

Internações psiquiátricas de crianças e adolescentes: um estudo epidemiológico de centro único

*Psychiatric hospitalizations of children and adolescents:
a single-center epidemiological study*

*Hospitalizaciones psiquiátricas de niños y adolescentes:
un estudio epidemiológico de un solo centro*

1 Amanda Inês da Silva Moraes  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Ciro Mendes Vargas - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Leonardo Caixeta - [ORCID](#) - [Lattes](#)

4 Luiza Ninon de Souza Melo - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1** [Residente, Psiquiatria, Universidade Evangélica de Goiás, UniEVANGÉLICA, Anápolis, GO, Brasil]; **2** [Professor, Departamento de Clínica Médica/Neurologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, UFGO, Goiânia, GO, Brasil]; **3** [Psiquiatra, Professor Titular de Neuropsiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, UFG; Diretor do CERNE, Centro de Referência em Neuropsiquiatria, Hospital das Clínicas, UFG, Goiânia, GO, Brasil]; **4** [Preceptora, Residência, Psiquiatria, Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiânia, GO, Brasil].

Editor Chefe responsável pelo artigo: Alexandre Valença

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Moraes AIS, Vargas CM, Melo LNS, [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14]; Caixeta L [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14].

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: não se aplica.

Parecer CEP: não se aplica

Inteligência artificial generativa: Autores declaram uso da IA [ChatGPT](#) (OpenAI) para revisão e formatação do texto. Depois de usar esta ferramenta, os autores revisaram e editaram o conteúdo conforme necessário e assumiram total responsabilidade pelo conteúdo da publicação.

Recebido em: 20/07/2026

Aprovado em: 17/08/2026

Publicado em: 26/08/2026

Como citar: Moraes AIS, Vargas CM, Caixeta L, Melo LNS. Internações psiquiátricas de crianças e adolescentes: um estudo epidemiológico de centro único. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-24, e1623.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1623>

RESUMO:

Introdução: As internações psiquiátricas infantis são um importante indicador da gravidade dos transtornos mentais, geralmente ocorrendo quando há falha no manejo ambulatorial ou risco ao paciente ou outros. Apesar de sua importância para a saúde pública, poucos estudos descrevem o perfil dessas internações. **Objetivo:** Descrever o perfil diagnóstico e epidemiológico de crianças e adolescentes internados em um hospital psiquiátrico especializado. **Método:** Estudo retrospectivo que analisou prontuários de 218 pacientes com menos de 18 anos, internados entre janeiro de 2020 e setembro de 2025. Foram avaliadas variáveis demográficas, diagnósticos baseados no [DSM-5-TR](#), comorbidades, antecedentes familiares e características das internações. A análise estatística utilizou o teste do qui-quadrado. **Resultados:** A média de idade foi de 14,1 anos, com predominância entre 10 e 18 anos (96,8%) e do sexo feminino (59,7%). O transtorno bipolar foi o diagnóstico mais prevalente (30,7%). Diagnósticos de transtornos relacionados a substâncias, déficit de atenção e hiperatividade, transtornos disruptivos do comportamento e transtornos do espectro autista foram mais frequentes em meninos, enquanto transtornos depressivos e de personalidade predominaram em meninas, apresentando significância estatística. A taxa de reinternação foi de 20,6%, e a maioria das internações ocorreu pelo sistema público de saúde (80,7%). **Conclusão:** O perfil das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes reflete maior gravidade clínica, com predominância de transtornos afetivos e diferenças significativas segundo sexo e idade. Os achados destacam a necessidade de fortalecer a rede ambulatorial e garantir a continuidade do cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental, hospitais psiquiátricos, criança, adolescente, internação de pessoas com transtornos psiquiátricos.

ABSTRACT:

Introduction: Psychiatric hospitalization of children and adolescents is an important indicator of the severity of mental disorders and generally occurs when outpatient management is unsuccessful or when there is a risk of harm to the patient or others. Despite its relevance to public health, few studies have characterized the profile of psychiatric hospitalizations in this population. **Objective:** To describe the diagnostic and epidemiological profile of children and adolescents admitted to a specialized psychiatric hospital. **Methods:** This retrospective study analyzed the medical records of 218 patients younger than 18 years who were hospitalized between January 2020 and September 2025. Demographic characteristics, [DSM-5-TR](#) diagnoses, comorbidities, family psychiatric history, and hospitalization characteristics were assessed. Statistical analysis was performed using the chi-square test. **Results:** The mean age was 14.1 years, with a predominance of patients aged 10 to 18 years (96.8%) and females (59.7%). Bipolar disorder was the most prevalent diagnosis (30.7%). Substance-related and addictive disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder, disruptive behavior disorders, and autism spectrum disorder were more frequent among boys, whereas depressive and personality disorders were more prevalent among girls, with statistically significant differences. The readmission rate was 20.6%, and most hospitalizations occurred through the public healthcare system (80.7%). **Conclusion:** The profile of psychiatric hospitalizations among children and adolescents reflects greater clinical severity, with a predominance of affective disorders and significant differences according to sex and age. These findings underscore the need to strengthen outpatient mental health services and ensure continuity of care.

Keywords: mental health, hospitals, psychiatric, child, adolescent, commitment of persons with psychiatric disorders.

RESUMEN:

Introducción: La hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes constituye un importante indicador de la gravedad de los trastornos mentales y generalmente ocurre cuando el manejo ambulatorio no es efectivo o existe riesgo de daño para el paciente o para terceros. A pesar de su relevancia para la salud pública, pocos estudios han caracterizado el perfil de las hospitalizaciones psiquiátricas en esta población. **Objetivo:** Describir el perfil diagnóstico y epidemiológico de niños y adolescentes

ingresados en un hospital psiquiátrico especializado. **Métodos:** Estudio retrospectivo que analizó las historias clínicas de 218 pacientes menores de 18 años hospitalizados entre enero de 2020 y septiembre de 2025. Se evaluaron las características demográficas, los diagnósticos basados en el [DSM-5-TR](#), las comorbilidades, los antecedentes psiquiátricos familiares y las características de las hospitalizaciones. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** La edad media fue de 14,1 años, con predominio de pacientes de entre 10 y 18 años (96,8%) y del sexo femenino (59,7%). El trastorno bipolar fue el diagnóstico más prevalente (30,7%). Los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos disruptivos del comportamiento y el trastorno del espectro autista fueron más frecuentes en los varones, mientras que los trastornos depresivos y de la personalidad predominaron en las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas. La tasa de reinternación fue del 20,6%, y la mayoría de las hospitalizaciones se realizaron a través del sistema público de salud (80,7%). **Conclusión:** El perfil de las hospitalizaciones psiquiátricas de niños y adolescentes refleja una mayor gravedad clínica, con predominio de los trastornos afectivos y diferencias significativas según el sexo y la edad. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer los servicios ambulatorios de salud mental y garantizar la continuidad de la atención.

Palabras clave: salud mental, hospitales psiquiátricos, niño, adolescente, internamiento obligatorio del enfermo mental.

INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo, as internações psiquiátricas infantis são um tema muitas vezes negligenciado na literatura científica. Em 2001, no Brasil, a lei nº 10.216/2001, conhecida como "Lei da Reforma Psiquiátrica", priorizou o tratamento ambulatorial, colocando a internação como última medida [1]. Anteriormente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 estabelecia que as internações deveriam ocorrer apenas em casos de risco à própria vida ou de terceiros, de grave comprometimento psíquico ou quando não há alternativa extra-hospitalar eficaz [2]. Com isso, surgiram serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com diferentes tipos para atender variadas populações: CAPS-I, em cidades de pequeno porte; CAPS-II, em cidades de médio porte; CAPSi, para população infanto-juvenil; CAPSad, para usuários de álcool e outras drogas; e CAPS-III, com cobertura 24 horas.

Desde a lei de 2001, houve uma expansão significativa dos serviços de atenção territorial, reduzindo leitos psiquiátricos, mas ainda faltam dados oficiais sobre a quantidade de leitos que atendem a população infantil no Brasil. Apesar disso, já existem 3.019 CAPS, sendo 324 CAPSi [3]. A OMS também recomenda a transição de um modelo hospitalar para um comunitário de atendimento em saúde mental, o que levou a uma redução drástica de leitos ao longo do tempo. Atualmente, a OMS estima que haja apenas 2 leitos hospitalares para internações psiquiátricas infantis a cada 100.000 habitantes [4].

Um estudo epidemiológico no Brasil identificou 94.921 internações infantis por transtornos mentais entre 2018 e 2022, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste [5]. A taxa nacional de internação psiquiátrica de crianças menores de 13 anos foi estimada em 4,3 por 100 mil habitantes, com diferenças regionais marcantes, sendo a maior taxa observada na Região Sul e a menor na Região Nordeste [6]. Além disso, a prevalência global de transtornos mentais em crianças e adolescentes está aumentando significativamente, com o valor de 13,4% atualmente, com o suicídio agora sendo a terceira causa de morte entre adolescentes [7 - 8].

Apesar disso, há poucos estudos que avaliam o perfil das internações psiquiátricas infantis ou discutem as causas de internações e reinternações. Na literatura brasileira há somente estudos com pequenas amostras e poucas variáveis avaliadas em prontuários, não sendo possível o entendimento de toda complexidade dessa modalidade de internação [9, 10, 11]. Este estudo busca preencher essas lacunas, investigando o perfil diagnóstico e epidemiológico de crianças e adolescentes internados em um hospital especializado na região central do Brasil, com o objetivo de melhorar o cuidado a esses pacientes.

MÉTODOS

Foram analisados prontuários de um total de 218 pacientes menores de 18 anos internados de janeiro de 2020 a setembro de 2025 em um hospital referência em psiquiatria infantil na região centro-oeste do Brasil. As internações realizadas pelo sistema público de saúde eram encaminhadas por meio do sistema de regulação estadual. Já as internações particulares ou por meio de planos de saúde, chegavam ao hospital por meio de demanda espontânea e eram avaliados critérios de internação pelo médico plantonista. Os dados foram extraídos do cadastro, anamnese de admissão e evoluções médicas presentes nos prontuários. Os diagnósticos, baseados no [DSMV-TR](#), foram analisados e associados com as variáveis demográficas

(faixa etária, sexo e domicílio). Foi considerado como diagnóstico a última hipótese diagnóstica registrada em prontuário. Antecedentes familiares psiquiátricos e comorbidades descritas em prontuário também foram analisados. Para análise estatística utilizou-se o teste qui-quadrado, $p < 0,05$. Este estudo não envolveu seres humanos, sendo dispensada aprovação em comitê de ética.

RESULTADOS

A amostra de crianças e adolescentes hospitalizados entre 2020 e 2025 incluiu pacientes de 1 a 18 anos incompletos, com média de 14,1 anos (com DP de $\pm 1,96$ e mediana 14 anos). O tempo médio de internação foi de 14,4 dias (com DP $\pm 16,0$, mediana 11 dias, mínimo 0 dia e máximo 118 dias). O tempo de internação se concentrou entre 0 e 30 dias (77,2%). Predominou o sexo feminino (59,7%), exceto na faixa de 15 a 18 anos ([Tabela 1](#)).

A maioria era do interior (94,9%), com apenas 4,6% oriundos de metrópoles, segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ([IBGE](#)). Antecedentes familiares estavam presentes em 53,7% dos prontuários, sendo mais comuns entre 10 e 18 anos ([Tabela 1](#)).

Durante o estudo, ocorreram 285 internações, com 20,6% sendo reinternações. As altas médicas representaram 83,5% das internações, as altas a pedido 14,4%, e evasões 2,1%. O SUS ([Sistema Único de Saúde](#)) foi o convênio de internação predominante (80,7%), seguido de planos de saúde (17,0%) e particular (2,3%) ([Tabela 1](#)).

O transtorno bipolar foi o diagnóstico mais frequente (30,7%), seguido por transtornos depressivos (22,9%), transtornos disruptivos do comportamento (15,6%), transtornos relacionados a substâncias (13,8%) e deficiência intelectual (10,5%) ([Tabela 1](#)).

Pacientes com transtorno comórbido descritos em prontuário totalizaram 8,7%. Os diagnósticos comórbidos mais frequentes foram transtornos relacionados à substâncias (3,7%), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (1,8%) e Epilepsia (1,4%), exibidos na [Tabela 1](#).

Houve diferenças significativas por sexo, com mais meninos diagnosticados com transtornos relacionados a substâncias, TDAH, transtornos disruptivos do comportamento e transtorno do espectro autista (TEA). Mais meninas tiveram o diagnóstico de transtornos depressivos e de personalidade ($p < 0,05$) ([Tabela 2](#)).

Os diagnósticos de Transtornos Relacionados à Substância, Transtorno Depressivo, Deficiência Intelectual, Esquizofrenia, Transtornos Psicóticos e Transtornos de Personalidade foram mais prevalentes entre 15 e 18 anos incompletos, com significância estatística. O TDAH e TEA apresentaram maior prevalência na faixa etária de 10 a 14 anos. O transtorno neurocognitivo apresentou maior prevalência na faixa etária de 5 a 9 anos ([Tabela 3](#)).

DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu o perfil epidemiológico e diagnóstico de crianças e adolescentes hospitalizados em um serviço especializado em psiquiatria da infância e adolescência entre 2020 e 2025.

Os diferentes aspectos relacionados à necessidade de internação moldam o perfil dos diagnósticos encontrados na população estudada. Assim, as frequências dos diagnósticos encontrados não refletem a prevalência desses na população geral, mas apresentam a proporção desses transtornos em regime de internação, considerando não apenas a prevalência geral do transtorno psiquiátrico, mas também as dificuldades causadas no cuidado domiciliar e no convívio social do paciente.

Na amostra do estudo 96,8% dos pacientes possuíam entre 10 e 18 anos. A predominância de adolescentes em internações psiquiátricas infantis também foi observada na literatura [[10](#), [12](#), [13](#), [14](#)]. Diversos fatores podem contribuir para a descompensação de quadros psiquiátricos e para a necessidade de cuidados intensivos nesse período, como: maior exposição a comportamentos de risco, uso de substâncias e conflitos interpessoais [[15](#)]. Além disso, um dado significativamente estatístico no estudo foi a maior prevalência de Transtornos Relacionados à Substância, Transtorno Depressivo, Deficiência Intelectual, Esquizofrenia, Transtornos Psicóticos e Transtornos de Personalidade entre 15 e 18 anos. O pode representar a maior dificuldade de manejo ambulatorial desses transtornos na adolescência.

Outro resultado que merece destaque é a prevalência do sexo feminino na amostra (59,7%). Em outros estudos a prevalência de um determinado sexo variou bastante. Porém, os estudos com amostras de crianças mais velhas e maior número de meninos internados apresentou predominância de esquizofrenia, transtorno depressivo e transtorno bipolar [[12](#)]. Já em pacientes ambulatoriais, foram mais observados Transtornos Disruptivos do Comportamento e TDAH [[16](#) - [17](#)]. Em estudos ambulatoriais com maior

prevalência de pacientes mais jovens e do sexo masculino, foram mais prevalentes Transtornos Disruptivos do Comportamento, TDAH e Transtornos de Ansiedade [18, 19, 20, 21]. A maioria dos estudos com crianças de faixas etárias maiores e com maioria feminina predominou em transtornos afetivos [13, 22, 23]. Esse padrão é compatível com diferenças epidemiológicas descritas na população infantojuvenil, embora a distribuição observada em uma população hospitalar não possa ser diretamente extrapolada para a prevalência populacional. A maior frequência de transtornos internalizantes entre meninas e de manifestações externalizantes entre meninos pode refletir tanto diferenças biológicas e psicossociais quanto diferenças na expressão dos sintomas e nos padrões de busca por assistência [24].

Uma possível justificativa para a maior prevalência feminina em nossa amostra é a maior prevalência dos diagnósticos de Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno Depressivo, que juntos somam 52% dos diagnósticos. Como já foi discutido anteriormente, é fortemente observado na literatura uma maior prevalência de transtornos internalizantes no sexo feminino. São necessários mais estudos para a melhor compreensão dos fatores que causam a dificuldade de manejo desses transtornos em ambiente ambulatorial, associado a maior necessidade de internação no sexo feminino. Entretanto, um estudo apresentou o aumento geral de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) relacionados a transtornos mentais em todo o mundo de 1990 a 2021, com as mulheres apresentando aumentos mais acentuados do que os homens em ambas as faixas etárias [25].

O diagnóstico mais prevalente foi o Transtorno Afetivo Bipolar. Uma prevalência semelhante à encontrada neste estudo (30,7%) não havia sido descrita, mas está de acordo com o aumento atual desse diagnóstico em internações [12]. O predomínio desse transtorno afetivo ocorreu em uma amostra majoritariamente feminina, contrastando com o que os estudos anteriores apresentaram em seus desfechos secundários [12, 25]. Já foi descrito na literatura que jovens do sexo feminino com transtorno afetivo bipolar tendem a apresentar mais episódios depressivos, enquanto os do sexo masculino tendem a apresentar mais episódios de mania, o que pode dificultar o diagnóstico no sexo feminino [26]. Na maioria dos prontuários analisados não havia a especificação da fase do transtorno afetivo bipolar em que o paciente se encontrava durante a internação e isso é uma limitação em nosso estudo. Porém, uma possível hipótese para a maioria feminina em nossa amostra é a maior prevalência de transtorno afetivo

bipolar em fase depressiva.

O Transtorno Depressivo foi o segundo diagnóstico mais frequente da amostra (22,9%). Em um estudo norueguês em ambiente de internação psiquiátrica, foi observada uma prevalência de 28% de transtornos afetivos e, em um estudo chinês, 14,5% de Transtornos Depressivos [12, 22]. Diferentemente do padrão encontrado, estudos com populações de pacientes ambulatoriais obtiveram maior prevalência de TDAH, Transtornos de Conduta e Transtornos de Ansiedade em seu atendimento.

O diagnóstico de transtornos de personalidade na adolescência é algo controverso na literatura. Há o argumento de que, nesse período da vida, a personalidade ainda está em desenvolvimento, não sendo possível esse diagnóstico, além de ser algo potencialmente estigmatizante. Por outro lado, há estudos que apontam traços de personalidade borderline e antissocial desde a adolescência, com importante morbidade e mortalidade. Diante disso, é argumentado que, nesses casos, o tratamento precoce gera um melhor prognóstico. Mesmo diante desses fatos, o diagnóstico de transtorno de personalidade estava descrito nos prontuários analisados, e optou-se por apresentar esses dados neste estudo, mesmo que questionáveis, a fim de promover o debate sobre essa questão e estimular mais estudos sobre o tema [27].

O predomínio de TDAH e TEA na faixa entre 10 e 14 anos pode indicar o início de sintomas disfuncionais mais precocemente nesses quadros, motivando sua internação em idades menores. O mesmo ocorre em relação a pacientes com Transtorno Neurocognitivo com predomínio dos 5 aos 9 anos.

Todos os diagnósticos descritos acima também apresentam predominância masculina. O gênero masculino dificulta o controle físico do paciente e muitas vezes é fator relacionado a sintomas agressivos mais intensos e agitação psicomotora mais grave.

O TEA e TDAH são transtornos do neurodesenvolvimento, logo, o manejo deve ocorrer prioritariamente em serviços extra-hospitalares, porém em situações de crise pode ocorrer hospitalização [28 - 29]. Estudos internacionais demonstram aumento progressivo das internações relacionadas ao TEA nas últimas duas décadas, especialmente em decorrência da maior prevalência diagnóstica, da elevada frequência de comorbidades psiquiátricas e das dificuldades de acesso a serviços

especializados. Pacientes com TEA apresentam maior risco de hospitalização quando associados a transtornos de humor, ansiedade, deficiência intelectual ou comportamento disruptivo, enquanto, no TDAH, as admissões hospitalares geralmente estão relacionadas à presença de comorbidades como transtorno opositor desafiante, transtorno de conduta, abuso de substâncias e risco de suicídio. No Brasil, apesar da expansão dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) após a Reforma Psiquiátrica, as internações ainda ocorrem como recurso terapêutico em situações de elevada complexidade clínica, refletindo tanto a gravidade dos casos quanto limitações da rede de atenção psicossocial [6, 9, 10].

Transtornos relacionados à substâncias foram encontrados como quarto diagnóstico mais prevalente (13,8%), e foi raro na maioria dos estudos [12, 16, 30, 31, 32], exceto em um estudo realizado no Líbano com frequência de 18%, semelhante à nossa amostra [33]. Presentes em grande número como diagnóstico principal e comorbidade, se apresentam como grave problema de saúde pública. Significativamente mais frequentes no sexo masculino e na faixa etária de 15 a 18 anos, assim como sugerem outros estudos [18, 33, 34], esses transtornos foram as comorbidades mais frequentes e foram integrantes das principais combinações de diagnósticos. Estiveram associados principalmente a T.Bipolar (3,7%), o que coloca em evidência as complicações sociais e de saúde pública desse transtorno. Porém, vale ressaltar que não foram encontradas informações sobre comorbidades em 91,3% dos prontuários, o que destoa da literatura e pode significar uma falha nos registros de prontuário [13, 31, 35] e uma limitação em nosso estudo.

O tempo de internação (14,4 dias) foi coerente com outros estudos [13, 18, 23, 34, 36], com a média de dias de internação destoante apenas por parte do estudo de Setoya *et al*, cujo hospital mantinha o paciente por, comparativamente, longos períodos, com média de 335,4 dias [37].

A presença de antecedentes familiares psiquiátricos em pacientes infantis internados é pouco investigada na literatura [38 - 39]. Relatos positivos de transtornos em familiares foram significativamente mais frequentes em pacientes na faixa etária de 10 a 18 anos. Esse dado pode estar relacionado com a alta prevalência de transtornos afetivos e T. Relacionados à Substâncias nessa faixa etária, com componentes genéticos já bem consolidados na literatura.

A reinternação psiquiátrica em crianças e adolescentes configura-se como um importante indicador de gravidade clínica e de fragilidade na continuidade do cuidado em saúde mental. No período do estudo 20,6% das internações foram reinternações. A literatura demonstra que as taxas de readmissão variam amplamente, podendo alcançar até 50% no primeiro ano após a alta hospitalar, dependendo do contexto assistencial e da população estudada [40 - 41]. Essa variabilidade reflete não apenas diferenças metodológicas entre os estudos, mas também disparidades estruturais nos sistemas de saúde.

No cenário brasileiro, observa-se que a implementação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial ([CAPS](#)), tem contribuído para a redução de internações psiquiátricas em geral. No entanto, os resultados ainda são heterogêneos, especialmente no que se refere à população infantojuvenil, evidenciando lacunas na organização da rede de atenção psicossocial [42]. A insuficiente integração entre os serviços hospitalares e comunitários, aliada à escassez de recursos especializados, pode comprometer a efetividade do cuidado longitudinal.

A alta a pedido e a evasão durante internações psiquiátricas representam eventos críticos na assistência em saúde mental infantojuvenil, estando associadas a desfechos clínicos desfavoráveis e maior risco de reinternação. Em nossa amostra tiveram 14,4% de altas a pedido e 2,1% de evasões no período. Embora a maior parte da literatura concentre-se na população adulta, evidências disponíveis indicam que esses fenômenos também possuem impacto significativo em crianças e adolescentes. Estudos demonstram que pacientes que recebem alta contra recomendação médica apresentam maior risco de reinternação precoce, além de maior utilização de serviços de emergência [43 - 44]. Esse padrão sugere que a interrupção prematura do tratamento compromete a estabilização clínica, especialmente em quadros graves, como transtornos do humor, psicóticos e comportamentos suicidas. Ademais, a alta a pedido está frequentemente associada a fatores como insatisfação com o cuidado, conflitos familiares e dificuldades socioeconômicas, que podem influenciar diretamente a adesão ao tratamento.

Por fim, é fundamental destacar que a alta contra a indicação médica não deve ser interpretada apenas como falhas individuais, mas como eventos multifatoriais, que refletem interações entre fatores clínicos, familiares e institucionais. Estratégias para sua prevenção devem incluir melhora na comunicação com familiares, fortalecimento do vínculo terapêutico,

planejamento de alta estruturado e garantia de continuidade do cuidado na rede comunitária.

Nesse estudo temos uma amostra de pacientes que predominantemente dependem do sistema público de saúde (80,6%). Essa predominância não é explicada pela disponibilidade de leitos, pois no serviço há leitos reservados para internações pela saúde suplementar que ficam frequentemente ociosos. Logo, é observado no serviço uma demanda por internação muito mais exuberante em pacientes que dependem do sistema público de saúde.

No sistema público brasileiro, a integração com serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial ([CAPS](#)), constitui um ponto forte no cuidado de pessoas com transtornos mentais. Porém, sua efetividade depende da disponibilidade e qualidade desses serviços na região habitada pelo paciente [45]. Nossa amostra possui pacientes predominantemente do interior, onde geralmente a disponibilidade de serviços especializados é limitada. Em contraste, os sistemas de saúde suplementar geralmente apresentam maior disponibilidade de recursos e acesso mais rápido a serviços especializados. Estudos indicam que pacientes atendidos nesses contextos tendem a ter maior acesso a intervenções multidisciplinares, incluindo psicoterapia e acompanhamento pós-alta, o que pode contribuir para melhores desfechos clínicos [46]. Mais estudos são necessários para o melhor entendimento da dificuldade de manejo dos pacientes em ambiente ambulatorial.

Nesse sentido, políticas públicas devem buscar reduzir essas disparidades, garantindo acesso universal a cuidados de qualidade e promovendo intervenções precoces e contínuas.

Este estudo apresenta algumas limitações. Por se tratar de uma análise retrospectiva de prontuários, a qualidade e a completude das informações dependeram dos registros realizados durante o atendimento. Além disso, a realização do estudo em um único serviço especializado pode limitar a generalização dos achados para outras regiões e serviços de saúde mental. Também não foi possível avaliar prospectivamente fatores associados à hospitalização, reinternação, resposta terapêutica ou desfechos após a alta. Por outro lado, a análise de um período de aproximadamente seis anos e de 218 pacientes contribui para a caracterização de uma população de difícil acesso em estudos comunitários e permite identificar padrões epidemiológicos relevantes para o planejamento assistencial.

CONCLUSÃO

Os perfis diagnóstico e epidemiológico encontrados neste estudo destacam lacunas em psiquiatria infantil e a importância de fortalecer a rede ambulatorial e a continuidade do cuidado em saúde mental. A prevalência de transtornos por sexo e idade sublinha a necessidade de intervenções direcionadas e políticas públicas que garantam acesso universal a cuidados de qualidade, promovendo intervenções precoces e contínuas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. 2001.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
2. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. 1990.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. 3º Relatório quadrimestral de prestação de contas 2024 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2026 ago 16]. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/rqpc/relatorio-quadrimestral-de-prestacao-de-contas-3o-rqpc-2024>
4. World Health Organization. Mental health atlas 2024 [Internet]. Geneva: WHO; 2025. [citado 2026 ago 16]. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240114487>
5. Sabino S, Maretti A, Machado C, Braga, P, Rocha A. Internações por transtornos mentais e comportamentais em crianças e adolescentes no Brasil: uma análise epidemiológica. BMS. 2026;10(14):1-12. <https://doi.org/10.53843/bms.v10i14.973>
6. Souza MLP, Lima RC. Child psychiatric hospitalizations in the Brazilian public health system: an exploratory study. Trends Psychiatry Psychother. 2020;42(3):272-75.

<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0064> PMid:33084804
PMCID:PMC7879076

- 7. Gaylor EM, Krause KH, Welder LE, Cooper AC, Ashley C, Mack KA, Crosby AE, Trinh E, Ivey-Stephenson AZ, Whittle L. Suicidal Thoughts and Behaviors Among High School Students - Youth Risk Behavior Survey, United States, 2021. MMWR Suppl. 2023;72(1):45-54. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.su7201a6> PMID: 37104546 PMCID: PMC10156155
- 8. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2015;56(3):345-65. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381> PMid:25649325 PMCID:PMC6968878
- 9. Braga CP, d'Oliveira AFPL. Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle. Cad Saúde Pública. 2022;38(5):e00170821. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt170821> PMid:35649098
- 10. Braga CP, d'Oliveira AFPL. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Interface. 2015;19(52):33-44. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0227>
- 11. Scisleski ACC, Maraschin C, Silva RN da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):342-52. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200013> PMid:18278281
- 12. Zheng H, Jiang X, Yang R, Wang S, Zhong H. Changes in major psychiatric disorders in children and adolescents from 2001 to 2020: a retrospective single-center study. Front Psychiatry. 2023;13:1079456. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1079456> PMid:36699486 PMCID:PMC9868601
- 13. Pacheco B, Lizana P, Celhay IS, Pereira J. Características clínicas de niños hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria. Rev Med Chil. 2007;135(6):751-58. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872007000600009>

14. Walker S, Barnett P, Srinivasan R, Abrol E, Johnson S. Clinical and social factors associated with involuntary psychiatric hospitalisation in children and adolescents: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021;5(7):501-12. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00089-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00089-4) PMid:33930330 PMCID:PMC8205858
15. World Health Organization. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>
16. Recart C, Castro P, Alvarez H, Bedregal P. Características de niños y adolescentes atendidos en un consultorio psiquiátrico. *Rev Med Chil*. 2002;130(3):295-303. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872002000300008> PMid:12043372
17. Lesinskiene S, Girdzijauskienė S, Gintiliene G, Butkiene D, Puras D, Goodman R, Heiervang E. Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in Lithuania. *BMC Public Health*. 2018;18(1):548. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5436-3> PMID: 29699524 PMCID: PMC5921298
18. Rice BJ, Woolston J, Stewart E, Kerker BD, Horwitz SM. Differences in younger, middle, and older children admitted to psychiatric services. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2002;32(4):241-61. <https://doi.org/10.1023/A:1015244626238> PMid:12022769
19. Shen YM, Chan BSM, Liu JB, Zhou YY, Cui XL, He YQ, Fang Y-m, Xiang Y-T, Luo X-R. Prevalence of psychiatric disorders among students in China. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):243. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1823-7> PMid:30055590 PMCID:PMC6064142
20. La Maison C, Munhoz TN, Santos IS, Anselmi L, Barros FC, Matijasevich A. Prevalence of psychiatric disorders in early adolescence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(7):685-97. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1516-z> PMid:29654332 PMCID:PMC6003978

- 21. Heradstveit O, Skogen JC, Bøe T, Hetland J, Pedersen MU, Hysing M. Prospective associations between childhood externalising and internalising problems and adolescent alcohol and drug use: The Bergen Child Study: The Bergen Child Study. Nordisk Alkohol Nark. 2018;35(5):357-71. <https://doi.org/10.1177/1455072518789852> PMID: 32934538 PMCID: PMC7434147
- 22. Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Hatling T, Jensen G, Olstad PM, Stangeland T, Tinderholt T. Admissions to adolescent psychiatric units a prospective study of clinical severity and outcome. Int J Ment Health Syst. 2011;5(1):1. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-1> PMid:21211046 PMCID:PMC3224249
- 23. Koltek M, Wilkes T, Atkinson M. Prevalence of PTSD in adolescent inpatient unit. Can J Psychiatry. 1998;43(1):64-8. <https://doi.org/10.1177/070674379804300107> PMid:9494749
- 24. World Health Organization. Mental health of adolescents [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 2026 Ago 16]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- 25. GBD 2023 Mental Disorder Collaborators. Updated trends in the global prevalence and burden of mental disorders, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet. 2026;407(10543):2040-64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(26\)00519-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00519-2) PMid:42167272
- 26. Duax JM, Youngstrom EA, Calabrese JR, Findling RL. Sex differences in pediatric bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2007;68(10):1565-73. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n1016> PMid:17960974
- 27. Adshead G, Brodrick P, Preston J, Deshpande M. Personality disorder in adolescence. Adv Psychiatr Treat. 2012;18(2):109-18. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.110.008623>
- 28. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum

disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(2):237-57.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.10.013> PMid:24472258

29. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in under 19s: support and management: NICE guideline CG170 [Internet]. London: NICE; 2013 [citado 2026 Ago 16]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170>
30. Vogel W, Holford L. Child psychiatry in Johannesburg. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1999;8(3):181-8.
<https://doi.org/10.1007/s007870050127> PMid:10550699
31. Staller JA. Diagnostic profiles in outpatient child psychiatry. Am J Orthopsychiatry. 2006;76(1):98-102.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.98> PMid:16569132
32. Nazari H, Safavi P, Hooshyari Z, Parsamehr H, Abbasi Motlagh F, Tajipoor A, Goodarzi Z, Moghadam SSMS, Jodaki SK, Kia HS, Veyskarami M, Beyranvand S. Mental disorders and comorbidities in children. Iran J Child Neurol. 2022;16(1):39-50.
<https://doi.org/10.22037/ijcn.v16i1.24465>
33. Maalouf FT, Alrojolah L, Akoury-Dirani L, Barakat M, Brent D, Elbejjani M, Shamseddeen W, Ghandour LA. Psychopathology in children and adolescents in Lebanon Study (PALS): a national household survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2022;57(4):761-74. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02208-4>
PMid:35064281
34. Mason MA, Gibbs JT. Patterns of adolescent psychiatric hospitalization. Am J Orthopsychiatry. 1992;62(3):447-57.
<https://doi.org/10.1037/h0079361> PMid:1497110
35. Kylmänen P, Hakko H, Räsänen P, Riala K. Is family size related to adolescence mental hospitalization?. Psychiatry Res. 2010;177(1-2):188-91. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.01.015>
PMid:20382431
36. Chabra A, Chávez GF, Harris ES, Shah R. Hospitalization for mental illness in adolescents. J Adolesc Health. 1999;24(5):349-56.
[https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00116-5](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00116-5) PMid:10331841

- 37. Setoya Y, Saito K, Kasahara M, Watanabe K, Kodaira M, Usami M. Evaluating outcomes in psychiatric units. *Int J Ment Health Syst.* 2011;5:1-8. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-7> PMID:21453481 PMCID:PMC3079682
- 38. Gatta M, Raffagnato A, Iannattone S, Mistrorigo C, Fasolato R, Traverso A, Zanato S, Miscioscia M. Hospitalisation in child neuropsychiatry: a case study along a five-year epidemiological-clinical trend. *Clin Neuropsychiatry.* 2022;19(2):72-83. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220201>
- 39. Friedrich ASE, Siegel M, Busch J, Radosavljevic M, Bodenmann G, Zemp M. The role of the family in youth psychiatric readmission: a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2026:1-17. <https://doi.org/10.1007/s00787-026-03062-y> PMID:42249901
- 40. Edgcomb JB, Sorter M, Lorberg B, Zima BT. Psychiatric Readmission of Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv.* 2020;71(3):269-79. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900234> PMID: 31822241
- 41. Mendes P, Fonseca M, Aguiar I, Pangaio N, Araújo M, Confraria L, Queirós O, Saraiva J, Monteiro P, Guerra J, Araújo M. Readmission to an Adolescent Psychiatry Inpatient Unit: Readmission Rates and Risk Factors. *Acta Med Port.* 2017;30(11):769-74. <https://doi.org/10.20344/amp.8842> PMID: 29279068
- 42. Fontanella CA, Warner LA, Steelesmith DL, Brock G, Bridge JA, Campo JV. Association of Timely Outpatient Mental Health Services for Youths After Psychiatric Hospitalization With Risk of Death by Suicide. *JAMA Netw Open.* 2020;3(8):e2012887. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12887> PMID: 32780122 PMCID: PMC7420244
- 43. Brook M, Hilty DM, Liu W, Hu R, Frye MA. Discharge against medical advice from inpatient psychiatric treatment: a literature review. *Psychiatr Serv.* 2006;57(8):1-7. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.8.1192>
- 44. Tan SY, Feng JY, Joyce C, Fisher J, Mostaghimi A. Association of Hospital Discharge Against Medical Advice With Readmission and In-Hospital Mortality. *JAMA Netw Open.* 2020;3(6):e206009.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.6009> PMID: 32525546 PMCID: PMC7290410

- 45. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos [Internet]. Brasília: MS; 2014 [citado 2026 Ago 16]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-772764>
- 46. Bardach NS, Coker TR, Zima BT, Murphy JM, Knapp P, Richardson LP, Edwall G, Mangione-Smith R. Common and costly hospitalizations for pediatric mental health disorders. *Pediatrics*. 2014;133(4):602-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3165> PMID: 24639270 PMCID: PMC3966505

Tabela 1. Características da amostra e frequências de diagnósticos principais e comorbidades

Variáveis	Frequência (%)
Idade (anos, M=14,16; DP=1,95)	
1-4	0(0)
5-9	7(3,2)
10-14	108(49,5)
15-18	103(47,2)
Sexo	
Masculino	88(40,4)
Feminino	130(59,7)
Domicílio	
Interior	207(94,9)
Metrópole	10(4,6)
Rural	1(0,4)
Sem informação	0(0)
Antecedentes Familiares Psiquiátricos	
Sim	117(53,7)
Não	29(13,3)
Sem informação	72(33,0)
Reinternações (N= 67)	
Sim	45(20,6)
Não	173(79,3)
Modalidade de alta por internação	
Médica	238 (83,5)
A pedido	41(14,4)
Evasão	6 (2,1)
Tempo internação (dias, M=14,43; DP=16,08)	
0-7	109 (38,2)
8-15	53(18,6)
16-30	58(20,3)
31-60	28(9,8)
61-90	6(2,1)
91-180	1(0,3)
Sem informação	30(10,5)
Convênio	
SUS	176 (80,7)
Plano de saúde	37(17,0)
Particular	5(2,3)

	Diagnóstico principal		Comorbidade	
	f	%	f	%
T. Bipolar	67	30,7	1	0,4
T. Neurocognitivo	6	2,7	-	-
T. Disruptivos do Comportamento	34	15,6	2	0,9
T. de Déficit de Atenção e Hiperatividade	7	3,2	4	1,8
T. Relacionado à Substância	30	13,8	8	3,7
T. Depressivo	50	22,9	-	-
Esquizofrenia	5	2,3	-	-
T. Psicóticos	12	5,5	-	-
T. do Espectro Autista	14	6,4	-	-
Deficiência Intelectual	23	10,5	1	0,4
T. Personalidade	11	5,0	-	-
T. Ansiedade	10	4,6	1	0,4
T. Dissociativos	-	-	-	-
T. Controle dos Impulsos	2	0,9	-	-
T. Alimentar	1	0,4	-	-
T. Obsessivo-compulsivo	1	0,4	-	-
T. Relacionado a trauma e estressores	10	4,6	-	-
T. Sono	-	-	-	-
T. Sexual	-	-	-	-
Epilepsia	-	-	3	1,4
Sem informação	10	4,6	199	91,3

Fonte: Os autores.

Nota: Teste usado: Qui-quadrado.

Legenda: **M** = Média; **DP** = desvio-padrão; **f** = frequência absoluta; **%** = valor percentual.

↑ **Tabela 2.** Frequência de diagnósticos por sexo

Variável	Masculino n (%)	Feminino n (%)	p-valor
T. Bipolar	24 (27,3)	43 (33,1)	0,446
T. Neurocognitivo	3 (3,4)	3 (2,3)	0,948
T. Relacionado à Substância	23 (26,1)	7 (5,4)	<0,001*
T. Disruptivos do Comportamento	25 (28,4)	10 (7,7)	<0,001*
T. de Déficit de Atenção e Hiperatividade	6 (6,8)	1 (0,8)	0,036*
T. Depressivo	5 (5,7)	46 (35,4)	<0,001*
Deficiência Intelectual	11 (12,5)	12 (9,2)	0,585
Esquizofrenia	2 (2,3)	3 (2,3)	1,000
T. Psicóticos	6 (6,8)	6 (4,6)	0,691
T. Personalidade	0 (0,0)	12 (9,2)	0,009*
T. do Espectro Autista	12 (13,6)	2 (1,5)	0,001*
T. Ansiedade	5 (5,7)	5 (3,8)	0,760
T. Alimentar	0 (0,0)	1 (0,8)	1,000
T. Controle dos Impulsos	1 (1,1)	1 (0,8)	1,000
Epilepsia	1 (1,1)	2 (1,5)	1,000
T. Obsessivo-compulsivo	1 (1,1)	0 (0,0)	0,844
T. Relacionado a trauma e estressores	3 (3,4)	7 (5,4)	0,723

Fonte: Os autores.

Nota: Teste usado: Qui-quadrado.

Legenda: f = frequência absoluta; % = valor percentual; * significativo.

Tabela 3. Características da amostra e frequência de diagnósticos por faixa etária

Variáveis	Idade (Frequência(%))				p
	1-4 (n=0)	5-9 (n=7)	10-14 (n=108)	15-18 (n=103)	
Sexo					0,045*
Masculino	0 (0,0%)	8 (38,1%)	21 (36,2%)	56 (54,4%)	
Feminino	0 (0,0%)	13 (61,9%)	37 (63,8%)	47 (45,6%)	
Antecedentes familiares psiquiátricos					0,145
Sim	0 (0,0%)	10 (47,6%)	33 (56,9%)	58 (56,3%)	
Não	0 (0,0%)	11 (52,4%)	25 (43,1%)	45 (43,7%)	
Diagnósticos					
T. Bipolar	0 (0,0%)	4 (19,0%)	11 (19,0%)	31 (30,1%)	0,969
T. Neurocognitivo	0 (0,0%)	5 (23,8%)	1 (1,7%)	0 (0,0%)	0,020*
T. Relacionado à Substância	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (5,2%)	21 (20,4%)	0,024*
T. Disruptivos do Comportamento	0 (0,0%)	6 (28,6%)	13 (22,4%)	17 (16,5%)	0,448
Déficit Atencional e Hiperatividade	0 (0,0%)	9 (42,9%)	31 (53,4%)	27 (26,2%)	0,004*
T. Depressivo	0 (0,0%)	2 (9,5%)	16 (27,6%)	63 (61,2%)	<0,001*
Deficiência Intelectual	0 (0,0%)	3 (14,3%)	11 (19,0%)	44 (42,7%)	0,021*
Esquizofrenia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (3,4%)	23 (22,3%)	<0,001*
T. Psicóticos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (5,2%)	45 (43,7%)	<0,001*

T. Personalidade	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (12,1%)	24 (23,3%)	0,033*
T. do Espectro Autista	0 (0,0%)	4 (19,0%)	9 (15,5%)	2 (1,9%)	0,001*
T. Ansiedade	0 (0,0%)	5 (23,8%)	14 (24,1%)	31 (30,1%)	0,765
T. Alimentar	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (3,4%)	6 (5,8%)	0,537
T. Controle dos Impulsos	0 (0,0%)	2 (9,5%)	6 (10,3%)	5 (4,9%)	0,441
Epilepsia	0 (0,0%)	2 (9,5%)	6 (10,3%)	7 (6,8%)	0,713
T. Obsessivo-compulsivo	0 (0,0%)	1 (4,8%)	4 (6,9%)	6 (5,8%)	0,921
T. Relacionado a trauma e estressores	0 (0,0%)	3 (14,3%)	8 (13,8%)	18 (17,5%)	0,874

Fonte: Os autores.

Nota: Teste usado: Qui-quadrado.

Legenda: **f** = frequência absoluta; **%** = valor percentual; ***** significativo.