












## “O que te traz aqui?": Perfil de queixas subjetivas iniciais em um ambulatório de psiquiatria infantojuvenil

### “What brings you here?": Profile of initial subjective complaints in a child and adolescent psychiatric outpatient clinic

*“¿Qué te trae por aquí?": Perfil de las quejas subjetivas iniciales en un ambulatorio de psiquiatría infantojuvenil*

Valkíria dos Anjos Fonseca Sampaio da Silva<sup>1</sup>, Bernardo Coutinho Aguiar<sup>2</sup>, Liz Helena Pessôa<sup>2</sup>, Louise do Nascimento Marques<sup>1</sup>, Conceição Santos Fernandes<sup>1</sup>, Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva<sup>1,2</sup>, Francisco Baptista Assumpção-Júnior<sup>2,3</sup>, Claudia Berlim de Mello<sup>4</sup>, Marcus Vinicius Costa Alves<sup>5</sup>, Bernardino Fernández Calvo<sup>6</sup>, Helenice Charchat Fichman<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil.

<sup>2</sup> Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia Clínica – São Paulo – São Paulo – Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina – São Paulo – São Paulo – Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – Santa Cruz – Rio Grande do Norte – Brasil.

<sup>6</sup> Universidad de Córdoba, Departamento de Psicología – Córdoba – Andaluzia – Espanha.

## RESUMO

Nos últimos anos, a busca por serviços de saúde mental para o público infantojuvenil aumentou, assim como os diagnósticos de transtornos do neurodesenvolvimento, ansiedade e depressão. Considerando-se a importância das queixas subjetivas iniciais (QSI) relatadas pelos responsáveis para diagnóstico e tratamento, buscou-se explorar o perfil dessas queixas em pacientes de um ambulatório de psiquiatria infantojuvenil no Rio de Janeiro. O objetivo foi caracterizar as principais QSI que levaram ao atendimento psiquiátrico, identificar se há um perfil mais frequente e avaliar a relação entre a frequência das queixas e os diagnósticos dos pacientes. Foram analisados dados de prontuários e avaliações neuropsicológicas de 122 crianças e adolescentes, de 6 a 15 anos. Dificuldades de aprendizagem foram as QSI mais frequentes (42,6%), seguidas por questões comportamentais como hiperatividade/impulsividade (41%) e comportamentos desafiadores/opositivos (39,3%). Comportamentos restritos/repetitivos e inflexibilidade diferenciaram sujeitos com transtorno do espectro autista daqueles com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou Transtorno do desenvolvimento intelectual. Tais resultados podem ser indicativos de que os pais percebem mais facilmente sintomas externalizantes, fortalecendo a necessidade de intervenções comportamentais e psicoeducação sobre sintomas internalizantes.

**Palavras-chave:** Transtornos do neurodesenvolvimento. Saúde mental. Neuropsicologia.

## ABSTRACT

In recent years, the demand for mental health services for children and teens has increased, as have the diagnosis of neurodevelopmental disorders, anxiety, and depression. Considering the importance of the initial subjective complaints (ISC) reported by guardians for diagnosis and treatment, we sought to explore the profile of these complaints in patients at a child and adolescent psychiatric outpatient clinic in Rio de Janeiro. The objective was to characterize the main ISC that led to psychiatric care, identify whether there is a most frequent profile, and evaluate the relationship between the frequency of complaints and patient diagnoses. Data from medical records and neuropsychological assessments of 122 children and adolescents, aged 6 to 15 years, were analyzed. Learning difficulties were the most frequent ISC (42.6%), followed by behavioral issues such as hyperactivity/impulsivity (41%) and defiant/oppositional behaviors (39.3%). Restricted/repetitive

### Correspondência:

Valkíria dos Anjos Fonseca Sampaio da Silva.  
E-mail: [silva.valks@gmail.com](mailto:silva.valks@gmail.com)



behaviors and inflexibility differentiated subjects with Autism Spectrum Disorder from those with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder or Intellectual Development Disorder. These results may indicate that parents more easily perceive externalizing symptoms, strengthening the need for behavioral interventions, as well as psychoeducation about internalizing symptoms.

**Keywords:** Neurodevelopmental Disorders. Mental Health. Neuropsychology.

## RESUMEN

En los últimos años, ha aumentado la demanda de servicios de salud mental para niños y adolescentes, así como los diagnósticos de trastornos del neurodesarrollo, ansiedad y depresión. Considerando la importancia de las quejas subjetivas iniciales (QSI) reportadas por los responsables, se exploró el perfil de estas quejas en pacientes de un ambulatorio de psiquiatria infantil y adolescente en Río de Janeiro. El objetivo fue caracterizar las principales QSI que motivaron la atención psiquiátrica, identificar si existe un perfil más frecuente y evaluar la relación entre la frecuencia de las quejas y los diagnósticos. Se analizaron datos de historias clínicas y evaluaciones neuropsicológicas de 122 niños y adolescentes, de 6 a 15 años. Las dificultades de aprendizaje fueron el QSI más frecuente (42,6%), seguidas por problemas de comportamiento como hiperactividad/impulsividad (41%) y comportamientos desafiantes/de oposición (39,3%). Las conductas restringidas/repetitivas y la inflexibilidad diferenciaron a los sujetos con Trastorno del Espectro Autista de aquellos con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad o Trastorno del Desarrollo Intelectual. Estos resultados sugieren que los padres perciben más fácilmente los síntomas externalizantes, lo que resalta la necesidad de intervenciones conductuales y psicoeducación sobre los síntomas internalizantes.

**Palabras clave:** Trastornos del Neurodesarrollo. Salud Mental. Neuropsicología.

## Destaques de impacto clínico

- Dificuldades de aprendizagem, hiperatividade/impulsividade e comportamentos desafiadores foram as queixas mais frequentes que levaram famílias a buscar atendimento psiquiátrico.
- A frequência das queixas variou conforme os transtornos: comportamentos restritos/repetitivos e inflexibilidade estiveram mais associados ao transtorno do espectro autista; dificuldades de aprendizagem à deficiência intelectual; e sintomas ansiosos aos transtornos de aprendizagem e de ansiedade.
- Sintomas externalizantes foram mais facilmente percebidos pelos cuidadores, o que pode atrasar a identificação de sintomas internalizantes, como ansiedade e tristeza.
- Os achados reforçam a importância da psicoeducação de familiares e da implementação de intervenções comportamentais, fundamentais para o diagnóstico precoce, planejamento terapêutico e melhor prognóstico.

Os últimos anos foram marcados por um crescimento da busca por serviços de saúde mental, assim como um aumento dos diagnósticos de transtornos do neurodesenvolvimento (TND), de ansiedade e de depressão (Cainelli & Bisiacchi, 2022; Xiang et al., 2024). Um estudo com dados de quase 15 mil crianças e adolescentes estadunidenses apresentou prevalências de TND que variaram de 1,5% a 8,5%, sendo que estes números podem ser afetados também por condições socioeconômicas adversas, como baixa renda familiar (Yang et al., 2022). Em uma metanálise recente (Francés et al., 2022), os autores reportaram prevalência de 0,63% para o transtorno do desenvolvimento intelectual (TDI), 5% a 11% para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), 0,70% a 3% para transtorno do espectro autista (TEA), e entre 3% e 10% para transtornos específicos da aprendizagem (TEAp).

Apesar do aumento dessas prevalências, a literatura vem destacando uma escassez de profissionais disponíveis para atender a população infantojuvenil, prejudicando o acesso à avaliação e a tratamentos psiquiátricos e psicológicos (Guerrero et al., 2022; Mahmood et al., 2024). Identificar de forma precoce os sintomas relacionados aos transtornos de ansiedade, do humor e

TND é fundamental para o planejamento e início de intervenções (Hoza & Shoulberg, 2024). O tratamento adequado pode favorecer os desenvolvimentos cognitivo, social e emocional das crianças e dos adolescentes, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e para a redução dos elevados custos financeiros frequentemente enfrentados pelas famílias (Aldharman et al., 2023; Zhou et al., 2021).

Diversos fatores podem influenciar a percepção de pais e cuidadores quanto à necessidade de buscar atendimento psiquiátrico ou psicológico para os filhos (McGinnis et al., 2022; Villatoro et al., 2018). A falta de conhecimento sobre transtornos mentais e o convívio restrito com outras crianças dificultam o reconhecimento de comportamentos atípicos, especialmente em crianças pequenas (Salgado, 2019; Reardon et al., 2020). No caso dos adolescentes, que ainda dependem da mediação dos responsáveis, o acesso aos atendimentos pode ser afetado pela subestimação dos impactos negativos dos sintomas, por estigma e desconforto em abordar questões de saúde mental, ou por experiências negativas anteriores com serviços e profissionais da área (Reardon et al., 2017).

Além das dificuldades em reconhecer os atrasos no desenvolvimento, não é incomum que sintomas internalizantes como ansiedade, tristeza e baixa autoestima passem despercebidos por cuidadores e professores, uma vez que, com frequência, sua percepção depende dos relatos do paciente (Durbeej et al., 2019; McGuire et al., 2021). Em contrapartida, queixas relacionadas a comportamentos externalizantes como agitação, agressividade e comportamentos disruptivos (como desafiar autoridades) são relatadas com mais frequência pelos responsáveis, uma vez que são observáveis e causam maiores transtornos nos ambientes familiar e escolar (McGuire et al., 2021; Reardon et al., 2017).

Estudos epidemiológicos brasileiros sobre os perfis clínicos de pacientes atendidos em ambulatórios de saúde mental, ao fazer uma análise dos prontuários, têm focado em aspectos como a seleção de informações sobre as fontes encaminhadoras, e qual a hipótese diagnóstica prévia e/ou atual (Messias et al., 2022; Nunes et al., 2019). Quando são analisados os motivos da consulta, estes com frequência aparecem descritos já como uma hipótese diagnóstica, como TDAH ou TDI (Araújo et al., 2022; Nunes et al., 2019; Serafim et al., 2019). No entanto, poucos foram os trabalhos que exploraram as queixas subjetivas que levaram os responsáveis a buscarem atendimento (Gandra et al., 2020; Machado et al., 2019; Messias et al., 2022).

As queixas subjetivas relatadas pelos pais ou cuidadores são fundamentais para o processo diagnóstico e para a definição de estratégias de tratamento. Considerando essa relevância e a necessidade crescente de compreender o que motiva os cuidadores a buscarem atendimento psiquiátrico para seus filhos, este trabalho teve como objetivo investigar o perfil das queixas subjetivas iniciais (QSI) de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de psiquiatria infantojuvenil localizado na cidade do Rio de Janeiro. Especificamente, buscou-se: (1) caracterizar as principais queixas relatadas; (2) identificar se há um padrão mais frequente entre elas; e (3) verificar possíveis associações entre as queixas e os diagnósticos clínicos dos pacientes.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: 1) crianças e adolescentes de 6 a 16 anos que fizeram uma avaliação neuropsicológica no ambulatório; 2) durante a avaliação, ter concluído pelo menos a Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI) com quatro subtestes ou a Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV); 3) ter recebido diagnóstico de TDAH, TEA, TDI, TEAp e/ou algum transtorno de ansiedade pelos psiquiatras do ambulatório após exame clínico e resultados da avaliação neuropsicológica. Os critérios de exclusão foram: 1) crianças com suspeita de síndrome genética

ou congênita, doenças metabólicas, ou com alguma questão neurológica em investigação ou já confirmada; e 2) histórico de convulsões não controladas.

Assim, de um total inicial de 155 sujeitos, 33 foram excluídos por não cumprirem os critérios estabelecidos. Destes, quatro foram por síndromes ou doença metabólica; um por convulsões não controladas; oito tinham menos de 6 anos; três fizeram a WASI com apenas dois subtestes; e 17 receberam diagnóstico diferente dos estabelecidos. Ao final, a amostra foi composta por 122 crianças e adolescentes (40 meninas), de 6 a 15 anos ( $M = 10,84$ ,  $DP = 2,63$ ). Em relação aos diagnósticos, oito foram classificados como tendo ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada [TAG] = 4; fobia social = 1; ansiedade de separação = 1; não especificado = 2), 28 com TDAH (TDAH + TAG = 2; TDAH + dislexia = 3), 39 com TDI (TDI + ansiedade = 1), 30 com TEA (TEA + depressão = 1; TEA + ansiedade = 1), quatro com TEAp (dislexia = 2; dislexia + ansiedade = 1; discalculia + ansiedade = 1), nove com TEA e TDI comórbidos, e quatro com TEA e TDAH.

Todos os participantes foram atendidos em um ambulatório de psiquiatria infantojuvenil vinculado a um hospital com foco em assistência social, localizado em uma região central e de fácil acesso na cidade do Rio de Janeiro. As consultas psiquiátricas e as avaliações neuropsicológicas são oferecidas a custos reduzidos, caracterizados como valores sociais, possibilitando o atendimento predominantemente a famílias de menor nível socioeconômico.

### PROCEDIMENTOS

Neste estudo exploratório, foi feita uma análise retrospectiva dos prontuários, todos em papel e escritos à mão, dos pacientes que realizaram a avaliação neuropsicológica entre 2016 e 2024. Para cada um deles, foram listadas todas as queixas subjetivas registradas pelos médicos na primeira consulta realizada no ambulatório. Em seguida, foram propostas 14 categorias de queixas, formuladas a partir de padrões e grupos de sintomas tipicamente observados e associados aos diferentes TND, além de transtornos de ansiedade e de depressão (American Psychiatric Association [APA], 2023). As queixas subjetivas foram classificadas manualmente dentro das categorias que melhor as representavam, como detalhado nos Resultados. A análise dos prontuários, listagem e classificação das queixas foram feitas pela primeira autora do artigo.

Os diagnósticos foram definidos pelos psiquiatras do ambulatório a partir de exame clínico e dos resultados da avaliação neuropsicológica, seguindo critérios diagnósticos do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) (APA, 2014).

### INSTRUMENTOS

Dos instrumentos aplicados durante a avaliação neuropsicológica, foi utilizada como variável cognitiva global o Quociente Intelectual Total (QIT) dos seguintes instrumentos:

### Escala Wechsler Abreviada de Inteligência – WASI

(Wechsler, 2014) – instrumento breve de avaliação da inteligência, aplicável em uma ampla faixa etária, dos 6 aos 89 anos. Fornece informações sobre o QIT a partir de quatro subtestes, que avaliam diferentes aspectos cognitivos.

### Escala de Inteligência Wechsler para Crianças

– **WISC-IV** (Wechsler, 2013) – assim como a WASI, é um instrumento clínico que visa a mensurar a inteligência de forma geral, incluindo funções cognitivas como memória operacional, atenção, velocidade de processamento, e inteligência cristalizada e fluida. São necessários 10 subtestes para calcular o QIT.

## ASPECTOS ÉTICOS

Os responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na primeira sessão de anamnese para a avaliação neuropsicológica, e as crianças e os adolescentes assinaram o Termo de Assentimento. As avaliações foram conduzidas por alunos de graduação em psicologia, de especialização em neuropsicologia ou por psicólogos cursando um programa de pós-graduação (mestrado/doutorado) relacionado à área, treinados na aplicação dos testes. Todos os casos passaram pela supervisão da coordenadora da equipe de neuropsicologia do setor antes de o laudo ser entregue à equipe médica. Os diagnósticos foram decididos pela equipe de psiquiatria após análise dos resultados da avaliação. Os dados utilizados neste estudo fazem parte do projeto Perfil Neuropsicológico, Socioemocional, Comportamental e Neurofisiológico do Transtorno do Espectro Autista, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAEE nº 41590720400005257).

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram realizadas análises descritivas (média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo) para as variáveis demográficas (idade, escolaridade e sexo) e para as variáveis cognitivas globais (QITs). Além disso, foram calculadas as frequências dos diagnósticos e das categorias de queixas subjetivas (presença/ausência). Todas as variáveis foram analisadas tanto para a amostra total quanto para cada grupo diagnóstico.

Para determinar se houve associação entre os diagnósticos e a frequência de cada uma das 14 categorias de queixas, foram feitos testes exatos de Fisher. Para as relações em que a análise foi estatisticamente significativa, o *V* de Cramer avaliou o tamanho de efeito das associações, e a análise dos resíduos padronizados ajustados foi usada como *post-hoc* para avaliar quais eram as relações significativas dentro dos grupos.

As análises dos dados foram feitas utilizando o *software* IBM SPSS versão 23.

## RESULTADOS

As 14 categorias de queixas identificadas a partir da análise dos prontuários estão descritas na Tabela 1, e refletem padrões de sintomas frequentemente observados nos TND, de ansiedade e de depressão.

A Tabela 2 apresenta as médias, desvios padrão, medianas, mínimo/máximo da idade, escolaridade e QITs dos grupos diagnósticos e da amostra total. Em relação à idade, a amostra conta com uma frequência menor de crianças com 6 (n = 4; 3,3%), 8 (n = 8; 6,6%) e 15 anos (n = 9; 7,4%). Quanto à escolaridade, houve apenas um pré-escolar (0,8%), seis crianças estavam no 1º ano do ensino fundamental (4,9%) e sete adolescentes cursavam a 1ª série do ensino médio (5,7%). Nos grupos diagnósticos, não houve grande variação quanto às médias de idade. No entanto, os grupos ansiedade e TEAp obtiveram as maiores médias de escolaridade.

A maior parte do grupo amostral foi composta por meninos (67,2%). Similarmente, todos os grupos diagnósticos, com exceção de ansiedade, foram majoritariamente masculinos. Em relação aos QITs, novamente observa-se grande variação intragrupos. Os grupos TDI e TEA + TDI obtiveram resultados que variaram predominantemente entre classificações extremamente baixas e limítrofes, com os menores escores, médias, e uma menor variação interna nos resultados. Os demais grupos, com exceção de ansiedade, ficaram majoritariamente dentro da classificação média, porém com uma grande heterogeneidade interna, apontada pelos altos desvios padrão.

A Tabela 3 apresenta a frequência das queixas subjetivas na amostra total. As dificuldades de aprendizagem formaram as QSI mais frequentes (42,6%), seguidas por questões comportamentais como hiperatividade/impulsividade (41%) e comportamentos desafiadores, de oposição e baixa resistência à frustração (39,3%). Desatenção (36,1%) e dificuldades de habilidades sociais (35,2%) também tiveram uma frequência significativa. Pouco mais de um quarto dos pacientes apresentou queixas de ansiedade e dificuldades de controle da raiva/agressividade (26,2%). Prejuízos ligados à autonomia e à capacidade de autocuidado no dia a dia (3,3%), assim como alterações de linguagem (5,7%) e atrasos do desenvolvimento (7,4%) foram as que menos motivaram a busca dos cuidadores pelo atendimento psiquiátrico.

A Tabela 4 apresenta a frequência dos sintomas intragrupos. Atrasos da linguagem estiveram entre os motivos de busca por atendimento de quatro das nove crianças com TEA + TDI. O mesmo padrão se repetiu para desatenção, que apareceu como queixa para quase metade das crianças com TDI ou TEAp (dezoito e duas, respectivamente). Hiperatividade/impulsividade também foi um sintoma frequente (41% ou mais) na maioria dos diagnósticos estudados, com exceção de ansiedade. Dos quatro participantes que tinham dificuldades de autonomia como queixa, três receberam o diagnóstico de TDI.

**Tabela 1.** *Categorias e queixas subjetivas*

<b>Categorias</b>	<b>Queixas subjetivas</b>
Atraso da linguagem	Atrasos na aquisição da fala
Atraso no desenvolvimento	Atraso não especificado; atraso cognitivo; atraso motor; dificuldades de motricidade fina (amarrar os sapatos, usar talheres, ter letra adequada); atraso na motricidade grossa (andar); atraso no desfralde
Alterações de linguagem	Não entende regras/comandos; trocas fonológicas (fala); dificuldades para organizar a fala; dificuldades na dicção; discurso pobre; discurso sem coerência
Autonomia	Pais precisam dar a comida na boca; não tem noção do perigo; dificuldades no cuidado pessoal; não consegue tomar banho/pentear cabelo/escovar dentes/etc. sozinho; não sabe lidar com dinheiro
Desatenção	Desatenção ou dificuldades de concentração; esquece o que é dito logo em seguida; esquece quando recebe alguma ordem; perde materiais/objetos com frequência; pula linhas (na escrita/leitura); não presta atenção no que falam; desorganização; parece estar "no mundo da lua"; não termina as tarefas (por desatenção)
Hiperatividade/impulsividade	Fala muito; não para quieto; dificuldade de ficar parado; levanta-se muito ou sai de sala; não consegue ficar sentado; bagunceiro, faz(ia) muita arte; sem freio inibitório; relata precisar estar sempre fazendo alguma coisa; tem muita energia; interrompe as atividades dos outros
Oposição	Desobediência; agressivo quando contrariado/escuta "não"; xinga quando contrariado; teimosia; "não aceita ser contrariado"; dificuldades para seguir regras; quer tudo do seu jeito, autoritário; brigão; comportamentos disruptivos; comportamento sexual inadequado (para provocar); comportamentos de furto; questionador; episódios de fuga de casa; baixa tolerância à frustração; desrespeito a autoridades
Controle da raiva/agressividade	Auto ou heteroagressividade (morder, bater, jogar coisas, quebrar objetos, gritar); rompantes de violência, explosões de raiva, desregulação emocional
Dificuldades de aprendizagem	Baixo rendimento escolar ("notas ruins"); dificuldades no início da alfabetização, ou crianças mais velhas que ainda não foram alfabetizadas; dificuldades de leitura, interpretação, escrita, matemática e outros; troca letras e/ou palavras (escrita e/ou leitura); falta de interesse escolar; defasagem no ano escolar; lentificação ("não consegue raciocinar rápido no estudo")
Dificuldades de habilidades sociais	Dificuldades para participar de brincadeiras; isolamento, pouca socialização/interação; entende as coisas de forma literal, não entende piadas/metáforas; descrito como estranho/esquisito pelos outros; comportamento inocente/pueril/imaturo/ingênuo; "só tem um amigo"; alterações no contato visual; "inadequação social/comportamental"; dificuldades para iniciar e/ou manter as interações/relacionamentos; implicância com colegas; pouco interesse pelas pessoas; não compartilha os mesmos interesses dos colegas; não consegue brincar de forma adequada com os colegas; excluído pelas outras crianças
Comportamentos restritos/repetitivos e inflexibilidade	Interesses incomuns e/ou restritos (p. ex., alfabetos, dinossauros, animais, marcas, números, algum desenho, etc.); movimentos repetitivos/estereotípias (andar na ponta dos pés, <i>flapping</i> ); empilha objetos; balança o corpo; coloca objetos na boca; seletividade alimentar; ecolalia; gira objetos para ficar olhando/ouvindo o barulho; manias (abre e fecha armários, vê o mesmo desenho, sentar-se no mesmo lugar); tiques motores ou verbais (imitar animais, raspar a garganta, fazer barulhos); adesão rígida a rotinas e resistência a mudanças; não gosta/se incomoda com contato físico; <i>skin picking</i> ; sensibilidade corporal aumentada; comportamentos obsessivos-compulsivos, inflexibilidade
Prejuízos no sono	Sono agitado; insônia; sonolência diurna; dificuldades crônicas para dormir; enurese noturna, fala dormindo
Alterações de humor	Tristeza; desânimo; depressão; irritabilidade; mudanças de humor repentinas; ideação ou tentativa de suicídio; autolesão; pensamentos/crenças negativas, baixa autoestima; cuidados pessoais reduzidos (por falta de iniciativa, não por dificuldades de fazer); choro intenso; sentimentos de culpa
Ansiedade	Preocupações; alta autocobrança, perfeccionismo; ataques de pânico; medos excessivos (p. ex., animais; sair na rua); pensamentos ruminantes; pensamentos obsessivos/intrusivos; timidez e dificuldades de interação (p. ex., quando associadas à fobia social, como "vergonha de dar oi"; não comer na frente dos outros); dificuldade para relaxar; apego à mãe; fala acelerada; compulsão alimentar, ou come excessivamente; roer as unhas (quando associado a preocupações e ansiedade); comparação de desempenho com os colegas

**Tabela 2.** Variáveis demográficas e cognitivas da amostra, por grupo diagnóstico

<b>Variáveis demográficas</b>				
<b>Idade (n)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Ansiedade (8)	12,75 (2,18)	13	9	15
TDAH (28)	10,32 (2,74)	10,5	6	14
TDI (39)	11,13 (2,56)	11	7	15
TEA (30)	10,23 (2,6)	10	7	15
TEA + TDAH (4)	10,25 (2,87)	11,5	6	12
TEA + TDI (9)	10,89 (2,36)	11	7	14
TEAp (4)	12,75 (2,5)	14	9	14
Amostra total (122)	10,84 (2,63)	11	6	15
<b>Escolaridade (n)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Ansiedade (8)	7,75 (2,25)	8,5	4	10
TDAH (27)	5,04 (2,59)	5	1	10
TDI (37)	5,22 (2,47)	5	1	10
TEA (29)	5,1 (2,55)	5	2	9
TEA + TDAH (4)	4,25 (2,87)	5,5	0	6
TEA + TDI (9)	5,44 (2,831)	5	2	10
TEAp (4)	7,5 (3)	9	3	9
Amostra total (118)	5,38 (2,62)	5	0	10
<b>Sexo (n)</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
Ansiedade (8)	5	3	—	—
TDAH (28)	11	17	—	—
TDI (39)	14	25	—	—
TEA (30)	8	22	—	—
TEA + TDAH (4)	0	4	—	—
TEA + TDI (9)	2	7	—	—
TEAp (4)	0	4	—	—
Amostra total (122)	40	82	—	—
<b>Variáveis cognitivas globais</b>				
<b>QIT – WASI (n)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Ansiedade (8)	92,5 (7,23)	93,5	77	101
TDAH (26)	92,85 (14,06)	94	71	116
TDI (35)	62,5 (9,35)	63	46	83
TEA (23)	95,23 (14,95)	92,5	70	126
TEA + TDAH (4)	95,5 (16,34)	94,5	78	115
TEA + TDI (8)	64,67 (9,17)	65	45	79
TEAp (4)	98,75 (12,81)	101,5	81	111
Amostra total (115)	81,43 (19,55)	79	45	126

QIT – WISC-IV (n)	Média (DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
TDAH (2)	97,5 (0,7)	97,5	97	98
TDI (1)	—	69	—	69
TEA (4)	107 (23,6)	105	86	131
Amostra total (7)	98,71 (21,67)	97	69	131

Nota. Ansiedade = transtornos de ansiedade; TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TDI = transtorno do desenvolvimento intelectual; TEA = transtorno do espectro autista; TEAp = transtorno específico da aprendizagem.

**Tabela 3.** Frequência dos sintomas na amostra total

Item	Ausente	Presente
Atraso da linguagem	102 (83,6%)	20 (16,4%)
Atraso no desenvolvimento	113 (92,6%)	9 (7,4%)
Alterações de linguagem	115 (94,3%)	7 (5,7%)
Autonomia	118 (96,7%)	4 (3,3%)
Desatenção	78 (63,9%)	44 (36,1%)
Hiperatividade/impulsividade	72 (59%)	50 (41%)
Oposição	74 (60,7%)	48 (39,3%)
Controle da raiva/agressividade	90 (73,8%)	32 (26,2%)
Dificuldades de aprendizagem	70 (57,4%)	52 (42,6%)
Dificuldades de habilidades sociais	79 (64,8%)	43 (35,2%)
Comportamentos restritos/repetitivos e inflexibilidade	91 (74,6%)	31 (25,4%)
Prejuízos no sono	105 (86,1%)	17 (13,9%)
Alterações de humor	103 (84,4%)	19 (15,6%)
Ansiedade	90 (73,8%)	32 (26,2%)

Dificuldades de aprendizagem foram queixas recorrentes na maioria dos grupos, principalmente TDI (66,7%), TEAp (75%) e TDAH (46,4%), tendo aparecido menos quando a criança apresentava apenas um transtorno de ansiedade (12,5%).

Os sujeitos com diagnóstico de TEA, isolado ou com alguma comorbidade, foram os que apresentaram as maiores frequências de dificuldades de habilidades sociais e comportamentos restritos/repetitivos e inflexibilidade. Dificuldades de aceitar regras/comandos, lidar com frustrações e comportamentos desafiadores/de oposição estiveram presentes em mais de 39% de todos os grupos, com exceção de ansiedade e TEA. Alterações de humor foram mais comuns nas crianças com ansiedade (37,5%) e TEA (26,7%). Por fim, sintomas ansiosos foram frequentes em mais de um terço dos sujeitos com TEAp (75%), assim como no grupo TDAH (35,7%) e ansiedade (37,5%).

Foram realizados testes exatos de Fisher (7x2) com o objetivo de investigar se havia associação entre os grupos diagnósticos (ansiedade, TDAH, TDI, TEA, TEA + TDAH, TEA + TDI e TEAp) e a classificação (ausente e presente)

de cada um dos 14 grupos de sintomas. Não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa para: atrasos no desenvolvimento ( $p = .296$ ); atraso e alterações da linguagem ( $p = .249$  e  $.913$ , respectivamente); prejuízos de autonomia ( $p = .723$ ); dificuldades atencionais ( $p = .332$ ); agitação e impulsividade ( $p = .089$ ); oposição ( $p = .101$ ); controle da raiva ( $p = .729$ ); e prejuízos no sono ( $p = .581$ ). Por fim, a categoria de alterações de humor apresentou associação estatisticamente significativa, porém o tamanho de efeito, apesar de forte, foi apenas marginalmente significativo (teste exato de Fisher,  $p = .021$ ; V de Cramer =  $.315$ ;  $p = .062$ ).

A Tabela 5 apresenta as associações estatisticamente significativas entre os diagnósticos e as demais QSI, assim como os valores dos resíduos padronizados ajustados (Z), do V de Cramer, e um resumo das interpretações das frequências. Todos os achados apresentaram forte tamanho de efeito. As análises dos resíduos demonstraram que os diagnósticos de TDI e TEA se associaram com a frequência das dificuldades de aprendizagem ( $Z > 1,96$ ). Análises de razão de chance (*odds ratio*) indicaram que as famílias de crianças com TDI

**Tabela 4.** Frequência dos sintomas intragrupos

% (n)	Ansiedade	TDAH	TDI	TEA	TEA + TDAH	TEA + TDI	TEAp
Atraso da linguagem	0%	10,7% (3)	20,5% (8)	16,7% (5)	0%	44,4% (4)	0%
Atrasos no desenvolvimento	0%	0%	10,3% (4)	10% (3)	0%	22,2% (2)	0%
Alterações de linguagem	0%	3,6% (1)	7,7% (3)	6,7% (2)	0%	11,1% (1)	0%
Autonomia	0%	0%	7,7% (3)	3,3% (1)	0%	0%	0%
Desatenção	25% (2)	42,9% (12)	46,2% (18)	26,7% (8)	0%	22,2% (2)	50% (2)
Hiperatividade/impulsividade	12,5% (1)	50% (14)	41% (16)	26,7% (8)	75% (3)	66,7% (6)	50% (2)
Oposição	25% (2)	39,3% (11)	43,6% (17)	23,3% (7)	50% (2)	77,8% (7)	50% (2)
Controle da raiva/agressividade	12,5% (1)	35,7% (10)	28,2% (11)	23,3% (7)	25% (1)	22,2% (2)	0%
Dificuldades de aprendizagem	12,5% (1)	46,4% (13)	66,7% (26)	16,7% (5)	25% (1)	33,3% (3)	75% (3)
Dificuldades de habilidades sociais	25% (2)	3,6% (1)	35,9% (14)	50% (15)	100% (4)	66,7% (6)	25% (1)
Comportamentos restritos/repetitivos e inflexibilidade	37,5% (3)	10,7% (3)	7,7% (3)	50% (15)	50% (2)	44,4% (4)	25% (1)
Prejuízos no sono	25% (2)	21,4% (6)	10,3% (4)	10% (3)	0%	11,1% (1)	25% (1)
Alterações de humor	37,5% (3)	14,3% (4)	2,6% (1)	26,7% (8)	25% (1)	22,2% (2)	0%
Ansiedade	37,5% (3)	35,7% (10)	10,3% (4)	23,3% (7)	25% (1)	11,1% (1)	75% (3)

Nota. Ansiedade = transtornos de ansiedade; TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TDI = transtorno do desenvolvimento in-

**Tabela 5.** Associações entre categorias de queixas subjetivas e diagnósticos dos pacientes

Categoria de queixa	Diagnóstico	Presente (n)	Ausente (n)	Z	p (Fisher)	V de Cramer	Interpretação
Dificuldades de aprendizagem	TDI	26	13	3,7	< .001	0,436	↑ frequência
	TEA	5	25	3,3			↓ frequência
Comportamentos restritos/repetitivos e inflexibilidade	TEA	15	15	3,6	.001	0,433	↑ frequência
	TDI	3	36	3,1			↓ frequência
	TDAH	3	25	2,0			↓ frequência
Dificuldades de habilidades sociais	TEA + TDAH	4	0	2,8	< .001	0,470	↑ frequência
	TEA + TDI	6	3	2,1			↑ frequência
	TDAH	1	27	4,0			↓ frequência
	Ansiedade	6	2	3,2			↑ frequência
Sintomas ansiosos	TEAp	3	1	2,3	.001	0,428	↑ frequência
	TDI	4	35	2,7			↓ frequência

Nota. Apenas resíduos padronizados ajustados com  $|Z| > 1,96$  foram incluídos. Por conta de um dos casos significativos ter 0 contagem, foi necessário fazer uma correção de Haldane-Anscombe para o cálculo de *odds ratio* entre os grupos TDAH e TEA + TDAH. Isso implica adicionar 0,5 em cada número de casos na comparação. TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TDI = transtorno do desenvolvimento intelectual; TEA = transtorno do espectro autista; TEP = transtornos específicos da aprendizagem; Z = resíduos padronizados ajustados; ↑ = frequência significativamente maior que o esperado; ↓ = frequência significativamente menor que o esperado.

tiveram 10 vezes mais chances de procurarem atendimento psiquiátrico por conta dessa queixa, quando comparadas com crianças com TEA. Por sua vez, as crianças com TEA tiveram 12,04 e 8,33 vezes mais chances de apresentarem estereotípias e inflexibilidade do que aquelas com TDI ou TDAH, respectivamente.

Também foi observada associação significativa entre dificuldades de habilidades sociais e os diagnósticos de TDAH, TEA + TDAH e TEA + TDI. As crianças com TEA comórbido apresentaram essa queixa com muito mais frequência, enquanto aquelas apenas com TDAH relataram significativamente menos dificuldades sociais. Quando comparadas às crianças do grupo TDAH, os pacientes com TEA + TDAH ou TEA + TDI tiveram, respectivamente, 166,66 e 13,5 vezes mais chances de terem essa queixa relatada pelos responsáveis no primeiro atendimento.

Por fim, tanto famílias de crianças com transtornos de ansiedade quanto aquelas com TEAp tiveram 26,31 vezes mais chances de procurarem o serviço por conta de sintomas ansiosos, quando comparadas com crianças com TDI. É importante apontar que, da amostra das quatro crianças com TEAp, duas apresentavam um transtorno de ansiedade comórbido.

## DISCUSSÃO

Este trabalho explorou a frequência de diferentes queixas subjetivas relatadas pelos responsáveis de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de psiquiatria infantojuvenil na cidade do Rio de Janeiro, avaliando a relação entre a frequência dessas queixas e os diferentes diagnósticos de TND e de ansiedade observados na amostra.

Alguns estudos brasileiros que também fizeram análise dos prontuários de crianças e adolescentes observaram que agitação, agressividade, nervosismo/irritabilidade, desatenção e dificuldades escolares foram as principais queixas relatadas pelos responsáveis (Gandra et al., 2020; Machado et al., 2019; Messias et al., 2022). Similarmente, foi observado que dificuldades de aprendizagem, hiperatividade/impulsividade e desatenção formaram algumas das queixas iniciais mais frequentes, assim como comportamentos desafiadores, de oposição e baixa resistência à frustração, dificuldades de habilidades sociais e agressividade.

As comparações das frequências indicaram que a busca por atendimento psiquiátrico motivada por queixas de dificuldades de aprendizagem foram mais frequentes para as crianças com TDI. Já comportamentos restritos/repetitivos e inflexibilidade foram mais frequentes nos pacientes com TEA do que naqueles com TDI ou TDAH. De modo semelhante, déficits de habilidades sociais diferenciaram as crianças com TEA + TDI ou TEA + TDAH daquelas com apenas TDAH, enquanto sintomas ansiosos foram mais frequentes nos grupos com transtornos de ansiedade ou TEAp, quando comparadas com TDI.

Entre as crianças com TDI, as dificuldades de aprendizagem foram as queixas mais frequentes (26 de 39 crianças; 66,7%), especialmente quando contrastadas com aquelas com TEA (cinco de 30 crianças; 16,7%). O TDI é caracterizado por atrasos cognitivos gerais e prejuízos adaptativos, que envolvem as habilidades sociais, conceituais e práticas (APA, 2023). O atraso no desenvolvimento de habilidades como planejamento, atenção e raciocínio lógico está associado a prejuízos na aprendizagem e no desempenho acadêmico, contribuindo para as dificuldades e baixo rendimento escolar observados nesses indivíduos (Hallberg & Bandeira, 2021; Keskinova & Ajdinski, 2018). Em contrapartida, apesar de não ser incomum o TEA cursar com dificuldades de aprendizagem e até TEAp (Ibrahim, 2020), alguns estudos vêm indicando que crianças e adolescentes com TEA com um perfil cognitivo mais preservado, especialmente mediado por habilidades linguísticas (Zaidman-Zait et al., 2021), podem ter menor impacto no desempenho acadêmico (Sari et al., 2024).

No TDI, os déficits cognitivos e nos demais aspectos dos comportamentos adaptativos limitam o funcionamento do indivíduo no cotidiano, pois são todas habilidades fundamentais para o desenvolvimento pleno da autonomia (Hallberg & Bandeira, 2021). Apesar dessas características serem a base do TDI e de quase 32% da amostra ser composta por pacientes com esse diagnóstico, atrasos no desenvolvimento e prejuízos na autonomia foram as queixas que menos influenciaram a busca das famílias por atendimento psiquiátrico. Uma característica da amostra que pode estar associada com a não percepção desses prejuízos é o baixo nível socioeconômico das famílias atendidas no ambulatório. Fatores como baixa renda, menor nível educacional e acesso restrito a serviços de saúde mental (Hodgkinson et al., 2017), além de menos oportunidades de convívio e interação com a criança e menor acesso a informações sobre o desenvolvimento típico (Reardon et al., 2020), podem estar envolvidos nesses resultados. Assim, tais prejuízos podem ser percebidos pelos cuidadores como sendo "esperados", ou ficam menos em evidência quando comparados com comportamentos externalizantes, de modo a serem menos relatados (McGuire et al., 2021; Reardon et al., 2017).

Um dos principais núcleos de prejuízos observados no TEA são os padrões restritos e repetitivos de comportamentos, que envolvem estereotípias, marcada inflexibilidade e alterações sensoriais (Hodges et al., 2020). Comportamentos estereotipados e essas outras características não são exclusivos do TEA, estando presentes também no TDI, associados com rebaixamento cognitivo e prejuízos adaptativos (Harris & Coyle, 2024). Neste estudo, esses sintomas foram mais presentes nas crianças com TEA, tendo sido suficientes para diferenciar ambos os transtornos. Um fator que pode ter contribuído para tais resultados é que pacientes com TDI grave ou profundo geralmente apresentam causas etiológicas mais claras, como uma síndrome genética (Patel et al., 2020). Como a avaliação neuropsicológica é usada no ambulatório para auxiliar no

diagnóstico diferencial em casos menos graves, a amostra deste estudo incluiu principalmente crianças com TDI leve ou moderado.

Enquanto dificuldades na reciprocidade social e na capacidade de desenvolver, manter e compreender relacionamentos são características de base no TEA (APA, 2023), no TDAH tais questões estão geralmente presentes de forma secundária às dificuldades atencionais e aos comportamentos impulsivos/hiperativos (Chan & Leung, 2022; Davis et al., 2022). No caso do TDI, prejuízos nas habilidades sociais são esperados por conta do rebaixamento cognitivo, e podem ser exacerbados pela comorbidade com o TEA (Hallberg & Bandeira, 2021; Jacob et al., 2022). A maior presença de déficits nas habilidades sociais observadas nos grupos com TEA + TDAH e TEA + TDI, quando comparados com as crianças apenas com TDAH, parece sugerir que essas combinações diagnósticas apresentam, de forma mais marcante e perceptível pelos responsáveis, sintomas como comportamentos socialmente inadequados e menor busca pela interação com pares.

Por fim, alterações associadas à ansiedade, como preocupações, alta autocobrança, ataques de pânico e medos excessivos apareceram mais frequentemente nos sujeitos com TEA, ou naqueles com algum transtorno de ansiedade, do que nas crianças com TDI. A literatura indica que sintomas ansiosos são comuns em TND, sobretudo devido às dificuldades inerentes enfrentadas por indivíduos com esses transtornos (Boulton et al., 2023). Embora façam parte desse grupo, pacientes com TDI enfrentam mais desafios para receber um diagnóstico comórbido de transtornos do humor ou de ansiedade. Fatores que contribuem para isso incluem as dificuldades de conseguir relatos precisos sobre os sintomas e a falta de ferramentas avaliativas adequadas para essa população (Dell'Armo & Tassé, 2024; Gilmore et al., 2021). Nesses casos, também pode haver viés de ofuscamento, que ocorre quando os sintomas relatados ou observados são minimizados ou ignorados pelo clínico em detrimento do diagnóstico original de TDI, privando o paciente de receber o encaminhamento e o tratamento adequados (Dell'Armo & Tassé, 2024).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo contribuir com o entendimento do perfil de QSI que levam os responsáveis de crianças e adolescentes a buscarem acompanhamento psiquiátrico para os filhos.

Sintomas externalizantes, como agitação, agressividade e comportamentos disruptivos, foram relatados com mais frequência, possivelmente por serem observáveis pelos responsáveis e por terceiros e acabarem causando maiores transtornos nos ambientes frequentados pela criança (McGuire et al., 2021; Reardon et al., 2017). Em contrapartida, sintomas internalizantes, como tristeza, baixa autoestima e desânimo, foram menos frequentemente relatados.

Uma limitação importante deste trabalho diz respeito ao preenchimento dos prontuários. Apesar de o documento da primeira consulta seguir um modelo semiestruturado, o preenchimento de alguns campos, inclusive as queixas principais, fica sujeito à subjetividade e à *expertise* do médico que está conduzindo a entrevista clínica. Portanto, o que é registrado depende do que o psiquiatra considera relevante durante o atendimento. Dessa forma, pode haver um viés de que em alguns prontuários há muitas informações descritas, o que levaria alguns pacientes a terem mais queixas codificadas. Por sua vez, outros pacientes podem relatar mais queixas durante a consulta, mas terem poucas informações efetivamente registradas. Sugere-se, para estudos futuros, que seja pensada e implementada alguma forma de padronizar o preenchimento dessas informações.

De qualquer forma, os resultados encontrados podem ser indicativos de que os pais e cuidadores percebem mais facilmente, ou dão maior prioridade, aos sintomas externalizantes. O padrão observado fortalece a necessidade de intervenções comportamentais, orientação parental e psicoeducação sobre como os sintomas internalizantes podem ser reconhecidos. Ainda, o entendimento desse perfil de queixas subjetivas auxilia no diagnóstico preciso e permite a elaboração de planos de tratamento adequados para os pacientes do serviço, contribuindo para a possível implementação, por exemplo, de grupos de intervenção voltados à minimização dos impactos causados por essas demandas.

## REFERÊNCIAS

1. Aldharman, S. S., Al-Jabr, K. H., Alharbi, Y. S., Alnajar, N. K., Alkhanani, J. J., Alghamdi, A., ... Jamil, S. F. (2023). Implications of early diagnosis and intervention in the management of neurodevelopmental delay (NDD) in children: A systematic review and meta-analysis. *Cureus*, 15(5), e38745. <https://doi.org/10.7759/cureus.38745>
2. American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Artmed.
3. American Psychiatric Association (APA). (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5. ed. rev.) Artmed.
4. Araújo, J. A. P., Rodrigues, E. S., Castro-de-Araujo, L. F. S., Machado, D. B., & Barreto, M. L. (2022). Use of routine health records to study mental health care of Brazilian children. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 71(3), 204-209. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000385>
5. Boulton, K. A., Guastella, A. J., Hodge, M. A., Demetriou, E. A., Ong, N., & Silove, N. (2023). Mental health concerns in children with neurodevelopmental conditions attending a developmental assessment service. *Journal of Affective Disorders*, 335, 264-272. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.098>

6. Cainelli, E., & Bisiacchi, P. (2022). Neurodevelopmental disorders: Past, present, and future. *Children*, 10(1), 31. <https://doi.org/10.3390/children10010031>
7. Chan, J. K. Y., & Leung, P. W. L. (2022). Common outcome, different pathways: Social information-processing deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *World Journal of Psychiatry*, 12(2), 286-297. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i2.286>
8. Davis, N. O., Carpenter, K. L. H., & Dawson, G. (2022). Autism spectrum disorder versus attention-deficit/hyperactivity disorder. In K. K. M. Stavropoulos & J. C. McPartland (Eds.), *Differential Diagnosis of Autism Spectrum Disorder* (cap. 4). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780197516881.003.0004>
9. Dell'Armo, K., & Tassé, M. J. (2024). Diagnostic overshadowing of psychological disorders in people with intellectual disability: A systematic review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 129(2), 116-134. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-129.2.116>
10. Durbeej, N., Sörman, K., Norén Selinus, E., Lundström, S., Lichtenstein, P., Hellner, C., & Halldner, L. (2019). Trends in childhood and adolescent internalizing symptoms: Results from Swedish population-based twin cohorts. *BMC Psychology*, 7, 50. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0326-8>
11. Francés, L., Quintero, J., Fernández, A., Ruiz, A., Caules, J., Fillon, G., Hervás, A., & Soler, C. V. (2022). Current state of knowledge on the prevalence of neurodevelopmental disorders in childhood according to the DSM-5: A systematic review in accordance with the PRISMA criteria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16, 27. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00462-1>
12. Gandra, A. L. S., Campos, A. M. F., Chaves, A. C. M., Machado, M. C. L., Vaz-Tostes, J. P., & Cunha, L. R. (2020). Perfil de pacientes atendidos em serviço de urgência em psiquiatria da infância e adolescência de Belo Horizonte. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 4(2), 1-6.
13. Gilmore, L., Campbell, M., & Shochet, I. (2021). Adapting self-report measures of mental health for children with intellectual disability. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 15(1), 1-19. <https://doi.org/10.1080/19315864.2021.1959687>
14. Guerrero, A. P. S., Beresin, E. V., Balon, R., Louie, A. K., Aggarwal, R., Morreale, M. K., ... Brenner, A. M. (2022). Child and adolescent psychiatry: New concepts and new strategies for the future. *Academic Psychiatry*, 46(1), 6-10. <https://doi.org/10.1007/s40596-022-01596-2>
15. Hallberg, S. C. M., & Bandeira, D. R. (2021). Para além do QI: Avaliação do comportamento adaptativo na deficiência intelectual. *Avaliação Psicológica*, 20(3), 361-368. <https://doi.org/10.15689/ap.2021.2003.19733.10>
16. Harris, J. C., & Coyle, J. T. (2024). Intellectual developmental disorder. In J. C. Harris & J. T. Coyle (Eds.), *Harris' developmental neuropsychiatry: The interface with cognitive and social neuroscience* (2nd ed., pp. 397-444). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med/9780199928118.003.0015>
17. Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, 9(suppl 1), S55-S65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>
18. Hodgkinson, S., Godoy, L., Beers, L. S., & Lewin, A. (2017). Improving mental health access for low-income children and families in the primary care setting. *Pediatrics*, 139(1), e20151175. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1175>
19. Hoza, B., & Shoulberg, E. K. (2024). Transdiagnostic considerations are critical to understanding childhood neurodevelopmental disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 18, 1385873. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2024.1385873>
20. Ibrahim, I. (2020) Specific learning disorder in children with autism spectrum disorder: Current issues and future implications. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 4(2), 103-112. <https://doi.org/10.1007/s41252-019-00141-x>
21. Jacob, U. S., Edozie, I. S., & Pillay, J. (2022). Strategies for enhancing social skills of individuals with intellectual disability: A systematic review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 968314. <https://doi.org/10.3389/frsc.2022.968314>
22. Keskinova, A., & Ajdinski, G. (2018). Learning problems in children with mild intellectual disability. *International Journal of Cognitive Research in Science Engineering and Education*, 6(1), 31-37. <https://doi.org/10.5937/ijcrsee1801031K>
23. Machado, M. C. L., Sedlmaier, M. M. G., Souza Brandão, M. P. A., Barros, F. C. P., & Ferreira, R. (2019). Perfil sociodemográfico e clínico do atendimento psiquiátrico infanto-juvenil em ambulatório universitário. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 3(1), 42-48.
24. Mahmood, A., Kedia, S., Arshad, H., Mou, X., & Dillon, P. J. (2024). Disparities in access to mental health services among children diagnosed with anxiety and depression in the United States. *Community Mental Health Journal*, 60(8), 1532-1546. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01305-3>
25. McGinnis, E. W., Copeland, W., Shanahan, L., & Egger, H. L. (2022). Parental perception of mental health needs in young children. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(4), 328-334. <https://doi.org/10.1111/camh.12515>
26. McGuire, F., Carl, A., Woodcock, L., Frey, L., Dake, E., Matthews, D., Russell, K., & Adkins, D. (2021). Differences in patient and parent informant reports of depression and anxiety symptoms in a clinical sample of transgender and gender diverse youth. *LGBT Health*. 8(6). <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0478>
27. Messias, M. P., Silva, E. M., Andrade, M. H., Cavallo, I. C. C., Galvão, L. P., Périco, C. A. M., ... Martins-da-Silva, A. S. (2022). Clínico-epidemiological profile of patients at children's psychosocial care centers in São Bernardo do Campo: A cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*, 140(6), 781-786. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0577.R1.17022022>
28. Nunes, S., Oliveira, J., Marques, H., & Marques, D. (2019). Perfil do paciente infanto-juvenil encaminhado ao ambulatório de psicologia. In B. R. da Silva Neto (Ed.), *A produção do conhecimento nas ciências da saúde 3* (cap. 20, pp. 210-219). Atena. <https://doi.org/10.22533/at.ed.00219030420>

29. Patel, D. R., Cabral, M. D., Ho, A., & Merrick, J. (2020). A clinical primer on intellectual disability. *Translational Pediatrics*, 9(suppl 1), S23-S35. <https://doi.org/10.21037/tp.2020.02.02>
30. Reardon, T., Harvey, K., & Creswell, C. (2020). Seeking and accessing professional support for child anxiety in a community sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(5), 649-664. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01388-4>
31. Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L., & Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(6), 623-647. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0930-6>
32. Salgado, L. (2019). "Tell me when 'normal' stops": How parents recognized their child's mental illness. *Journal of Social Change*, 11(1), 1-13. <https://doi.org/10.5590/JOSC.2019.11.1.01>
33. Sari, N. P., Luijk, M., Jansen, P., Prinzie, P. & van IJzendoorn, M. (2024). Academic achievement of children with autistic symptoms compared to typically developing children. *European Journal of Psychology of Education*, 39(3), 1979-2003. <https://doi.org/10.1007/s10212-023-00758-6>
34. Serafim, M. P. S., Silva, D. M., Brunel, J. L., & Gomes, K. M. (2019). Perfil das crianças usuárias do ambulatório de saúde mental do município de Içara – SC. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(2), 192-209. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n2p192>
35. Sprenger, L., Bühler, E., Poustka, L., Bach, C., Heinzl-Gutenbrunner, M., Kamp-Becker, I., & Bachmann, C. (2013). Impact of ADHD symptoms on autism spectrum disorder symptom severity. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), 3545-3552. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.07.028>
36. Villatoro, A. P., DuPont-Reyes, M. J., Phelan, J. C., Painter, K., & Link, B. G. (2018). Parental recognition of preadolescent mental health problems: Does stigma matter? *Social Science & Medicine*, 216, 88-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.040>
37. Wechsler, D. (2014). *Escala Wechsler abreviada de inteligência: WASI: Manual*. Casa do Psicólogo.
38. Wechsler, D. (2013). *WISC IV: Escala Wechsler de inteligência para crianças: Manual técnico* (4a ed.). Casa do Psicólogo.
39. Xiang, A. H., Martinez, M. P., Chow, T., Carter, S. A., Negriff, S., Velasquez, B., ... Kumar, S. (2024). Depression and anxiety among US children and young adults. *JAMA Network Open*, 7(10), e2436906. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.36906>
40. Yang, Y., Zhao, S., Zhang, M., Xiang, M., Zhao, J., Chen, S., ... Ran, J. (2022). Prevalence of neurodevelopmental disorders among US children and adolescents in 2019 and 2020. *Frontiers in Psychology*, 13, 997648. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.997648>
41. Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Szatmari, P., Duku, E., Smith, I. M., Zwaigenbaum, L., ... Elsabbagh, M. (2021). Profiles and predictors of academic and social school functioning among children with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 50(5), 656-668. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1750021>
42. Zhou, W., Wu, K., Chen, S., Liu, D., Xu, H., & Xiong, X. (2021). Effect of time interval from diagnosis to treatment on economic burden in families of children with autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 679542. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.679542>

---

**Artigo submetido em:** 10 de dezembro de 2024.

**Artigo Aceito em:** 30 de abril de 2025.

**Artigo publicado online em:** 12 de dezembro de 2025.

**Fonte de financiamento:** Bolsa de fomento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Chamada Pública nº 068/2022 – Programa MAI-DAI (Valkíria dos Anjos Fonseca Sampaio da Silva); e bolsa de fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Louise do Nascimento Marques).

**Editora responsável:**

Carmem Beatriz Neufeld

**Outras informações relevantes:**

Este artigo foi submetido no GNPapers da RBTC código 558.