater com o cinto* ^{23,25}. Crianças e adolescentes cujas mães gritam excessivamente, batem, espancam ou punem severamente, dentre outras reações inadequadas, têm o dobro de chance de apresentar problemas de saúde mental com relação aos não expostos a essas práticas ³³. A falta de monitoria positiva aliada a práticas educativas negativas, como negligências, punição inconsistente e abuso físico, são indicadores de problemas de comportamento ³⁴. Em uma das pesquisas, adolescentes expostos à violência intrafamiliar e urbana mostraram ter duas vezes mais problemas de saúde mental. Os que foram expostos à violência familiar mostraram-se três vezes mais propensos a apresentar problemas do que os expostos à violência urbana, a corroborar a importância das relações familiares para uma boa condição de saúde mental ³⁵.

A crise de oferta de serviços para crianças com problemas de saúde mental no Brasil

A atenção às crianças brasileiras na área da saúde mental infantil constitui necessidade imperativa e com demanda crescente. A falta de serviços e especialistas nesta área é preocupante, fato que contribui para que os profissionais de saúde, de maneira geral, tenham grande dificuldade para encaminhar crianças com algum tipo de dificuldade emocional. Os poucos serviços existentes possuem longas filas de espera e nem sempre as crianças recebem assistência adequada ³⁶.

Para exemplificar a dimensão do problema assistencial nesta área específica, realizou-se pesquisa em uma unidade básica de saúde (UBS) situada na Zona Oeste da cidade de São Paulo, na qual foram sujeitos da pesquisa os pais e responsáveis por crianças com idade entre 5 anos e 11 anos e 11 meses, além dos pediatras do serviço ⁹. Os autores utilizaram métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa, com a aplicação de escalas de rastreamento de queixas e problemas de comportamento, visitas domiciliares, análise de prontuários e aplicação de questionários dirigidos aos pais sobre as preocupações relativas às dificuldades dos filhos e de descrição de comportamentos da criança, além de entrevistas semiestruturadas com os pediatras da UBS.

Ao analisar a atuação dos profissionais e do sistema de saúde ante os problemas de saúde mental de crianças, a partir da literatura científica da área, os autores apontam que as pes-

quisas, políticas e práticas de atenção à saúde mental são mais voltadas para a população adulta e para o movimento de luta antimanicomial, enquanto aquelas dirigidas para crianças e adolescentes continuam escassas. O papel dos pediatras e de outros profissionais da atenção básica foi analisado, sendo apontadas inúmeras deficiências nesta atuação, tais como: dificuldade de identificação precoce dos problemas de saúde mental em crianças; pouca valorização desse tipo de problema e deficiências na formação para a detecção de transtornos mentais.

Ao avaliar a sensibilidade e especificidade da capacidade de detecção de problemas de saúde mental em crianças por parte do pediatra, os pesquisadores verificaram a baixa sensibilidade de detecção pelo referido profissional. Enfatizaram que muitos pais não costumam informar queixas na área da saúde mental aos pediatras, o que também pode decorrer da falta de busca ativa dos mesmos quanto a esse tipo de problema. Sinalizaram a importância de criar um ambiente propício para o reconhecimento dos agravos emocionais de crianças.

A pesquisa também constatou que os pediatras, muitas vezes, desconhecem possibilidades de intervenção em crianças que apresentam algum tipo de problema emocional e que certos atos, como ouvir mais a família, conversar com a criança, entre outros, são considerados não científicos, remetidos ao senso comum. Os pediatras revelaram certo descrédito quanto aos serviços de saúde mental, por serem pouco numerosos e apresentarem número insuficiente de vagas, além de pouco conheci-

dos e pouco confiáveis, em relação ao trabalho oferecido. Os autores apontaram a necessidade de mudança na formação do profissional médico, com vistas à melhoria do diagnóstico precoce e aos encaminhamentos adequados.

Ao se tomar como base as queixas apresentadas e os diagnósticos realizados nos serviços de saúde mental da rede pública, percebe-se que a grande maioria se refere a *problemas de aprendizagem* ou escolares, comprometimentos esses que não necessariamente exigem intervenção de um profissional de saúde mental³⁷. Na opinião de Boarini, além de não existir suficiente oferta para atender as crianças que necessitam de atenção especializada em saúde mental, a maior parte do tempo do profissional é absorvida em atendimentos, muitas vezes, dispensáveis. Por esse ângulo, podemos inferir que o profissional de saúde mental, ao se ocupar com casos que dispensariam sua intervenção, acaba contribuindo para que haja um déficit ainda maior em relação à demanda infantil que realmente necessita de assistência psicológica. Ao atender as *dificuldades escolares* no âmbito dos serviços de saúde mental, tal profissional reedita questões que são a prova mais contundente da ineficácia da medicalização/psicologização de dificuldades escolares³⁸. Apesar do anteriormente afirmado, devemos considerar que não se deve relativizar a necessidade de atendimento especializado para problemas de aprendizagem. Em muitas circunstâncias, tais problemas são apenas a *ponta do iceberg* de outras manifestações de grande densidade e relevância clínica, a exigir, realmente, a assistência do profissional especializado em saúde mental.

Vale destacar outro aspecto que dificulta a assistência à criança com problemas de saúde mental. Por uma questão cultural, entre outras, o encaminhamento da criança ao serviço de saúde mental traz em si o preconceito ou estigmatização, tanto por parte de pais e professores como também – muitas vezes – por parte do próprio profissional de saúde mental. Ou seja, a criança é encaminhada ao serviço de saúde mental porque supostamente tem um problema, mas no momento em que é atendida podem surgir novos problemas, decorrentes do próprio preconceito que ainda ronda os serviços ³⁷.

Abordagem bioética

Ao abordar os aspectos bioéticos da saúde mental em crianças e adolescentes, achamos oportuno, preliminarmente, delimitar alguns marcos conceituais. O conceito de adolescência, hoje amplamente adotado, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na *Reunião sobre a gravidez e aborto na adolescência*, realizada em 1974, estabelece que a adolescência corresponde a um período em que: *a) o indivíduo progride a partir de um ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual; b) os processos psicológicos do indivíduo e os modelos de identificação progridem da fase infantil para a adulta; c) é feita a transição do estado de total dependência socioeconômica para um estado de relativa independência*. De acordo com a OMS, *limites específicos de idade não devem ser impostos para delimitar a adolescência; sendo esta uma classificação social, varia tanto em sua composição como em*

suas implicações. Considera, entretanto, o período de 10 a 20 anos como englobando a maioria das mudanças retropropostas, embora se saiba grande o grau de variação inter e intracultural das mesmas ³⁹.

Embora largamente utilizado, o conceito de adolescência estabelecido pela OMS, distinguindo-a da fase infantil (ou criança), não é unânime. As Nações Unidas (ONU), no documento *Convention on the Rights of the Child* ⁴⁰, estabelece em seu art. 1º: *Para os propósitos da presente Convenção, uma criança significa qualquer ser humano com idade abaixo de dezoito anos, a menos que sob Lei aplicada à criança, a maioridade seja atingida antes*. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA ⁴¹ estabelece em seu art. 2º: *Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos*.

Uma das questões fulcrais no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais diz respeito à capacidade do exercício da autonomia por parte dessas pessoas. De antemão, tem-se a percepção de que o exercício deste princípio bioético basilar encontra-se duplamente comprometido: quer pela idade quer pelo estado mental. O que se coloca em discussão, portanto, é a maneira mais efetiva de se proteger tais pessoas que, por se encontrarem em posição de hipossuficiência por incapacidades pessoais, não possuem plenamente seus direitos de escolha, ou seja, não gozam da capacidade plena de autogoverno, de livre arbítrio quanto à regência do próprio destino, conquista essa concedida pouco a pouco, por parâmetros

biológicos e de convívio social. Tal princípio envolve a proteção da privacidade, da confiabilidade e da procura de ações que se baseiam em um consentimento informado, a opor-se a qualquer manifestação coercitiva, mesmo que justificada por quaisquer benefícios sociais ^{42,43}.

No ordenamento jurídico pátrio, o atual Código Civil dispõe que, em regra, *toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil*. Em paralelo, ficam absolutamente impedidos de exercer, pessoalmente, tais atos *os que, por enfermidade ou deficiência mental não tiverem o necessário discernimento* e relativamente cerceados quanto à maneira ou espécie de atos que podem praticar (...) *os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido e os excepcionais, sem discernimento completo* ⁴⁴. De acordo com Cohen e Salgado ⁴³, em tal situação, *de ausência ou perda (total ou parcial) da plena capacidade psíquica e de autogoverno, entram em atuação os profissionais da saúde mental (psiquiatras, psicólogos jurídicos e assistentes sociais, por exemplo) com o fim maior de fazer com que o paciente readquira autoconsciência, autonomia, liberdade, além do respeito por si próprio e pelos outros*. Essa atuação exige profissionais competentes, não apenas do ponto de vista técnico, mas, sobretudo, ricos em compreensão humana, prudência, coragem, compaixão e sensibilidade ética.

A questão da autonomia dos pacientes não constitui ponto pacífico no Brasil, particularmente quando se trata de crianças e adolescentes. No caso das crianças, achamos prudente trabalhar com dois graus de competência: as muito novas, ainda sem possibilidade

de compreender adequadamente as informações e, portanto, absolutamente incapazes de participar na tomada de decisões. Com essas crianças, somos de opinião que os profissionais e pais devem interagir informando, explicando o que vai acontecer, mesmo que se acredite que nada será compreendido. Estamos falando de crianças efetivamente em idade muito tenra. Com outras, com maior grau de maturidade, deve-se buscar sua compreensão dos fatos e conhecimentos. Devemos despende um esforço significativo para delas obter a compreensão do que está acontecendo e mesmo seu assentimento. Em termos legais, é óbvio que em ambas as situações são os pais ou responsáveis que dão a palavra final (ou o *de acordo*), mas do ponto de vista ético somos de opinião que o exercício da autonomia deve acompanhar *pari passo* o crescimento e amadurecimento biopsíquico da criança.

A questão do respeito à autonomia de uma criança ou adolescente só faz sentido se conduzida a partir do conhecimento da evolução de suas competências nas diferentes idades. Sabe-se que a criança passa por um processo de desenvolvimento progressivo que a leva a alcançar a completa independência na maturidade, o que, nas sociedades modernas, se situa por volta dos 20 anos de idade. A compreensão da construção do conceito da autonomia, à luz do momento de desenvolvimento em que determinada criança ou adolescente se encontra, deve considerar diversas características ⁴⁵: constitui-se processo que evolui continuamente, pois à medida que habilidades se aperfeiçoam, novas capacidades são adquiridas, novas vivências são acumuladas e integradas,

passíveis de mudanças extremas no tempo; a aquisição de competências é progressiva, sem saltos, seguindo uma ordem preestabelecida, com razoável previsibilidade; os tempos e o ritmo em que o desenvolvimento se processa são individualizados, o que faz com que dois indivíduos de mesma idade possam estar em fases diferentes de desenvolvimento; ao se considerar a inteligência, o desenvolvimento torna-se extremamente influenciável por fatores extrínsecos ao indivíduo, tais como as experiências, os estímulos, o ambiente, a educação, a cultura e outros, o que reforça sua evolução extremamente individualizada.

As investigações de Jean Piaget sobre como se processa o desenvolvimento cognitivo, como evoluem o pensamento e o conhecimento, permitiu a identificação de estágios universais pelos quais evolui o pensamento, numa sequência invariante. Esses estágios são o sensorio-motor, o pré-operacional, o de operações concretas e o de operações formais ⁴⁶. O terceiro estágio citado, que ocorre aproximadamente dos sete aos 12 anos, marca o início do pensamento lógico, se bem que ainda no nível concreto, estendendo-o à compreensão do outro e às possíveis consequências de boa parte de seus atos. A criança é capaz de raciocinar logicamente se tiver o apoio de objetos concretos. Adquire a noção de conservação e os rudimentos da lógica. O estágio de operações formais, que ocorre a partir da adolescência, caracteriza-se pela capacidade de abstração e do teste de hipóteses, tornando viável o raciocínio científico. A evolução do julgamento moral tem por base a dimensão heteronímia-autonomia, ou seja, a criança passa de uma

moral de autoridade imposta de fora, por outros, para uma moral autônoma, da própria consciência individual.

Portanto, o processo de compreensão das consequências de seus atos inicia-se por volta dos seis a sete anos e amadurece até o final da adolescência. Assim sendo, do ponto de vista assistencial, o menor tem direito a fazer opções sobre procedimentos diagnósticos ou terapêuticos – mas em situações de risco e frente à realização de procedimentos de alguma complexidade, tornam-se sempre necessários, além do assentimento do menor, a participação e o consentimento dos seus responsáveis legais. A criança ou o adolescente que se recusa a dar o seu assentimento deve ser ouvida, em especial quando os resultados esperados são incertos ⁴⁷.

O assentimento da criança, com ou sem transtornos mentais, para fins de pesquisa, diagnóstico ou tratamento é tema complexo e sem consenso na literatura. As controvérsias incluem a definição do que vem a ser assentimento, a idade a partir da qual os investigadores deveriam obtê-lo das crianças, quem deveria estar envolvido no processo da obtenção, como resolver as disputas entre as crianças e os seus pais, que quantidade e qualidade das informações devem ser disponibilizadas para as crianças e seus familiares, o quanto de e quais informações as crianças desejam e necessitam saber, a metodologia empregada para promover o entendimento pela criança das informações disponibilizadas, e o que constitui um modelo de tomada de decisões que seja efetivo, prático e realista ⁴⁸.

De acordo com Unguru, Coppes e Kamani ⁴⁸, nos EUA, a Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos de Pesquisa Biomédica e de Comportamento, em 1977, com base na concepção do respeito às crianças como indivíduos, chamou a atenção para a necessidade de reconhecer e respeitar a vontade das mesmas, considerando o seu desenvolvimento cognitivo e maturidade. A Comissão sugeriu que o assentimento deve ser solicitado para todos os potenciais sujeitos de pesquisa a partir dos sete anos de idade. Os autores supracitados fazem uma diferenciação entre assentimento e consentimento. Esclarecem que ver o primeiro como corolário do segundo seria superestimar a importância do entendimento, pela criança, dos riscos e benefícios, que são aspectos-chave do consentimento direcionado aos adultos. Igualar assentimento a consentimento seria incluir as crianças num modelo injusto, com o potencial de limitar sua capacidade de participação em pesquisa. As crianças não necessitam avaliar todos os componentes de um consentimento. Sua capacidade de tomar decisões requer que suas escolhas sejam voluntárias, razoáveis e racionais. É especialmente importante: a criança deve entender a informação relevante para a sua escolha. Do ponto de vista legal, o termo assentimento é aqui empregado para diferenciá-lo do consentimento, que é fornecido por pessoas adultas e totalmente capazes (na forma da lei – Código Civil brasileiro) para tomar decisões.

Assim, antes de solicitar o assentimento de uma criança, é crucial que o investigador estabeleça seu nível de compreensão. Além da informação de que a criança necessita tomar

conhecimento, um segundo aspecto relevante a ser considerado é o que ela desejaria saber, um ponto nem sempre levado em conta nas pesquisas envolvendo crianças. Em virtude de sua compreensão ser o elemento central no processo de assentimento, torna-se imperativo melhorar os métodos de facilitação do entendimento por parte das crianças, quando da realização de pesquisas. Uma maneira de realizar isso é conversando com elas e levando-as a sério. Determinar o que precisam saber é o resultado lógico do diálogo com elas.

Nesse mesmo sentido, não considerando diferenciação terminológica entre assentimento e consentimento, o Simpósio Internacional sobre Bioética e os Direitos da Criança (ou *Declaração de Mônaco*) ⁴⁹, ocorrido no ano 2000, estatuiu que: *A atenção à saúde da criança deve incluir devida consideração pelo esclarecimento, pelo consentimento e, conforme o caso, pela recusa do consentimento por parte da criança, conforme seu grau crescente de autonomia.* Estabeleceu ainda que: *Esse princípio deve ser reforçado, em especial, em relação a exames e/ou tomada de espécimes realizados na criança, os quais só devem visar a interesse imperativo de saúde da criança que não possa ser atendido de outra maneira.*

No atendimento clínico de pacientes com transtornos mentais ou neuropsiquiátricos, o posicionamento atual, de contar com atitude ativa e responsável do paciente (exercício da autonomia), é bem menos enfático, dadas as condições específicas dos mesmos, no que concerne à vulnerabilidade emocional e cognitiva ⁵⁰. A imaturidade biopsíquica e emocional

das crianças e adolescentes potencializa tal estado de vulnerabilidade. Nesta situação em particular, a qualificação de pessoas como vulneráveis, não apenas na esfera da pesquisa biomédica, mas também na seara dos cuidados da saúde, impõe a obrigatoriedade ética da defesa e proteção para que não sejam maltratadas, abusadas, feridas.

As Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Biomédica em Seres Humanos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Cioms) definem indivíduos vulneráveis como *aqueles com capacidade ou liberdade diminuída para consentir ou abster-se de consentir*⁵¹. Incluem-se dentre estes as crianças (Diretriz 14) e as pessoas que, em decorrência de transtornos mentais ou de comportamento, sejam incapazes de dar o adequado consentimento informado (Diretriz 15). A Resolução 196/96⁵² do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, conceitua *vulnerabilidade* como *o estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido*. Em paralelo, consoante à mesma resolução, *incapacidade* refere-se ao *possível sujeito da pesquisa que não tenha capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente*.

Quando há grave transtorno psíquico, o estigma da doença acarreta, com muita frequência, a perda da autonomia para o seu portador, o

que faz com que as suas ações e discurso sejam percebidos apenas como sintomas da doença da qual é vitimado. O profissional de saúde mental torna-se, a partir daí, quase sempre o único intérprete credenciado de seus pacientes, capaz de decidir, com aval dos familiares, sobre o futuro dessas pessoas; a exercer, muitas vezes, poder absoluto sobre elas, que vai desde a liberdade de locomoção até a forma de tratamento que devem receber⁴³. Deve-se ressaltar, entretanto, que o simples fato de o indivíduo ser portador de uma doença mental não o torna sem autonomia. Reconhece-se, em geral, que apenas as crises são capazes de, temporariamente, restringi-la de forma absoluta.

O respeito ao princípio da autonomia, em tais situações, não é extensivo a ponto de permitir liberdade absoluta nem ao paciente nem ao profissional médico que o trata. O que se busca é uma relação baseada na confiança, competência e confidencialidade, em que as partes interagem sempre de modo desigual⁵³. No caso específico das crianças e adolescentes com transtorno mental, o exercício da autonomia é aspiração de conquista improvável na maioria das circunstâncias, pois não há como fugir da tutela do responsável legal.

A delegação da autonomia a um terceiro é algo complexo, pois os interesses desse nem sempre coincidirão com os melhores interesses do representado. Enfatize-se que, no caso das crianças, sua limitada capacidade de autodeterminação é ainda mais reduzida, não sendo o mesmo verdadeiro para os adolescentes de maneira geral. Nesse mesmo horizonte, a citada *Declaração de Mônaco*⁴⁹ enfatiza que

a proteção dos direitos deve ser reforçada no caso de crianças portadoras de incapacidade. O progresso científico e suas aplicações, em especial quanto à prevenção e tratamentos, deve beneficiar as crianças portadoras de incapacidade e nunca levar à sua exclusão ou marginalização.

Em se tratando de pesquisa, a Resolução CNS 196/96, anteriormente referida, estabelece que nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessário para o adequado consentimento deve-se ainda observar: *em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificação clara para a escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade.*

Considerações finais

A gravidade das repercussões dos transtornos mentais na infância e adolescência, bem como a alta prevalência de tais transtornos, principalmente em regiões mais carentes, indicam a necessidade e a importância da implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. Esses serviços devem, prioritariamente, concentrar-se nas áreas de nível socioeconômico mais baixo, onde as taxas de transtornos mentais são mais elevadas, em consonância com o princípio bioé-

tico da justiça. Devem também priorizar os transtornos tratáveis mais comuns, oferecer avaliação diagnóstica e tratamentos padronizados e testados, com o menor custo possível ¹¹.

No Brasil, Fleitlich e Goodman²³ opinam: *para que os serviços comunitários de saúde mental infantil tenham melhor relação custo-benefício, devem-se modificar os tratamentos padronizados adotados por outras culturas ou adaptá-los, para que esses tratamentos também sejam efetivos nos diferentes contextos socioculturais brasileiros, como áreas rurais e favelas.*

É importante formar profissionais especializados em saúde mental, de preferência captados na comunidade assistida, para que possam oferecer tratamentos simples e efetivos, com baixo custo ¹¹. Enfatize-se que a existência de serviços comunitários para os transtornos mentais mais comuns não elimina a necessidade de serviços hospitalares especializados para um grupo menor de jovens portadores de distúrbios mentais graves e mais resistentes ao tratamento (por exemplo, adolescentes com transtorno psicótico ou anorexia nervosa). Para a melhoria da qualidade da assistência prestada, ainda em nível pré-hospitalar, uma proposta coerente seria a construção de centros de referência em nível secundário para esse grupo de pacientes, com equipe assistencial multidisciplinar, com participação de pediatras, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, que poderiam se constituir em centros de treinamento relacionados aos programas de residência médica em saúde mental e em pediatria, além de treinamento na formação profissional das outras áreas envolvidas.

A prevenção e o tratamento de transtornos mentais na infância e na adolescência têm impacto concreto no futuro dos jovens, que favorece a diminuição da criminalidade, do abuso de substâncias, do fracasso e do abandono escolar, do desenvolvimento de transtornos de personalidade e de transtornos mentais na vida adulta, além de propiciar que se desenvolvam com maior capacidade de atuar como futuros pais e cidadãos. Esta prevenção deve ser feita em todos os níveis, principalmente na família e na escola, ante o conhecimento da inquestionável associação entre a violência familiar e urbana com os distúrbios mentais na infância e adolescência.

Mesmo em crianças e adolescentes com transtornos mentais deve-se ter a preocupação de propiciar o exercício do princípio bioético da autonomia, na medida da maturidade e do nível de seu entendimento, bem como do grau de controle da doença mental. Em crianças maiores ou adolescentes há espaço para a conquista da autonomia plena, sendo esta a regra para os adolescentes, desde que considere a mencionada restrição.

Para que seja possível a participação das crianças e adolescentes nas decisões sobre sua saúde (bem como a participação dos responsáveis legais), há a necessidade de esclarecimentos sobre a enfermidade, o prognóstico e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos

a serem adotados, com os riscos, os benefícios (resultados esperados) e os custos associados a cada uma das alternativas envolvidas. Essas informações devem ser abrangentes e numa linguagem que possa ser entendida pelos pacientes e respectivas famílias. Somente após assegurar que todas as questões relativas ao diagnóstico e tratamento da doença foram esclarecidas e compreendidas, torna-se possível a tomada de decisões em conjunto. Sendo os responsáveis legais, em geral os genitores, em tese os defensores dos interesses do menor, são eles, a princípio, que decidem, mas o assentimento das crianças e adolescentes deve sempre ser buscado, desde que o menor seja identificado pela equipe assistencial como capaz de entender e avaliar seu problema.

Quando houver divergências entre o princípio da beneficência, defendida pela equipe de saúde, e o da autonomia da família, na ausência de risco iminente de morte, deve-se ampliar o diálogo, envolvendo outros membros da equipe multiprofissional e da família ampliada (avós, tios e outros). A exceção fica por conta das situações em que há risco iminente de morte, nas quais o assentimento pelo menor e o consentimento pelos responsáveis legais podem ser considerados presumidos, o que é universalmente aceito e atende a dispositivos legais e ao Código de Ética Médica em vigor.

Trabalho apresentado em disciplina do Programa Luso-brasileiro de Doutorado em Bioética da FMUP/CFM.

Resumen

La salud mental de los niños y adolescentes: consideraciones epidemiológicas, de asistencia y bioéticas

En este trabajo son presentados aspectos epidemiológicos relativos a los niños y adolescentes con problemas de salud mental en el mundo y en Brasil, los trastornos más comunes en este franja de edad, y la etiología de tales trastornos, con énfasis en el entorno familiar, en el cual se encuentra una fuerte asociación entre la violencia doméstica y la ocurrencia de tales perturbaciones. Se hace una discusión de la crisis en el suministro de servicios de salud para niños y adolescentes con trastornos mentales en nuestro país y la escasez de profesionales preparados para trabajar con este grupo de pacientes. Se discuten también los aspectos bioéticos involucrados en la asistencia para expresarse, con énfasis en la vulnerabilidad de estos pacientes con relación el ejercicio de la autonomía. Finalmente se considera que para abarcar el principio bioético de la justicia, es urgente implantar e implementar servicios comunitarios de salud mental especializados en el atendimento a los niños y adolescentes, especialmente en las regiones carentes de nuestro país y la periferia de las grandes ciudades.

Palabras-clave: Salud mental. Bioética. Vulnerabilidad. Niño. Adolescente.

Abstract

Mental health of children and teens: epidemiological, assistance and bioethical considerations

This paper examines the Epidemiological aspects of children and adolescents with mental health problems in the world and in Brazil, this age range most common disorders , the etiology of such disorders, with emphasis on family environment, finding a strong association between domestic violence and the occurrence of such disturbances. It addressed the crisis in health services supply for children and adolescents with mental disorders in Brazil, and the lack of professionals trained to deal with this group of patients. Bioethics aspects involved in assistance are discussed also, with emphasis on these patients' vulnerability in exercising their autonomy. It finishes by considering that to encompass the bioethic principle of justice, it is imperious to establish and to implement community mental health services, specialized in assisting children and adolescents, particularly in poor regions as well as at the periphery of large cities.

Key words: Mental health. Bioethics. Vulnerability. Child. Adolescent.

Referências

1. Roberts RE, Attkinsson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1988;155:647-54.
2. Bird HR. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996;37(1):35-49.
3. British Medical Association. *Child and adolescent mental health: a guide for health care professionals*. England: British Medical Association; 2006.
4. Hackett R, Hackett L. Child psychiatry across cultures. *Int Rev Psychiatry*. 1999;11:225-35.
5. Hackett R, Hackett L. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *J Clin Psychol Psychiatry*. 1999;40:801-7.
6. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationery Office; 2000.
7. Duarte CS, Hoven C, Bordin IAS, Berganza CE, Bird H, Miranda CT. Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *Int J Psychiatry Med*. 2003;33(3):203-22.
8. Bordin IAS, Paula CS, Nascimento R, Duarte CS. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(4):290-6.
9. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. *Problemas de saúde mental na criança: abordagem na atenção básica*. São Paulo: Annablume; 2005.
10. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e violência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(2):349-61.
11. Fleitlich BW, Goodman R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes [editorial]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(1):2.
12. Rutter M, Taylor E. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing; 2002.
13. Ferreira MCT, Marturano EM. Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicol Reflex Crit*. 2002;15(1):35-44.
14. Goodman R, Scott S. *Child psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing; 2005.
15. Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(2):63-7.
16. Mendes AV, Loureiro SR, Crippa JA. Depressão materna e a saúde mental de escolares. *Rev Psiq Clin*. 2008;35(5):178-86.
17. Coutinho D. *Prevalência de doenças mentais em uma comunidade marginal: um estudo do Maciel [tese]*. Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia; 1976.
18. Almeida Filho N. Confiabilidade de um questionário para detecção de transtornos mentais na infância e adolescência. *Rev Med Bahia*. 1976;23:43-52.

19. Almeida Filho N. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador – Bahia. *J Bras Psiq.* 1982;31(4):225-36.
20. Goodman R. The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatry caseness and consequent burden. *J Clin Psychol Psychiatry.* 1999;40(5):791-9.
21. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(11):1337-45.
22. Paula CS, Barros MGM, Vedovato MS, Dantino EF, Mercadante MT. Problemas de saúde mental em adolescentes: como identificá-los? *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:254-5.
23. Fleitlich BW, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *Br Med J.* 2001;323:599-600.
24. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Oliveira RVC, Furtado LX. A violência familiar produzindo perversos: problemas de comportamento em crianças escolares (relatório de pesquisa). Rio de Janeiro: Chaves, Fiocruz; 2007.
25. Vitolo YL, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Bordin IA. Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren. *Rev Saúde Pública. J Public Health.* 2005;39(5):716-24.
26. Paula CS, 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 Psiquiatr.* 2007;29(1):11-7.
27. Martinez P, Richters JE. The NIMH community violence project: children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry* 1993;56:22-35.
28. Malik NM. Exposure to domestic and community violence in a norisk sample. *J Interpers Violence.* 2008;23(4):490-504.
29. Buka SL, Stichick TL, Birdthistle I, Earls FJ. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. *Am J Orthopsychiatry.* 2001;71(3):298-310.
30. Hurt H, Malmud E, Brodsky NL, Giannetta J. Exposure to violence: psychological and academic correlates in child witnesses. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001;155(12):1351-6.
31. Shields N, Nadasen K, Pierce L. The effects of community violence on children in Cape Town, South Africa. *Child Abuse Negl.* 2008;32(5):589-601.
32. Bastos AC, Almeida Filho N. Variables económico sociales, ambiente familiar y salud mental infantil en un área urbana de Salvador (Bahia) Brasil. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 1990;36(3/4):147-54.
33. Benvegna LA, Fassa AG, Facchini LA, Wegman DH, Dall'Agnol MM. Work and behavioural problems in children and adolescents. *Int J Epidemiol.* 2005;34(6):1417-24.
34. Salvo C, Silveiras EFM, Toni PM. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estud Psicol (Campinas).* 2005; 22(2):187-95.

35. Paula CS, Vedovato MS, Bordin IAS, Barros MGSM, D'Antino MEF, Mercadante MT. Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. *Rev Saúde Pub.* 2008;42(3):524-8.
36. Ximenes LF, Pesce RP. Resenha de Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Problemas de saúde mental na criança: abordagem na atenção básica. São Paulo: Annablume, 2005. 140p. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(2):671-7.
37. Boarini ML, Borges RF. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. *Estud Psicol.* 1998;3(1): 83-108.
38. Boarini ML. A formação (necessária) do psicólogo para atuar na saúde pública. *Psicol Est.* 1996;1:93-132.
39. World Health Organization. Meeting on Pregnancy and Abortion in Adolescence; 1974; Geneva [internet]. Geneva: WHO; 1975 [cited 11 Mar. 2010]. (WHO Technical Report Series, 583). Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf.
40. United Nations. Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly [internet]. Resolution 44, 25 of November 1989 [cited 11 Mar. 2010]. Available from: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>.
41. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Presidência da República; [acesso 1º mar. 2010]. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>.
42. Marcolino JAM. Psiquiatria e psicoterapia no âmbito institucional. In: Alves LCA, coordenador. Ética e psiquiatria. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007. p.72.
43. Cohen C, Salgado MTM. Reflexão sobre a autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Rev Bioét.* 2009;17(2):221-35.
44. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 [internet]. Código civil. Parte Geral, Livro I Das Pessoas, Título I Das Pessoas Naturais, Capítulo I Da Personalidade e Da Capacidade, art. 3º incisos I e II, e art. 4º incisos I, II e III. Brasília: Presidência da República; [acesso 31 jan. 2010]. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>.
45. Leone C. A criança, o adolescente e a autonomia. *Bioética.* 1998 [acesso 6 mar 2011];6(1). Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/324/392.
46. Piaget J. O julgamento moral na criança. São Paulo: Editora Mestre Jou; 1977. p.11-94.
47. Hirschheimer MR, Constantino CF, Oselka GW. Consentimento informado no atendimento pediátrico. *Rev Paul Pediatr.* 2010;28(2):128-33.
48. Unguru Y, Coppes MJ, Kamani N. Rethinking pediatric requirement to ideal. *Pediatr Clin North AM.* 2008;55:211-22.
49. Simpósio Internacional sobre a Bioética e os Direitos das Crianças; 2000 28-30 Abril; Mônaco. Declaração de Mônaco [internet]. [acesso 11 mar. 2010]. Disponível: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Biodc.pdf>.

50. Felício JL, Pessini L. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Rev. bioét (Impr)*. 2009;17(2):203-20.
51. Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas - Cioms. Diretrizes éticas internacionais para pesquisa biomédica em seres humanos. São Paulo: Loyola; 2004.
52. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 [internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [acesso 6 mar. 2010] Disponível: http://conselhosau.de.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.
53. Cohen C. Bioética e psiquiatria: considerações sobre autonomia, beneficência, não maleficência e equidade. In: Alves LCA, coordenador. *Ética e psiquiatria*. São Paulo: Cremesp; 2007. p.160-1.

Recebido: 21.4.10

Aprovado: 21.2.11

Aprovação final: 6.3.11

Contatos

Helvécio Neves Feitosa - helvecionf@uol.com.br

Miguel Ricou - mricou@med.up.pt

Sérgio Rego - rego@ensp.fiocruz.br

Rui Nunes - ruinunes@med.up.pt

Helvécio Neves Feitosa - Rua Martinho Rodrigues, 1.301 Bloco B, aptº 704, Bairro de Fátima, CEP 60411-280. Fortaleza/CE, Brasil.

Participação dos autores no trabalho

Helvécio Feitosa elaborou o artigo e os demais autores participaram com sugestões e revisão.