

Celise Regina Alves da  
Motta Meneses<sup>1</sup>  
Claudia S. Lopes<sup>2</sup>  
Antonio Carlos Monteiro  
Ponce de Leon<sup>2</sup>

# Transtornos mentais comuns entre adolescentes cronicamente doentes atendidos em um ambulatório especializado no Rio de Janeiro

*Common mental disorders among adolescents with chronic diseases regularly attended in a specialized unit in Rio de Janeiro, Brazil*



## RESUMO

Os adolescentes que apresentam doenças de curso crônico são forçados a enfrentar as mudanças ocorridas na adolescência vivendo situações estressantes. O principal objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) entre os adolescentes portadores de doenças crônicas e explorar fatores a isso associados. Os dados foram obtidos através da aplicação do General Health Questionnaire em sua versão de 12 itens (GHQ-12) numa amostra de 207 pacientes atendidos em ambulatórios de doenças crônicas de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. Foram também coletados dados sociodemográficos e informações sobre a doença crônica principal e doenças associadas dos prontuários médicos desses pacientes. Foi encontrada uma prevalência geral de TMC de 44,9% nessa população, que foi maior entre adolescentes do sexo masculino (51,33%) do que feminino (37,23%), sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,05$ ). A análise multivariada estratificada por sexo e ajustada pelas variáveis em estudo mostrou que o tempo de evolução da doença entre seis meses e um ano em meninos revelou a *odds ratio* (OR) de 5,9 e em meninas, de 1,82; a presença de patologia não-crônica associada mostrou, nos meninos, OR de 4,13 e origem da doença no aparelho circulatório (segundo a décima revisão da classificação Internacional de Doenças [CID-10]); nas adolescentes do sexo feminino, OR de 2,1; quando havia doença crônica associada à doença de base nas meninas encontramos OR de 1,47. Entretanto esses achados não mostraram significância estatística.

## UNITERMOS

Estudo de corte transversal; transtornos mentais comuns; adolescentes; doenças crônicas



## ABSTRACT

Adolescents who have chronic diseases can be more disturbed than healthy ones for the physical and psychological changes that take place during this period of life. The purpose of this study was to estimate the prevalence of common mental disorders (CMD) among adolescents with chronic diseases regularly attended in a specific adolescence care unit in Rio de Janeiro, Brazil. Data was obtained from a population of 207 adolescents with chronic illnesses. The General Health Questionnaire, version of 12 items (GHQ-12) was answered by the adolescents. Sociodemographic data was collected from the patients records as well as information about the main chronic disease and other associated illnesses, either chronic or not. Prevalence of CMD was 44.9% among this population. The prevalence of CMD among males (51.33%) was higher than among females (37.23%) and this difference was statistically significant ( $p = 0,05$ ). A multivariate analysis stratified by gender showed that duration of the illness between six months and one year had odds ratio (OR) = 5.9 among males and = 1.82 among females. The presence of other non chronic diseases among boys showed OR = 4.13; cardiovascular illnesses showed OR = 2.1 among females. Among girls who had an associated chronic disease we found OR = 1.47. These results were not statistically significant.

## KEY WORDS

Cross-sectional study; common mental disorders; adolescents; chronic diseases

<sup>1</sup>Mestra em Saúde Coletiva, área de Concentração Epidemiologia; médica do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ); doutora em Saúde Coletiva, área de Concentração Epidemiologia.

<sup>2</sup>Professor-adjunto do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da UERJ.

## > INTRODUÇÃO

O período da adolescência é de grande importância na vida dos indivíduos, já que nele ocorrem mudanças significativas nos campos biológico, psicológico, social e intelectual. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o período de adolescência como aquele compreendido entre os 10 e os 20 anos de idade<sup>(30)</sup>.

Devido aos rápidos avanços da medicina, um número cada vez maior de adolescentes cronicamente doentes tem tido seu tempo de vida prolongado e, aliado a isso, suas vidas têm sido mais ativas e produtivas do que teriam sido há algumas décadas<sup>(7, 19)</sup>.

Existe hoje um número bastante grande de adolescentes vivendo com algum tipo de patologia de curso crônico e, provavelmente, a forma de vivenciar a doença crônica para um adolescente é bem diferente daquela de uma criança ou de um adulto. Se para um adolescente sem doença às vezes se torna difícil viver todas as mudanças ocorridas em seu corpo, o que dizer de um jovem que tem que vivê-las enfrentando uma patologia que muitas vezes lhe causa deformidades, sofrimento físico frequente e alterações em sua vida cotidiana?

Neinstein<sup>(22)</sup> define as enfermidades crônicas como aquelas que apresentam uma invalidez permanente ou residual, uma alteração patológica irreversível ou que requerem períodos de supervisão, observação, atenção e/ou reabilitação prolongados.

Segundo Gortmaker e Sappenfield<sup>(14)</sup>, que realizaram um estudo para avaliar a prevalência e o impacto das doenças crônicas na infância, aproximadamente nove em cada dez crianças com doenças crônicas sobrevivem, nos países industrializados, até pelo menos os 20 anos de idade. Essa sobrevivência tem motivado um aumento no número de adolescentes que requerem atenção especial, bem como um número razoável de estudos na literatura sobre o assunto.

Estudos epidemiológicos de grande porte têm indicado que por volta dos 15 anos de idade, aproximadamente, um em cada dez adolescentes apresenta alguma doença crônica<sup>(26)</sup>.

Neinstein<sup>(22)</sup> assinala que de 10% a 20% dos adolescentes apresentam alguma condição crônica e que dados mais acurados são difíceis de se obter, já que os índices de prevalência de algumas patologias crônicas variam à medida que as mesmas se tornam mais facilmente tratáveis.

Nas últimas décadas tem aumentado o número de estudos que avaliam transtornos mentais na população em geral. Entre eles, os mais importantes foram conduzidos nos países ocidentais e demonstraram que 90% da morbidade psiquiátrica nessas populações compõe-se de distúrbios não-psicóticos, dos quais os principais são a depressão e a ansiedade, incluindo uma série de queixas inespecíficas e somáticas<sup>(1, 8, 10)</sup>.

A maioria dos trabalhos desenvolvidos nessa área tem referido dificuldades geradas por questões metodológicas e conceituais no que diz respeito à distinção entre quadros depressivos e de ansiedade, principalmente na população geral. Isso ocorre em função do modelo diagnóstico usado nesses estudos, que se baseia em categorias nosológicas, apresentando critérios nos quais os transtornos mentais não-psicóticos não se enquadram.

Do ponto de vista teórico, os transtornos mentais menores como depressões e ansiedades costumam gerar grandes controvérsias<sup>(2, 21)</sup>. A natureza e a classificação desses transtornos têm suscitado discussões sobre se seriam eles doenças ou tipos de reações; entidades independentes ou conceitos arbitrários; se sua classificação deveria ser feita quanto a sintomatologia, etiologia ou patogenia<sup>(17)</sup>.

A dificuldade de distinção entre quadros depressivos e de ansiedade, aliada ao fato de os distúrbios não-psicóticos compartilharem vários sintomas, torna problemático o uso do modelo diagnóstico baseado em categorias nosológicas<sup>(9, 16, 18)</sup>. Nesse sentido, vários estudos têm utilizado classificação mais ampla, referida como transtornos mentais comuns (TMC). Tal categoria engloba os transtornos psiquiátricos não-psicóticos, com exceção do abuso/dependência de drogas e dos distúrbios de conduta<sup>(5, 8, 20)</sup>.

Os principais estudos conduzidos sobre o tema *adolescência e doenças crônicas*, visando a ob-

servar transtornos no campo da saúde mental, têm sido realizados com a intenção de oferecer aos profissionais que lidam com esses pacientes especiais uma maior compreensão do universo do adolescente cronicamente doente<sup>(4, 19, 23, 27, 29)</sup>.

Têm sido observadas controvérsias, entre os vários estudos conduzidos sobre o tema, no que diz respeito aos transtornos mentais que ocorrem em adolescentes cronicamente doentes. Alguns demonstram haver maior incidência de transtornos mentais entre adolescentes com doenças crônicas em comparação com aqueles que não apresentam tais condições<sup>(3, 15, 23, 29)</sup>. Outros estudos discordam e não encontram maior incidência de tais transtornos entre adolescentes cronicamente doentes em comparação com aqueles sem tal condição<sup>(4, 24)</sup>.

Este artigo tem por objetivo geral estimar a prevalência de TMC (depressão e ansiedade) em uma população de adolescentes cronicamente doentes atendidos regularmente em um ambulatório especializado localizado em um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. Pretende, ainda, estimar o grau de associação de determinadas condições, como tipo da doença crônica, tempo de evolução e presença de patologias associadas, com a presença de TMC.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal para determinação da prevalência de morbidade psiquiátrica menor em uma população de adolescentes cronicamente doentes. A população-fonte é composta por pacientes entre 12 e 20 anos de idade, inclusive, regularmente matriculados e atendidos nos ambulatórios de atenção secundária específicos de cardiologia, nefrologia, reumatologia, hipertensão arterial e alergia de um ambulatório de adolescentes localizado em um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro, que apresentam doenças crônicas segundo a definição de Neinstein<sup>(22)</sup>. Foram considerados critérios de exclusão aqueles que poderiam impedir a aplicação do General Health Questionnaire (GHQ-12), como lesões neurológicas severas e alguns quadros psiquiátricos agudos

e crônicos que evidenciassem prejuízo cognitivo severo na linguagem ou na comunicação. A população de estudo constou de todos os pacientes com doenças crônicas atendidos nos ambulatórios de interesse durante o período de seis meses (maio a outubro de 2001, inclusive).

Foi elaborado um instrumento para a extração de dados dos prontuários dos pacientes e de suas respectivas fichas de primeira vez. Desta, que é preenchida quando o paciente vem à sua primeira consulta clínica no ambulatório, foram obtidos os dados demográficos, como sexo, idade, escolaridade e renda familiar. Dos prontuários dos respectivos ambulatórios foram coletadas as informações referentes às patologias crônicas, como tempo de evolução da doença e se existem outras patologias associadas, crônicas ou não.

Para a avaliação dos TMCs, as informações necessárias foram obtidas através da aplicação do questionário estruturado autoperenchível GHQ-12<sup>(12)</sup>.

O tipo de ponto de corte utilizado para o questionário é o seguinte: considera-se cada item como presente (1) ou ausente (0), de acordo com o método do GHQ. A escala usada será 0011 (variável binária dicotômica), isto é, as respostas marcadas nas duas primeiras opções da pergunta são consideradas negativas (ausentes), enquanto aquelas que têm como resposta as duas últimas opções são consideradas positivas (presentes). Aqueles que foram positivos para três ou mais itens do GHQ (em 12 itens) serão classificados como casos de morbidade psiquiátrica menor<sup>(13)</sup>. O período de referência do GHQ foram as duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário.

O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética de Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ) para aprovação. Em seqüência, foi iniciado o trabalho de campo, que consistiu na aplicação, pela própria pesquisadora, do questionário autoperenchível GHQ-12 após assinatura do termo de consentimento por parte dos adolescentes com mais de 18 anos ou de seus responsáveis.

Foi realizado um estudo de confiabilidade para o GHQ-12, tipo teste/reteste, com os pacientes internados na enfermaria de adolescentes do mesmo

hospital. Por impossibilidade de aplicação do questionário nos pacientes do ambulatório, foi escolhida essa unidade, já que nela os pacientes permanecem internados por um período geralmente maior do que o necessário para a reaplicação do questionário (três dias). Foram também coletados dados demográficos dos prontuários médicos dos pacientes.

A avaliação da confiabilidade foi feita através do coeficiente *kappa*, que mede níveis de concordância entre as respostas fornecidas pelos adolescentes nas duas ocasiões, corrigindo a concordância esperada ao acaso<sup>(11)</sup>. Participaram dessa etapa 30 adolescentes em proporções não muito semelhantes de pacientes do sexo masculino (43,3%) e feminino (56,7%). A idade média dos entrevistados foi 15,8 anos. Esses indivíduos não foram incluídos na análise final. A confiabilidade encontrada foi quase perfeita ( $\kappa = 0,84$ ; intervalo de confiança [IC] 95% 0,48-1).

## > ANÁLISE DOS DADOS

Para a entrada dos dados do questionário aplicado utilizou-se o programa EPI-INFO versão 6.0, e para a análise dos dados, o programa STATA versão 6.0.

Após a descrição geral dos dados através das frequências simples e relativas, foi calculada a prevalência de TMC por sexo segundo as variáveis socio-demográficas idade, renda familiar e escolaridade.

Posteriormente, foram calculados os *odds ratios* (OR) brutos e ajustados e os respectivos IC 95% das variáveis explicativas. A presença de TMC foi definida como variável dependente e foi considerada dado binário, isto é, 0 ou 1 para ausência ou presença de TMC.

Em seguida foi realizada análise multivariada com o objetivo de avaliar o papel das variáveis sociodemográficas como passíveis de confusão na associação das variáveis explicativas relacionadas à doença crônica e à presença de TMC. A variável idade foi dividida em três categorias (12 a 14, 15 a 17 e 18 a 20 anos) para facilitar a análise, reunindo um número maior de indivíduos em cada estrato. Quanto à escolaridade, foram reunidos no

mesmo estrato aqueles que estavam cursando o ensino médio e haviam concluído o ensino fundamental (1ª a 8ª série) e aqueles que, por estarem cursando o ensino universitário, já haviam concluído o ensino médio (1ª a 3ª série). A renda familiar foi concentrada em dois estratos: menor que três salários mínimos e maior ou igual a três salários mínimos, o que permitiu uma distribuição mais homogênea dos indivíduos. A doença crônica principal foi analisada levando-se em consideração a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10); as patologias nas quais havia poucos indivíduos no estrato foram classificadas como *outras*. O tempo de evolução da doença crônica principal foi categorizado da seguinte forma: menor que três meses, maior ou igual a três meses e menor que seis meses, maior ou igual a seis meses e menor que um ano e maior ou igual a um ano. As outras variáveis, como presença de doença crônica associada e presença de doença não-crônica associada, foram analisadas como variáveis binárias (sim ou não).

## RESULTADOS <

A população de estudo constituiu-se de 207 adolescentes, sendo 113 (54,59%) do sexo masculino e 94 (45,41%) do feminino. As idades variaram de 12 a 20 anos, inclusive. Quarenta e quatro indivíduos (21,26%) estavam na faixa dos 12 aos 14 anos, 98 (47,34%) encontravam-se entre os 15 e os 17 anos e 65 adolescentes (31,40%) tinham entre 18 e 20 anos de idade. A maioria dos indivíduos tinha o ensino fundamental incompleto (108 adolescentes, ou 52,17%); somente um (0,48%) nunca havia frequentado a escola; 77 adolescentes (37,2%) tinham o ensino fundamental completo com o ensino médio incompleto e 21 (10,14%) tinham o ensino médio completo e estavam cursando o ensino universitário; nenhum paciente havia completado o ensino universitário. Havia 96 indivíduos (46,37%) que apresentavam renda familiar menor ou igual a três salários mínimos e 11 (5,32%) que relataram possuí-la maior que três salários mínimos.

Dezenove pacientes (9,17%) estavam doentes há mais de três meses e menos de seis meses, 17 adolescentes (82,21%) relataram ter a doença crônica principal há mais de seis meses e menos de um ano e a grande maioria, 171 pacientes (82,61%), estava doente há mais de um ano.

Com relação ao tipo da doença crônica, as oriundas do aparelho circulatório, segundo a CID-10, representaram 16,91% da amostra (35 pacientes); aquelas provenientes do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, num total de 102 pacientes, representaram 49,27%; 46 pacientes (22,22%) apresentaram patologias do aparelho geniturinário; as doenças que reuniram poucos indivíduos no estrato, como congênitas, da pele e tecido subcutâneo e metabólicas, foram agrupadas em *outras* e representaram 11,6% da amostra (24 pacientes).

Sessenta e quatro adolescentes (30,92%) tinham alguma patologia crônica associada à doença principal; com relação à presença de outra doença não-crônica associada, somente oito indivíduos (3,86%) relataram possuí-la, e 199 pacientes (96,14%) não tinham quaisquer outras patologias não-crônicas associadas à doença principal.

A prevalência geral de TMC na população de estudo foi de 44,9%. Quando avaliamos a prevalência de TMC segundo as características da amostra, observamos que a prevalência de TMC foi maior entre os pacientes do sexo masculino (51,32%) do que entre aqueles do feminino (37,23%), sendo essa diferença estatisticamente significativa (IC 0,06-0,27,  $p = 0,042$ ). Com relação às outras variáveis sociodemográficas (idade, renda familiar e escolaridade), as diferenças entre as prevalências não mostraram significância estatística.

Nos resultados da análise univariada, estratificando por sexo, foram observados os valores dos OR e respectivos IC 95%. Para o tempo de evolução da doença crônica de base maior ou igual a seis meses tivemos OR de 3,86% (IC 95% 0,9-16,57) entre os adolescentes do sexo masculino e de 7,41% (IC 95% 0,88-62,36) para as do feminino. Com relação ao tipo da doença crônica de base, tivemos OR de 2,55 (IC 95% 0,96-6,77) para as doenças oriundas do aparelho circula-

tório e de 1,91 (IC 95% 0,65-5,58) para aquelas provenientes do aparelho geniturinário, nas pacientes do sexo feminino. A presença de doença crônica associada àquela de base revelou OR de 1,53 (IC 95% 0,62-3,8) nas meninas. A presença de doença não-crônica associada revelou, nos adolescentes do sexo masculino, OR de 5,09 (IC 95% 0,57-45,07). Não foi possível realizar a análise para o sexo feminino, pois todas as meninas com doença não-crônica associada à doença crônica principal tinham TMC. Os valores descritos não mostraram significância estatística em nível de 5%. A associação entre o fato de a doença crônica de base ser oriunda do aparelho circulatório e a presença de TMC em meninas mostrou-se apenas marginalmente significativa (IC 95% 0,96-6,77).

Para modelo final foram selecionadas as variáveis que apresentaram valores de OR superiores a 1, ou seja, presença de patologia não-crônica associada, presença de patologia crônica associada, tempo de evolução da doença, doenças de aparelho circulatório e patologias do aparelho geniturinário. Das variáveis sociodemográficas somente o sexo mostrou-se estar associado significativamente à presença de TMC; as outras variáveis não foram, portanto, incluídas no modelo final.

Quando fazemos o ajuste por todas as variáveis explicativas e a estratificação por sexo, notamos que as doenças oriundas do aparelho geniturinário nos pacientes do sexo masculino apresentaram mudança nos OR (0,42; IC 95% 0,16-1,22 para 1,46; IC 95% 0,46-4,6), ainda que não tenha mostrado significância estatística. As outras variáveis do modelo não evidenciaram grandes mudanças.

Nas pacientes do sexo feminino, as doenças do aparelho geniturinário que apresentaram OR = 1,91 (IC 95% 0,65-5,58) na análise univariada tiveram OR ajustado de 0,69 (IC 95% 0,22-2,13). Observamos, anteriormente, que ocorreu o inverso com os meninos. O tempo de evolução da doença entre seis meses e um ano também apresentou mudanças nos valores dos OR de 3,86 (IC 95% 0,9-16,57) para 1,82 (IC 95% 0,25-13,24). As outras variáveis do modelo não mostraram grandes alterações após o ajuste. Observamos

que também nesse estrato os valores obtidos não eram estatisticamente significantes.

## DISCUSSÃO

Conforme o esperado, a prevalência geral de TMC encontrada neste estudo (44,9%) foi superior àquelas referidas por outros pesquisadores em amostras de adolescentes (entre 12,6% e 35%)<sup>(23, 25)</sup> e na população geral (entre 7% e 26%)<sup>(9)</sup>. Segundo Coupey<sup>(7)</sup>, o profissional de saúde que lida com adolescentes portadores de doenças crônicas deve estar atento à saúde mental de seus pacientes. Neste estudo podemos verificar que tal atitude é realmente desejável dada a alta prevalência encontrada.

Na literatura somente foram encontrados dois estudos que avaliaram a prevalência de TMC entre adolescentes<sup>(23, 25)</sup>. Assim mesmo, no estudo realizado por Peltzer<sup>(25)</sup>, a amostra era constituída por adolescentes escolares da África do Sul que não sofriam de quaisquer tipos de doença. Newacheck<sup>(23)</sup> observou que os adolescentes cronicamente doentes têm risco 35% maior de desenvolver transtornos na área do comportamento que englobam ansiedade e depressão, mas também outros fatores, como hiperatividade, comportamento anti-social, conflitos familiares e inadequação escolar. Os estudos encontrados tratam muito mais de problemas comportamentais e sociais do que de morbidade psiquiátrica menor propriamente dita.

Peltzer<sup>(25)</sup> também cita a situação financeira com fator associado à presença de TMC em adolescentes. Em nosso estudo, quando observamos as características sociodemográficas da população de estudo, constatamos que os adolescentes com renda familiar menor que três salários mínimos apresentaram uma prevalência de TMC superior àquelas com renda familiar maior que esse valor. Os pacientes com menor grau de escolaridade foram aqueles que mostraram maior prevalência de TMC. Os valores de prevalência, quando observamos a escolaridade, foram inversamente proporcionais ao número de anos de estudo do adolescente. Tais achados concordam com os obtidos por Gortmaker

*et al.* (1990) quando citam que a renda familiar está associada ao risco de desenvolvimento de problemas comportamentais entre adolescentes.

Alguns estudos sugerem diferenças na propensão a desenvolver transtornos mentais entre os gêneros. Suris *et al.*<sup>(28)</sup> concluíram que as adolescentes do sexo feminino, quando cronicamente doentes, apresentavam-se mais propensas a desenvolver transtornos mentais que os adolescentes do sexo masculino. Por outro lado, Pless *et al.*<sup>(26)</sup> e Gortmaker *et al.*<sup>(15)</sup> apresentaram resultados opostos quando demonstraram que os indivíduos do sexo masculino apresentavam risco mais elevado de desenvolver desordens emocionais. Em nosso estudo observamos, igualmente, serem os TMCs mais prevalentes em adolescentes cronicamente doentes do sexo masculino; essa diferença apresentou significância estatística. Não foram encontrados, na literatura, estudos que avaliassem a associação de TMC com as diferentes faixas etárias da adolescência; em nossa população, observamos que as prevalências de TMC não mostraram variações consideráveis entre as diferentes faixas etárias, embora os resultados encontrados não se tenham revelado estatisticamente significantes.

Orr *et al.*<sup>(24)</sup> observaram, em um estudo de controle de casos, adolescentes que tinham alguma doença de curso crônico superior a três meses, comparando-os com controles sem doenças, e concluíram que os primeiros apresentavam-se mais vulneráveis a algum tipo de disfunção psicossocial sem, entretanto, considerar que a presença de uma doença crônica fosse capaz de produzir distúrbios psiquiátricos importantes. Também em nosso estudo, todos os adolescentes entrevistados estavam doentes há mais de três meses, mas quando realizamos a análise univariada, observamos que a associação com o desfecho TMC para aqueles que estavam doentes há mais de seis meses e há menos de um ano, tanto do sexo masculino (OR = 7,41; IC 95% 0,88-62,36) quanto do feminino (OR = 3,86; IC 95% 0,9-16,57), não revelou significância estatística, embora tenha mostrado valores de OR superiores a 1. Tais resultados se mantiveram quando da análise multivariada ajustada por todas as outras variáveis do

modelo e estratificada por sexo. Naqueles pacientes que estavam doentes há mais de um ano não foi observada associação com TMC, o que poderia ser explicado por uma possível adaptação ao fato de estar doente, talvez uma maior confiança em seu médico assistente ou ambas as situações. Entretanto não encontramos na literatura estudos que corroborem esses achados.

Alguns estudos relacionam a maior propensão a desenvolver transtornos psicológicos com a presença de limitações físicas impostas pela doença<sup>(3, 29)</sup>. O número de pacientes que apresentavam limitações físicas em nosso estudo foi muito pequeno e não foi incluído na análise, já que os pacientes que são atendidos no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) vêm, muitas vezes, de lugares distantes, e aqueles que têm esse tipo de limitação acabam por tentar tratamento em locais mais próximos de seus domicílios. Por outro lado, quando avaliamos o tipo de doença crônica principal, notamos que as oriundas do aparelho circulatório (aí incluídas as cardiopatias graves) mostraram, nas meninas, associação marginalmente significativa com TMC quando realizamos a análise univariada (OR = 2,55; IC 95% 0,96-6,77). Poderíamos pensar nas cardiopatias graves como forma de limitação física, já que nesses casos os pacientes não conseguem, na maioria das vezes, realizar suas atividades físicas diárias sem que tenham algum tipo de sintoma como dispnéia, palpitações ou dor precordial; muitas meninas incluídas nesse grupo já haviam sido operadas para a colocação de próteses valvares e, por conseguinte, exibiam cicatrizes extensas no tórax, o que poderia ser fator gerador de ansiedade e/ou depressão, já que sua imagem corporal foi seriamente afetada.

Newacheck *et al.*<sup>(23)</sup> observaram que o impacto da presença de múltiplas patologias na geração de transtornos psicológicos é muito maior se comparado às situações em que ocorre somente uma doença crônica. Quando observamos os OR brutos e ajustados da associação entre a presença de mais de uma doença crônica e o desfecho, encontramos valores superiores a 1; nas meninas, porém não houve significância estatística nesta associação.

A principal limitação deste estudo é a impossibilidade de inferir os resultados para a população geral de adolescentes com doença crônica, já que a população estudada não pode ser considerada representativa do universo de adolescentes cronicamente doentes do estado do Rio de Janeiro e do Brasil. Entretanto podemos inferir os resultados para a população de adolescentes brasileiros usuários de serviços públicos de saúde localizados em hospitais universitários.

Algumas considerações acerca da metodologia são pertinentes: o fato de o ambulatório do NESA dispor de uma equipe fixa de profissionais que atende os adolescentes com doença crônica minimiza a possibilidade de ocorrer viés de classificação. As informações acerca do tempo de evolução da doença crônica principal foram obtidas através de consulta realizada pela própria pesquisadora nos prontuários médicos dos pacientes, o que teve por objetivo evitar o viés de informação que poderia ocorrer caso os próprios pacientes fornecessem tal informação. As diferenças metodológicas entre os estudos envolvendo adolescentes com doença crônica tornou a comparação de resultados mais difícil.

No que diz respeito ao tipo da doença crônica principal, a estratificação, que foi feita com base na codificação da CID-10, permitiu uma melhor visualização da amostra, porém causou perda no poder de identificação de associações significativas quando diminuiu consideravelmente o número de indivíduos nos diferentes estratos.

A limitação imposta pelo tamanho das amostras não permitiu que se estimassem associações entre as variáveis explicativas e o desfecho com a precisão desejada, o que aponta para a necessidade de realização de estudos posteriores com amostras maiores. Entretanto é possível perceber que os fatores estudados tiveram influência para prever a presença do desfecho TMC. É realmente importante a realização de outros estudos sobre o tema, já que a prevalência de morbidade psiquiátrica menor encontrada neste estudo superou em muito os dados encontrados na literatura mundial. Estudos longitudinais que pudessem avaliar os fatores descritos como de risco seriam de grande importância.

## REFERÊNCIAS

1. Bebbington PE, Hurry J, Tennant C, Sturt E, Wing JK. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med.* 1981; 11: 561-79.
2. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR. Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública.* 1995; 29(5): 355-63.
3. Cadman D, Boyle M et al. Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics.* 1987; 79(5): 805-13.
4. Capelli M, McGraph PJ, Heick CE et al. Chronic disease and its impact: the adolescents perspective. *J Adolesc Health Care.* 1989; 10: 283-8.
5. Cheng TA. A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychol Med.* 1988; 18: 953-68.
6. CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão, 1998. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Organização Mundial da Saúde (OMS). Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP).
7. Coupey SM. Chronic illness. In: Friedman S, Fisher M, Schomberg S (eds.). *Comprehensive Adolescent Health Care.* St. Louis: Quality Medical Publishing. 1992; 119-28.
8. Coutinho DM. Prevalência de doenças mentais em uma comunidade marginal: um estudo do Maciel. 1976. Dissertação de mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA.
9. Coutinho ESF. Fatores sociodemográficos e morbidade psiquiátrica menor. Homogeneidade e heterogeneidade de efeitos. 1995. Tese de doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA.
10. Finlay-Jones RA, Burvill PW. The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychol Med.* 1977; 7: 475-89.
11. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions.* New York: John Wiley & Sons. 1981.
12. Goldberg DP, Blackwell B. The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph n. 21.* London: Oxford University Press. 1972.
13. Goldberg DP, Williams P. *The user's guide to General Health Questionnaire.* Windsor: Nfer-Nelson. 1988.
14. Gortmaker SL, Sappenfield W. Chronic childhood disorders: prevalence and impact. *Pediatr Clin North Am.* 1984; 31: 3-18.
15. Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M, Sobol AM. Chronic conditions, socioeconomic risks and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics.* 1990; 85: 267-76.
16. Kendall R. *The role of diagnosis in psychiatry.* Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1975.
17. Kessler RC. Epidemiology of psychiatric comorbidity. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP (eds.). *Textbook in psychiatric epidemiology.* New York: Wiley & Sons. 1995; 179-98.
18. Lewis G. Observer bias in the assessment of anxiety and depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1991; 26: 265-72.
19. Magen J. Psychiatric aspects of chronic disease in adolescence. *J Am Osteopath Assoc.* 1990; 90(6): 521-5.
20. Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo. *Issues on the mental health of the urban poor.* *Soc Psychiatry.* 1987; 22: 129-38.
21. Nardi AE, Saboya E, Pinto S. Distímia. Aspectos clínicos e terapêuticos. *J Bras Psiquiatr.* 1993; 7(42): 357-72.
22. Neinstein LS. *Adolescent health care: a practical guide.* Baltimore: Urban and Schwarsenberg. 1984.
23. Newacheck PW, McManus MA, Fox HB. Prevalence and impact of chronic illness among adolescents. *Am J Dis Chil.* 1991; 145: 1367-73.
24. Orr DP, Weller SC, Satterwhite B et al. Psychosocial implications of chronic illnesses in adolescence. *J Pediatr.* 1984; 104: 152-7.
25. Peltzer K, Cherian VI, Cherian L. Minor psychiatric morbidity in South African secondary school pupils. *Psychol Rep.* 1999; 85(2): 397-402.
26. Pless IB, Roghmann KJ. Chronic illness and its consequences: observations based on three epidemiologic surveys. *J Pediatr.* 1971; 79: 351-9.
27. Stein R, Jessop DJ. A noncategorical approach to chronic illness. *Public Health Rep.* 1982; 97(4): 354-62.
28. Suris JC, Parera N, Puig C. Chronic illness and emotional distress in adolescence. *J Adolesc Health.* 1996; 19: 153-6.
29. Wolman C, Resnick MD et al. Emotional well-being among adolescents with and without chronic conditions. *J Adolesc Health.* 1994; 15: 199-204.
30. World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity.* Geneva: WHO. 1997.