

## PERFIL CLÍNICO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA E JUVENTUDE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA<sup>1</sup>

Gabriel Neves de Barros<sup>2</sup>

Daniela Belchior Mota<sup>3</sup>

Yury Vasconcellos<sup>4</sup>

### RESUMO:

**Introdução:** Os Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude (CAPSij) são o serviço de referência em relação à assistência de crianças e adolescentes que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes no Brasil. Este estudo buscou traçar o perfil clínico de crianças e adolescentes vítimas de violência inseridas em um CAPSij de uma cidade da Zona da Mata Mineira. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, documental e quantitativo, realizado com dados obtidos por meio de prontuários do serviço referentes aos usuários acolhidos nos anos de 2018 ou 2019. Foram investigados um total de 471 prontuários. Os dados foram expressos em porcentagem e comparados pelo teste de qui-quadrado. **Resultados:** 112 (23,77%) crianças e adolescentes apresentaram registro de algum tipo de violência. O tipo de violência mais registrado foram os maus-tratos (37,5%). Os agressores do sexo masculino predominaram na amostra (52,5%), assim como agressores que possuíam vínculo familiar com as vítimas (54,2%). A residência das vítimas foi o local que apresentou maior registro de perpetração das violências (36,6%). A maior fonte de encaminhamentos foram as Unidades Básicas de Saúde (48,2%). A agressividade foi a queixa principal mais relatada (53,5%), ademais, o grupo dos transtornos do comportamento e transtornos emocionais foram os mais prevalentes (23,1%). **Considerações Finais:** Foram evidenciados aspectos importantes da violência contra crianças e adolescentes, da complexidade do contexto nos quais ela ocorre, da qualidade das informações coletadas bem como do perfil clínico das vítimas.

Palavras-chave: Saúde mental. Violência. Perfil dos usuários. CAPSij. Crianças e Adolescentes.

<sup>1</sup> Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Psicologia e Saúde. Recebido em 30/10/2020 e aprovado, após reformulações, em 30/11/2020. Esse artigo foi realizado a partir de pesquisa submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer de aprovação na Plataforma Brasil sob o número 3.737.545.

<sup>2</sup> Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: [gabrielnevespsi@gmail.com](mailto:gabrielnevespsi@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: [danielabelchior.mota@gmail.com](mailto:danielabelchior.mota@gmail.com)

<sup>4</sup> Mestre em Estatística Aplicada e Biometria pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). E-mail: [yury@grupovasconcellos.com.br](mailto:yury@grupovasconcellos.com.br)

## CLINICAL PROFILE OF PATIENTS VICTIMS OF VIOLENCE FROM A PSYCHOSOCIAL CARE CENTRE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

### ABSTRACT:

**Introduction:** Psychosocial Care Centres for children and adolescents (CAPSij) are the main services concerning the assistance of minors suffering from severe and persistent mental disorders in Brazil. This study aimed to describe the clinical profile of patients who had been victims of violence and were treated in a CAPSij of a city located in Minas Gerais, Brazil. **Method:** It is a cross-sectional, documentary and quantitative study, performed with data obtained from service records. The patients included in the sample were the ones who had arrived at the institution in 2018 or 2019. A total of 471 patient records were analyzed. Data were presented as percentage and compared using Chi-square test. **Results:** 112 (23.77%) children and adolescents showed record of some type of violence. Child maltreatment (37.5%) was the most frequent type of violence. Family members have shown to be the predominant perpetrators (54,2%). Most of violent episodes occurred inside the residences of the victims (36,6%) and were perpetrated by male individuals (52,5%). The majority of patients came from Basic Health Units (48.2%). Aggressiveness was the most reported symptom (53.5%), moreover, the group of behavioral and emotional disorders were the most frequent (23.1%). **Conclusion:** This paper enabled further understanding of important aspects related to violence against children and its context, the quality of data from service records as well as the clinical profile of the victims.

Key words: Mental Health. Violence. Patients' Profile. CAPSij. Children and adolescents.

### 1 INTRODUÇÃO

Entende-se que o desenvolvimento humano ocorra por meio de processos progressivamente complexos de interações recíprocas entre um organismo humano, caracteristicamente biopsicológico, e as pessoas, objetos e símbolos da sua realidade externa imediata. Tais relações, quando ocorrem de forma regular e por períodos significativamente extensos de tempo, recebem o nome de processos proximais e são consideradas os mecanismos básicos do processo de desenvolvimento segundo a teoria ecológica. A forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais variam sistematicamente com as características do sujeito em desenvolvimento, do ambiente, dos aspectos de desenvolvimento a serem considerados e das continuidades e transformações sociais ao longo do tempo, levando em consideração

o período histórico no qual o organismo está inserido. Os processos proximais não são entendidos como unidirecionais, logo presume-se uma influência essencialmente recíproca, além disso, eles não se limitam às pessoas e podem ocorrer também com objetos e símbolos. Ademais, existem características próprias de cada indivíduo que são cruciais para o seu desenvolvimento, elas são agrupadas como características de força, de recurso e de demanda (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

As características de força são disposições comportamentais ativas que podem iniciar e sustentar um processo proximal bem como retardar, interferir ou até mesmo impedir a sua ocorrência. Elas são classificadas como características gerativas e características disruptivas de desenvolvimento. As primeiras se referem à curiosidade, tendência a se envolver em atividades e a responder a estímulos de outros indivíduos além da habilidade de adiar gratificação para atingir objetivos de longo prazo. As segundas estão relacionadas à impulsividade, tendência à distração, incapacidade de adiar gratificação, agressividade e violência, além disso, do outro lado do espectro, temos a apatia, desatenção, falta de interesse ao ambiente, insegurança, timidez e ainda uma tendência geral de evitar ou se retirar de atividades, podendo dificultar o desenvolvimento de processos proximais (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

As características de recurso se referem aos aspectos biopsicológicos prejudiciais ou vantajosos que não estão relacionados às disposições comportamentais propriamente ditas e exercem influência sobre a capacidade do organismo de se envolver com processos proximais de forma efetiva. Como exemplo de características de recurso prejudiciais temos: defeitos genéticos, deficiência física, doenças severas e persistentes ou dano cerebral. Em contraste, sobre as características de recurso vantajosas, temos: conhecimento, habilidades e experiência adquirida que, ao longo da vida, permitem o desenvolvimento de processos proximais progressivamente mais complexos. As características de demanda estão relacionadas à capacidade de convidar ou evitar reações do mundo social de tal forma que podem promover ou interromper processos de crescimento psicológico (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Por vezes, ao longo do desenvolvimento humano, surgem fenômenos de sofrimento mental que são denominados, no campo da psicopatologia, de doenças ou transtornos mentais. As doenças mentais podem ser definidas como vivências, estados mentais e padrões comportamentais que expressam, de um lado, uma especificidade psicológica e, de outro, vínculos complexos com a psicologia do normal (DALGALARRONDO, 2008). Entretanto, a noção de normalidade por si só não implica um caráter único e universal, pode adquirir várias formas dependendo das contingências histórico-culturais. A normalidade se mostra como um conceito dinâmico e de limites elásticos, o que torna sua definição concreta e categórica uma tarefa essencialmente difícil, dessa forma, faz-se impossível situar a normalidade em um ponto fixo e de nível constante (DOYLE, 1950).

Ao longo da história brasileira, a saúde mental de crianças e adolescentes foi delegada aos setores da educação e da assistência social. A inserção do tema no campo da Saúde Mental propriamente dita é uma preocupação relativamente recente por parte das instâncias governamentais brasileiras. Eventualmente torna-se questão de saúde pública e passa a integrar o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) que é responsável pelo desenvolvimento da política geral de Saúde Mental de todo o Brasil (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

É imperativo ressaltar dois fatores cruciais para a inclusão das pautas infanto-juvenis de Saúde Mental na gestão da Saúde Pública: o movimento da Reforma Psiquiátrica e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A Reforma Psiquiátrica brasileira consiste em um movimento histórico de cunho político, social e econômico que traz proposições como a desinstitucionalização do cuidado e a consequente desconstrução da lógica manicomial; tem como horizonte a substituição das instituições psiquiátricas por práticas de cuidado que estejam alinhadas com o objetivo de fortalecimento da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico grave. A Reforma vem se desenvolvendo no país a partir dos anos setenta, e tem por prerrogativa a crítica dos paradigmas da psiquiatria clássica (GONÇALVES; SENNA, 2001), levando à superação do modelo biomédico clássico que fundamentava a oferta assistencial em saúde mental.

No âmbito legal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) “é reconhecido internacionalmente como um dos mais avançados Diplomas Legais dedicados à garantia dos direitos da população infanto-juvenil” (DIÁCOMO, M.; DIÁCOMO, I., 2013, pag. 1). De acordo com o ECA:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

Assim sendo, o ECA e o movimento da Reforma Psiquiátrica aparecem como instrumentos significativos para a promoção e garantia de direitos, em âmbito nacional, no cuidado de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico grave. Desde 2002, de acordo com o artigo 4º da Portaria nº 336 (BRASIL, 2002), existem ações direcionadas à implantação de uma política de saúde mental especialmente voltada para infância e adolescência, com planejamento específico e direcionado, integrado à política geral de saúde mental do SUS. O Centro de Atenção Psicossocial da Infância e da Juventude (CAPSij) se configura como o agente estratégico na organização da rede comunitária de cuidados em saúde mental, além de assumir a responsabilidade pelo direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental relativos à infância e à juventude no território. Os CAPSij oferecem serviço de atenção diária a crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. O tratamento envolve estratégias e objetivos variados, e se preocupa com a atenção integral dessas crianças e adolescentes, indo além do âmbito clínico envolvendo também ações intersetoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Incluída no processo de cuidado em saúde mental está a assistência a pessoas vítimas de violência.

A violência contra crianças e adolescentes, atualmente, é uma questão de saúde, não só nacional, mas mundial. A Organização mundial da Saúde (OMS) entende crianças como indivíduos menores de 18 anos de idade, assim sendo, a

violência contra crianças é entendida como a violência contra todas as pessoas menores de 18 anos completos (OMS, 2016). Entende-se por violência:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002, p. 5)

Embora não seja incomum encontrar, no setor de saúde mental, o relato de crianças e adolescentes usuárias do serviço que tenham sido vítimas de algum tipo de violência, parece haver uma lacuna com relação à sistematização das informações no que se refere à correlação entre sofrimento psíquico e violência na população infantojuvenil, o que, por sua vez, denota a fragilidade da construção de políticas públicas efetivas e abrangentes neste âmbito. A OMS aponta fatores de risco relacionados à violência contra a população infantojuvenil e divide-os em quatro níveis. O nível individual que inclui aspectos da história biológica e pessoal. O nível de relações sociais que inclui ausência de vínculo emocional, práticas parentais inadequadas, disfunção familiar e separação da família, associação com pares transgressores, crianças que testemunham atos de violência contra a mãe ou a madrasta, e casamento precoce ou forçado. O nível da comunidade que inclui a maneira como as características de ambientes como escolas, locais de trabalho e vizinhança aumentam o risco de violência. Por fim, o nível da sociedade que inclui normas legais e sociais que criam um clima no qual a violência é estimulada ou considerada normal (OMS, 2016).

Além dos fatores de risco, a OMS propõe uma tipologia da violência contra crianças e adolescentes que é organizada em: maus-tratos, bullying, violência juvenil, violência infligida por parceiros íntimos ou violência doméstica, violência sexual e testemunho de violência ou violência psicológica. Os maus-tratos consistem em violência física, sexual, psicológica e negligência em relação a bebês, crianças e adolescentes, por pais, mães, cuidadores ou outras figuras de autoridade. O bullying é relativo ao comportamento agressivo de uma criança ou um grupo de crianças que

não são irmãos nem têm relações afetivas com a vítima. Ele pode envolver danos físicos, psicológicos ou sociais recorrentes e é praticado frequentemente em escolas e outros contextos em que as crianças se reúnem. Episódios semelhantes que ocorram pela internet também se enquadram no perfil. A violência juvenil está relacionada à faixa etária de 10 a 29 anos, sua ocorrência é mais frequente em contextos comunitários e pode ocorrer entre conhecidos e também entre estranhos. Faz parte da tipologia da violência juvenil a agressão física com ou sem algum tipo de armamento e pode envolver violência praticada por gangues. A violência infligida por parceiros íntimos ou também chamada de violência doméstica consiste na violência praticada por pessoas que têm ou tiveram um relacionamento íntimo. Esse tipo de violência afeta desproporcionalmente as mulheres. A violência sexual é definida por atos de contato sexual não consensual, efetivado ou tentado, também em atos não consensuais de natureza sexual que não envolvem contato direto (voyeurismo ou assédio sexual). Os atos de tráfico sexual e exploração on-line também fazem parte dessa tipologia. E por fim, o testemunho de violência ou violência psicológica da qual fazem parte a restrição dos movimentos de uma criança, atitudes que diminuem, ridicularizam, ameaçam e intimidam, discriminação, rejeição e outras formas não física de tratamento hostil. Ainda estão inclusos a situação de forçar uma criança a observar um ato de violência, ou a situação em que uma criança presencia acidentalmente atos de violência entre duas ou mais pessoas (OMS, 2016).

Em uma perspectiva global, destaca-se a perpetuação da legalidade com relação à aplicação de castigos corporais contra crianças nos lares, escolas e outras instituições, principalmente naquelas pertencentes ao sistema de justiça juvenil. Além disso, faz-se notar as condições subjacentes, como por exemplo as atitudes comunitárias com relação à violência, discriminação, pobreza, o status díspar das mulheres e meninas, a dificuldade do acesso à educação de qualidade e a negação dos direitos humanos em aspectos mais gerais, que potencializam a vulnerabilidade dos jovens à violência (PINHEIRO, 2007).

O Ministério da Saúde (2010) considera os espaços constituintes da rede de serviços do SUS como adequados para a identificação, acolhimento, atendimento,

notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, além de buscar promover orientação às famílias desse público. As notificações devem ser feitas pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos ou privados, na presença de suspeita ou confirmação de violência, além disso, se configuram como uma das principais etapas no processo de combate à violência de crianças e adolescentes pois é a partir delas que surgem as ações efetivas para o cuidado das pessoas em situação de violência. Os profissionais da saúde relatam dificuldades quanto à notificação ao mesmo tempo que reconhecem a sua importância, dessa forma, é notório o caráter desafiador da construção de redes coordenadas e sistematizadas que tenham como prioridade as medidas preventivas devido ao fato de as situações de violência infantil demandarem articulações conjuntas e efetivas com diversos setores (EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018).

É importante ressaltar que, por mais que a violência ocorra, parece existir uma lacuna significativa e potencialmente problemática entre a percepção da violência pelos dispositivos de saúde e a sistematização dos dados relativos a ela. Portanto, o presente estudo teve por objetivo traçar o perfil clínico de crianças e adolescentes vítimas de violência inseridos em um CAPSij de uma cidade da Zona da Mata Mineira.

## **2 MÉTODO**

O presente estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial da infância e juventude (CAPSij) de uma cidade da Zona da Mata mineira com aproximadamente 516.000 habitantes (IBGE, 2010). O CAPSij em questão é a única instituição do tipo na cidade e, conseqüentemente, recebe a maioria da demanda em saúde mental do público infantojuvenil. Está localizado em um bairro de classe média alta, fora da zona central em uma casa alugada pela prefeitura do município.

A escolha da amostra envolveu os seguintes critérios de inclusão: (1) prontuários do serviço com registro de acolhimento referentes aos anos 2018 ou 2019; (2) prontuários que continham registro de algum tipo de violência. Foram analisados tanto os prontuários ativos como também os arquivados do referido período; os



prontuários considerados ativos são referentes aos casos que estavam em acompanhamento pelo serviço no momento da coleta e considerados arquivados aqueles casos que não estavam mais sendo acompanhados pelo serviço no momento da coleta. O número total de prontuários analisados foi de 471 dos quais 112 se encaixaram nos critérios de inclusão estabelecidos.

O estudo se originou a partir de um processo de inserção institucional no referido CAPSij, por meio de estágio, que teve duração de 12 meses, totalizando 960 horas. Trata-se de um estudo transversal, de cunho documental e quantitativo. A coleta dos dados ocorreu na própria instituição entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020 por meio de um protocolo de pesquisa de formulação própria composto pelos seguintes itens: (1) região de residência, (2) cor, (3) sexo, (4) ano de acolhimento, (5) idade na data do acolhimento, (6) inserção escolar, (7) histórico pessoal, (8) origem de encaminhamento, (9) renda familiar, (10) condição de moradia, (11) queixa principal, (12) tipo de violência sofrida, (13) local e frequência de episódios de violência, (14) perfil do agressor, (15) comportamento suicida, (16) constituição familiar na residência, (17) características familiares, (18) aspectos do desenvolvimento, (19) perfil diagnóstico em saúde mental do usuário e familiar.

A análise descritiva de dados envolveu frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse, visando uma investigação de caráter exploratório. O teste do qui-quadrado foi utilizado com o intuito de revelar possíveis associações entre as variáveis. Os dados foram organizados e analisados no software estatístico *SPSS for Windows* (Versão 2.0). A pesquisa cumpriu as exigências éticas em relação à resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) e à resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2016) e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Os nomes dos participantes foram mantidos em sigilo durante todo o estudo.

### **3 RESULTADOS**

Em um universo amostral constituído por 471 prontuários de crianças e adolescentes inseridos no CAPSij do referido município nos anos de 2018 ou 2019, constatou-se que 112 deles (23,77%) vivenciaram pelo menos um episódio de violência em sua história. Dentre a amostra, os 112 usuários vítimas de violência, predominou a faixa etária de 12 a 18 anos (64,3%), seguidos pela faixa de 8 a 11 anos (25,9%), 3 a 7 anos (8,9%) e 0 a 2 anos (0,9%); vale ressaltar que as faixas etárias não estão relacionadas com a época de ocorrência da violência e sim à idade na data de acolhimento. A região de residência dos usuários se distribuiu da seguinte forma: Sudeste (23,2%), Leste (18,7%), Norte (17,9%), Sul (13,4%), Nordeste (11,6%), Oeste (7,1%), Centro (3,6%) e Acolhimento Institucional (4,5%). Em se tratando da inserção escolar, 79,5% dos usuários se encontravam regularmente matriculados na escola, 16% não frequentavam, 1,8% estavam em escolas de atendimento especializado e foi encontrado 2,7% de subnotificação deste item. No que diz respeito ao sexo, houve diferença pouco significativa sendo 50,9% do sexo feminino e 49,1% do sexo masculino. Em relação à cor, classificada de acordo com o Ministério da Saúde (2018), houve expressiva subnotificação deste item (80,3%), além disso, encontrou-se 6,3% da cor branca, 6,3% da cor preta e 7,1% da cor parda.

A maioria dos usuários veio encaminhada por Unidades Básicas de Saúde (48,2%), seguidas por outros serviços de saúde mental (11,6%) e Serviço de Urgência Psiquiátrica (10,7%), entre outros serviços. Observou-se subnotificação significativa em relação à renda familiar (51,8%), seguida por renda de até um salário mínimo (24,1%) e renda de um a dois salários mínimos (12,5%), entre outras rendas. O salário mínimo refere-se ao valor de R\$998,00 reais. Em relação à condição de moradia, a maioria (34,8%) apresenta moradia própria, seguida pelas moradias alugadas (15,2%) e moradias cedidas (9,8%), houve 33% de subnotificação deste item.

No que diz respeito à constituição familiar na residência, 43,7% dos usuários reside com a mãe e outros familiares; 17% com pai, mãe e outros familiares; 16% com outros familiares (entendidos como tios, avós e/ou primos biológicos ou pais não biológicos); 8,9% não mora com nenhum familiar seja por residirem com conhecidos ou em instituições de acolhimento; 4,5% mora com pai e outros familiares; 3,6% com

a mãe; 3,6% não apresentou informações a respeito e nenhum dos usuários mora apenas com o pai.

Identificou-se relatos de abandono em 29,5% da amostra, entendido como o não pagamento de pensão alimentícia ou distanciamento físico e/ou emocional deliberado da criança ou adolescente pelo/s progenitor/es. Constatou-se ainda que 18,8% apresentou relato de morte de algum familiar ou conhecido; 16% apresentou algum tipo de doença (pressão alta, diabetes, alergias crônicas, etc.); 12,5% fez uso abusivo de substâncias psicoativas em algum momento da vida e 1,8% teve registro de conflito com a lei.

Em se tratando dos aspectos de desenvolvimento infantil, 46,4% das gestações foram consideradas, pela mãe biológica ou por outros familiares, como não planejada; 26,8% delas foram consideradas planejadas e houve 26,8% de subnotificação desse tipo de informação. Observou-se que 54,5% dos processos gestacionais foram considerados pela mãe biológica ou outros familiares como conturbados, entende-se como conturbado por exemplo a violência à gestante, gravidez de risco, uso de substâncias pela gestante, transtornos mentais e outras formas de sofrimento durante a gestação; 25,9% foram considerados normais e 19,6% não apresentaram registro desse tipo de informação. Temos ainda que 29,5% dos casos apresentaram relato de algum acidente durante a infância; 16% das mães biológicas fizeram uso de alguma substância durante a gestação; 12,5% dos usuários nasceram prematuros; 8,9% das gestantes chegou a sofrer algum tipo de violência durante o processo gestacional; 6,25% apresentou complicações pós-parto e 4,5% apresentou algum tipo de complicação durante o parto.

Constatou-se que 20,5% da amostra apresentou relato de tentativa de autoextermínio pelo menos uma vez, 25% apresentou relato de ideação suicida pelo menos uma vez e 5,4% apresentou familiares com histórico de tentativa e/ou ideação suicida pelo menos uma vez. Foram contabilizadas 27 tentativas de autoextermínio no total. A classificação dos meios de perpetração está de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10 – CID10 (OMS, 1995). Posto isto, tais tentativas ocorreram: 37% por autointoxicação (X60 a

X69), 18,5% por objetos cortantes ou penetrantes (X78); 14,8% por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento (X81); 7,4% por precipitação de local elevado (X80); 7,4% por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) e 14,8% por meios não especificados. Identificou-se ainda que 46,4% da amostra apresenta relato de familiares que já estiveram envolvidos em algum episódio de violência, seja diretamente contra o usuário ou não; 37,5% dos usuários tem familiares que consomem ou já consumiram álcool de forma abusiva; 3,6% dos usuários tem familiares que são portadores de alguma doença crônica; 2,8% apresentou relato de familiares que tenham cometido assassinato e 1,8% dos usuários apresentaram familiares envolvidos com tráfico de drogas.

A queixa predominante foi a agressividade e/ou irritabilidade representando mais da metade dos usuários (53,5%). Outras queixas também se mostraram consideravelmente expressivas como: dificuldade na interação social (42,8%), humor deprimido (33,9%), comportamento suicida (33%), entendido como ideação suicida e/ou tentativa de autoextermínio, lesão autoprovocada (31,3%), dificuldade de aprendizagem (18,8%), alucinação (16,1%), baixo limiar à frustração (14,3%) e ansiedade (10,7%), entre outras queixas de menor prevalência.

Observou-se um total de 91 hipóteses diagnósticas, de acordo com o CID 10 (OMS, 1995), presentes em 64 usuários (57,1%), sendo os 48 casos restantes (42,9%) destituídos de hipótese diagnóstica estabelecida. Nesse universo de 91 hipóteses, nota-se presença significativa de transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na adolescência ou infância (23,1%), transtornos de humor (21,1%) e retardo mental (18,7%), entre outros diagnósticos de menor prevalência.

Em relação ao contexto familiar, verificou-se que 42 usuários (37,5%) dos 112 analisados apresentaram familiares com histórico de transtornos mentais. Dentre esses 42, observou-se que 14 deles (33,3%) possuíam familiares com hipótese diagnóstica em investigação. Os 28 usuários com familiares diagnosticados (66,6%) apresentaram familiares com um total de 43 hipóteses diagnósticas, sendo 46,5% delas pertencem ao domínio dos transtornos de humor e 16,3% pertencentes à

esquizofrenia, entre outros transtornos em menor prevalência. As hipóteses diagnósticas dos usuários foram formuladas pelo(a) psiquiatra da instituição CAPSij juntamente com a equipe ou, em outros casos, os usuários já haviam recebido o psicodiagnóstico de outro serviço ou profissional de saúde antes do acolhimento. As hipóteses diagnósticas dos familiares não foram formuladas pelo o CAPSij em questão, tendo sido realizadas por outros profissionais ou serviços e relatadas pelos usuários e familiares durante o acolhimento na instituição.

Dentre os 112 usuários vítimas de violência, 42 foram vítimas de maus-tratos pelo menos uma vez na vida (37,5%), 41 foram vítimas de bullying (36,6%), 36 testemunharam violência (32,1%) e 27 foram vítimas de violência sexual (24,1%). As violências por parceiro íntimo e violência juvenil foram encontradas em menor frequência (1,8% de prevalência em cada uma). Vale destacar que esses resultados apresentados se referem às vítimas de pelo menos um episódio de violência e não leva em conta as reincidências das mesmas. É importante ressaltar também que alguns usuários foram vítimas de mais de um tipo de violência ao longo de suas vidas.

O número total de episódios de violência encontrado foi de 164 (incluindo as violências recorrentes), sendo referentes a 44 ocorrências de maus-tratos (26,8%), 43 de bullying (26,2%), 37 de violência sexual (22,6%), 36 de testemunho de violência (22%), 2 de violência por parceiro íntimo (2%) e 2 de violência juvenil (2%). Ademais, em relação ao sexo, 52,5% dos agressores são do sexo masculino e 16,8% do sexo feminino, entretanto, faz-se necessário levar em conta a subnotificação encontrada de 30,7%. A maioria dos agressores (54,2%) era familiar das vítimas, consanguíneos ou não (por não consanguíneos entende-se os pais adotivos e não inclui os eventuais parceiros dos pais biológicos), 43% não era familiar e foi encontrado 2,8% de subnotificação desse tipo de informação.

Em relação ao local das violências, 36,6% das violências ocorreram na própria residência, 23,2% na escola, 3% em local público, 2,4% na casa de algum familiar, 1,8% no bairro de residência, 1,2% no local de trabalho (jovem aprendiz), 1,2% em casas de acolhimento, 0,6% em Organizações Não Governamentais, 0,6% ocorreu dentro de algum veículo e observou-se 29,3% de subnotificação desse item. O teste

do qui-quadrado foi utilizado para verificar possíveis relações entre as variáveis as quais estão representadas na tabela 1.

**TABELA 1** - Relações entre as variáveis dos dados relativos aos usuários vítimas de violência inseridos no CAPSij de uma cidade da zona da mata mineira acolhidos nos anos de 2018 ou 2019 (n=112).

Variáveis		$\chi^2$	Valor-p
Bullying	Comportamento suicida	8,094	0,004
	Dificuldade na interação social	5,448	0,016
	Humor rebaixado	5,885	0,014
	Ansiedade	2,903 *	0,047
	Autolesão	3,665	0,045
	Taquicardia/falta de ar/sudorese	17,422	0,000
	Dificuldade de aprendizagem	3,665	0,044
Maus tratos	Agressividade/irritabilidade	7,361	0,006
	Humor rebaixado	4,624	0,025
	Autolesão	5,195	0,018
	Taquicardia/falta de ar/sudorese	3,931	0,041
Violência sexual	Dificuldade na interação social	3,971	0,038
	Sexo feminino	7,252	0,006
Testemunho de violência	Taquicardia/falta de ar/sudorese	3,604 *	0,022
Tentativa de autoextermínio	Histórico de suicídio na família	8,267**	0,016
	Transtornos de humor	15,244 *	0,000
	Sexo feminino	6,137	0,012
	Autolesão	8,604	0,004

\*Correção de continuidade

\*\*Fisher

Fonte: Elaboração própria

#### 4 DISCUSSÃO

Objetivou-se neste estudo traçar o perfil clínico de crianças e adolescentes vítimas de violência inseridas em um CAPSij de uma cidade da Zona da Mata mineira

nos anos de 2018 ou 2019. No contexto brasileiro, foi encontrado apenas um estudo que abrange usuários de CAPSij e o tema da violência contra crianças e adolescentes. A escassez de trabalhos no país envolvendo o público infantojuvenil vítima de violência inserido em serviços de saúde mental especializados é expressiva. No único trabalho encontrado, Lima (2012) aponta relações importantes entre a violência e o aparecimento de sintomas de estresse cognitivo e fisiológico em adolescentes, indicando consequências negativas importantes para o desenvolvimento dos indivíduos. No que diz respeito ao sexo, Lima (2012) não encontrou diferença estatisticamente significativa entre adolescentes vítimas de violência, se aproximando dos dados encontrados no presente estudo, embora o estudo da autora não tenha abrangido os usuários abaixo dos 12 anos.

No que diz respeito ao cenário da política brasileira de Saúde Mental, Onocko-Campos (2019) aponta que, apesar da Reforma Psiquiátrica brasileira destacar os movimentos de usuários e trabalhadores dos serviços como essenciais, tais movimentos não foram capazes de atingir o Brasil como um todo. Dessa forma, a Reforma acabou sendo desenvolvida, predominantemente, como política pública de saúde e não como uma contestação propriamente dita por parte da sociedade civil. Admite-se a inversão na lógica dos gastos em Saúde Mental a partir de 2006, tendo sido evidenciada pelo maior repasse de recursos aos serviços comunitários (Centros de Atenção Psicossocial I, II e III) do que aos hospitais psiquiátricos. Entretanto, a expansão desses serviços encontra-se estancada desde 2011 e apresenta déficit de dados após uma notória perda de transparência por parte do Ministério da Saúde desde 2015, além disso, esses serviços têm mostrado, assim como todos os dispositivos do SUS, uma expressiva fragilidade institucional e constrangimentos decorrentes de um financiamento significativamente deficitário (ONOCKO-CAMPOS, 2019). Destarte, sendo os CAPSij dispositivos de saúde mental relativamente recentes se comparados às outras modalidades de CAPS, é possível refletir acerca do estado de clara fragilidade nos quais se encontram tais serviços. A incipiência da implantação e manutenção desses serviços de saúde mental especializados voltados para o público infantojuvenil é notória e permite reflexões sobre a efetividade e abrangência

dos serviços ofertados uma vez que, pautados na democratização institucional, interdisciplinaridade e articulação em rede, podem se encontrar incapacitados de realizar seu trabalho da forma preconizada pelas instâncias governamentais de saúde diante de um cenário deficitário, de subfinanciamento, equipes mínimas e excesso de demanda, que estão além das capacidades institucionais.

As demandas que chegam aos serviços de saúde são o resultado da união de fatores sociais, individuais e culturais de uma população (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002). Campos (1969) aborda a saúde como sendo "...um problema de definição social, cabendo aos técnicos definí-la dentro de um contexto histórico e socialmente determinado", o que, segundo o autor, evidencia níveis de saúde ideais para seus respectivos momentos históricos e culturais. Assim sendo, todos os aspectos que permitem a obtenção e manutenção desse estado de saúde, em dado momento contextual e histórico, são considerados como necessidades, as quais devem ser atendidas de acordo com os recursos disponíveis e com prioridades racionalmente formuladas (CAMPOS, 1969). Entretanto, faz-se necessário diferenciar a necessidade da demanda em saúde. Campos argumenta que a demanda não pode ser aceita como indicadora de necessidades já que "é influenciada por inúmeros fatores como por exemplo o desejo de lucro por parte do empresário privado, a percepção deficiente por parte do usuário e as decisões nem sempre racionais por parte dos demais ofertantes de serviços de saúde" (CAMPOS, 1969).

Tendo isso em vista, o presente estudo evidenciou altas taxas de subnotificação de variáveis sociodemográficas importantes como a cor (80,3%), condição de moradia (51,8%) e renda familiar (33%). Além disso, outras variáveis apresentaram níveis consideráveis de subnotificação relacionados ao planejamento da gestação (26,8%) e caracterização do processo gestacional (19,6%), bem como os meios de tentativa de autoextermínio (14,8%). Ademais, foram encontradas também taxas de subnotificação de itens que não são constituintes oficiais do documento padrão de acolhimento, o que por si só já parece ser problemático, como o sexo do agressor (30,7%) e o local de perpetração da violência (29,3%). As variáveis de cor do usuário, sexo do agressor e local de perpetração da violência, aparecem como



lacunas expressivas e potencialmente problemáticas no que diz respeito às possibilidades de formulação de necessidades de saúde e, conseqüentemente, à produção de saúde do público infanto-juvenil vítima de violência que faz uso do referido serviço.

Na direção da necessidade e da demanda, faz-se necessário investigar como o usuário ou familiar solicitam o serviço e como eles se comunicam com os profissionais de saúde, dessa forma, surge o conceito de queixa principal, que é entendida como “o problema atual para o qual o paciente procura ajuda profissional (ou foi encaminhado para isso)” (MACKINNON; MICHELS; BUCKLEY, 2018). Destarte, o presente estudo identificou diversas queixas relativas ao público infanto-juvenil vítima de violência que foram registradas em prontuário no momento do acolhimento pelos profissionais do referido serviço. A análise frequencial permitiu compreender que agressividade/irritabilidade, a dificuldade na interação social, o humor rebaixado, o comportamento suicida, a autolesão, a insônia/sonolência e a dificuldade na aprendizagem se mostraram significativamente prevalentes entre a amostra. Posto isso, ainda que as vivências e os contextos das violências sejam singulares para cada usuário, é possível observar tendências importantes de demanda no serviço em questão. Entretanto, não se tem o intuito de analisá-las de forma isolada e muito menos de entendê-las como as necessidades absolutas de saúde desse público. Defende-se a pertinência de se investigar, juntamente com outros dispositivos de saúde, os fatores constituintes e perpetuadores das violências levantadas. À vista disso, é importante também identificar quais são as reais necessidades, bem como os contextos de vida desses usuários, com o intuito de melhorar a eficácia e a qualidade do serviço ofertado que, provavelmente, irá receber casos similares no futuro se considerarmos o panorama geral de violência da sociedade brasileira contemporânea.

A análise de correlações (tabela 1, pag. 14) permite-nos reflexões importantes. O Bullying se relacionou com diversas queixas relevantes, entre elas o comportamento suicida e a autolesão, dois sinais de sofrimento psíquico que tem se tornado cada vez mais comuns no cotidiano das práticas em saúde mental segundo

a percepção dos profissionais, sendo o primeiro de grande destaque no debate público. Assim sendo, é possível pensar estratégias de cuidado voltadas para a prevenção e discussão do suicídio no serviço, tomando como público-alvo crianças e adolescentes que tenham sido vítimas de tal violência. Os maus-tratos apresentaram relações importantes com a agressividade e a autolesão, além do rebaixamento do humor, apontando possíveis direcionamentos com relação à conduta terapêutica dos usuários vítimas desse tipo de violência. O testemunho de violência mostrou relações com a taquicardia, sudorese e falta de ar, que são sintomas comumente relacionados aos quadros de ansiedade e ao transtorno de estresse pós-traumático.

Foi evidenciado também, pelas medidas de correlação, a prevalência da violência sexual nos usuários do sexo feminino, apontando assim um público-alvo prioritário se e quando esse assunto for abordado no serviço. Ademais, observou-se também relações entre a queixa de dificuldade na interação social com a violência sexual o que também pode indicar caminhos em relação ao manejo terapêutico de vítimas de violência sexual inseridos no serviço. Outro achado importante diz respeito às tentativas de autoextermínio que apresentaram relações significativas também com o sexo feminino, com comportamentos autolesivos e histórico de autoextermínio na família. O protagonismo do sexo feminino encontrado em relação ao comportamento suicida está de acordo com os dados levantados pela OMS (2014) em relação ao Brasil. Faz-se necessário portanto, por meio da leitura desses achados, ressaltar a importância de uma investigação aprofundada e minuciosa do histórico familiar dos usuários dos serviços de saúde mental, principalmente do sexo feminino, com o intuito de prevenir possíveis comportamentos suicidas e outras circunstâncias prejudiciais que também possam estar relacionados à influência da família sobre o sujeito, seja ela de qual natureza for.

As relações encontradas pelo teste do qui-quadrado se aproximam ao preconizado pela OMS (2016) que propõe que a violência contra crianças e adolescentes esteja relacionada, no âmbito da saúde mental, com depressão, ansiedade, agressividade, transtorno de estresse pós-traumático e suicídio. Nessa direção, o psicodiagnóstico aparece como mais uma ferramenta para a compreensão

da interação entre o usuário e os serviços de saúde, entretanto, são necessárias algumas considerações. A psicopatologia “inclui um grande número de fenômenos humanos especiais, associados ao que se denominou historicamente de doença mental” (DALGALARRONDO, 2008). Argumenta-se, todavia, que, apesar da ciência psicopatológica tomar por objeto o homem em sua totalidade, nunca será possível reduzi-lo a conceitos psicopatológicos (DALGALARRONDO, 2008). Assim sendo, entende-se o psicodiagnóstico como mais um dos instrumentos técnicos no cuidado em saúde mental e jamais como uma explicação absoluta do sujeito que sofre. Em vista disso, a relação de psicodiagnósticos encontrada não pode ser usada para definir os sujeitos e deve ser considerada como uma forma de ampliar o entendimento acerca de seu sofrimento. Os transtornos do comportamento e transtornos emocionais, seguidos pelos transtornos de humor e pelo retardo mental foram os psicodiagnósticos mais prevalentes, portanto, temos, somados ao conjunto de queixas mais encontradas, indicativos de como orientar o trabalho terapêutico do público infanto-juvenil vítima de violência inseridos no serviço de saúde mental especializado em questão.

Por fim, ao analisarmos o perfil da violência na amostra, fica evidente que, aproximadamente, uma em cada quatro crianças/adolescentes inseridas no referido serviço de saúde mental sofreu algum tipo de violência. A predominância dos maus tratos denuncia um tipo de violência complexa pelo fato de ocorrer dentro dos lares e ser perpetrada, majoritariamente, por indivíduos familiares às vítimas e do sexo masculino. O testemunho de violência, assim como os maus tratos, ocorreu, predominantemente, nas residências, por indivíduos familiares e do sexo masculino. As implicações dos dados são significativas pois podem contribuir para o desenvolvimento de um planejamento estratégico de cuidado específico, evidenciando a necessidade de maior fortalecimento de vínculo com estes contextos familiares.

O Bullying apresenta prevalência próxima aos maus-tratos e emerge também como uma questão problemática pelo fato de os prontuários, na maioria dos casos, não possuírem informações sobre o sexo e a quantidade de agressores, ou mesmo o

contexto dos atos violentos (racismo, homofobia, transfobia, gordofobia, misoginia, etc), apresentando-se de forma incipiente se levarmos em conta que a maioria dos registros continha apenas termos como “sofreu Bullying” ou mesmo “Bullying”. Os aspectos mencionados podem vir a dificultar a análise qualitativa desses eventos cujos dados poderiam contribuir significativamente para a formulação de novas estratégias de cuidado em saúde mental mais direcionadas e específicas, envolvendo, possivelmente, ações conjuntas com as escolas, local predominante desse tipo de violência.

A violência por parceiro íntimo, encontrada em menor frequência, foi perpetrada por indivíduos do sexo masculino e não familiares. No que diz respeito à violência sexual, a maioria dos agressores não eram familiares das vítimas, além disso, observou-se uma ausência significativa de informação em relação ao local dessas violências. Nota-se ainda a prevalência do sexo masculino como agressor desse tipo de violência. Vale ressaltar que, durante o processo de realização da presente pesquisa, foram identificados nos prontuários, assim como nos casos de Bullying, termos genéricos referentes à violência sexual como “sofreu abuso” ou “abuso sexual na infância”, não havendo, por vezes, registro da idade do sujeito quando sofreu a violência, nem do local e nem do perfil do agressor. Considerando o grau de complexidade da violência sexual, concomitante ao déficit de informações coletadas, parece ser de suma importância estimular a formação para as práticas de cuidado específicas e a coleta integral dos dados relativos aos casos que contenham episódios desse tipo de violência no serviço. As informações coletadas e compartilhadas entre os serviços envolvidos podem permitir compreender melhor os contextos nos quais a violência sexual voltada a crianças e adolescentes ocorre bem como as características de seus perpetradores, sendo imprescindíveis para o trabalho em rede. Assim sendo, faz-se indispensável buscar promover direcionamentos mais específicos de cuidado a esse público e também, possivelmente, desenvolver ações conjuntas e interdisciplinares com Conselhos Tutelares e Unidades Básicas de Saúde voltadas para a prevenção e monitoramento dessa violência.

Os aspectos mencionados tornam necessário retomar a lacuna existente entre a necessidade e a demanda no serviço. Fundamentado em todas as informações encontradas por este trabalho, é preciso questionar a natureza das estratégias de cuidado adotadas. Indaga-se, portanto, se o cuidado ofertado está sendo direcionado apenas pela leitura superficial da sintomatologia e do psicodiagnóstico, refletindo ações baseadas na demanda, ou se existem ações investigativas e integrativas de cuidado em rede que refletiriam e atenderiam as reais necessidades do público que faz uso do serviço. Ademais, faz-se necessário indagar também se a formulação de estratégias de cuidado, seja na instituição investigada, seja nos outros dispositivos de saúde da cidade, leva em conta, de fato, a violência como variável determinante de saúde.

O cuidado de crianças e adolescentes vítimas de violência inseridos em serviços de saúde mental especializados, diante de um cenário nacional, como já mencionado, fragmentado e deficitário, parece ser insuficiente. O panorama de subfinanciamento dos serviços de saúde brasileiros pode manifestar-se como um grave problema perante dispositivos tão novos e ainda em implementação como os CAPSij, desse modo, o trabalho em rede e a interdisciplinaridade preconizada pelas propostas de humanização do cuidado em saúde podem encontrar entraves significativos.

Em se tratando de um caso de violência contra criança ou adolescente, percebe-se, minimamente, o envolvimento de dimensões psicossociais bem como aspectos de violação de direitos e, por consequência, acaba por convocar Conselhos Tutelares, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial da infância e juventude (CAPSij), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e outros. Assim sendo, os achados do presente estudo denunciam uma necessidade significativa de melhorar a qualidade da coleta de dados relativos a essas violências, a importância da articulação entre equipes, profissionais e dispositivos da rede, além de revelarem uma lacuna expressiva relativa ao combate a esses tipos de violência na rede assistencial de saúde do município. Entende-se, todavia, que existem muitos problemas que vão além do alcance dos gestores e profissionais da saúde localmente

situados, mostrando assim a necessidade de que eles sejam abordados também do ponto de vista macroestrutural, sistêmico e político, envolvendo a articulação entre o SUS e o Sistema Único de Assistência Social brasileiros, além da esfera educacional.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao esboçar o perfil de crianças e adolescentes vítimas de violência inseridas em um CAPSij, as reflexões ensejadas por este estudo podem vir a contribuir, no futuro, para a formulação de políticas públicas e estratégias de cuidado mais direcionadas e, potencialmente, mais eficazes no que diz respeito à produção de saúde desses sujeitos que se encontram diante de contextos de violência. Em relação às limitações, é importante ressaltar que os dados evidenciados, sendo de caráter secundário, estão sujeitos às influências de quem narra o sofrimento, assim como de quem o registra, sendo, portanto, condicionados ao processo de interação entre usuários e profissionais de saúde. Ademais, os dados apresentados não possibilitam a construção de estimativas acerca da coocorrência entre sofrimento psíquico e violência pela população de crianças e adolescentes em geral, devendo estas serem produzidas por estudos epidemiológicos, sobretudo em razão de que, possivelmente, parte desta população não tem acesso aos serviços especializados. Assim sendo, sugere-se o desenvolvimento de estudos semelhantes em outras regiões do país bem como em outros dispositivos de saúde e instituições do município que possam estar relacionados com o cuidado do público em questão.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm#art266](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266) Acesso em: 16 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf) Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf) Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de implementação do quesito Raça/Cor/Etnia**. Universidade de Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_implementacao\\_raca\\_cor\\_etnia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implementacao_raca_cor_etnia.pdf) Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL, Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 abr. 2016. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581)

BRONFENBRENNER. U, MORRIS P. The ecology of developmental processes. In: LERNER, R. M. (organizador). **Handbook of child psychology**: Theoretical models of human development. New York: John Wiley, 1998. cap 17, p. 993-1027.

CAMPOS, O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 79-81, jun. 1969. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101969000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101969000100010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2020.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, dez. 2008. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 10 out. 2020.

DALGALARRONDO, P. Definição de psicopatologia e ordenação dos seus fenômenos. *In*: DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2°. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 2, p. 27-30.

DIÁCOMO, M. J.; DIÁCOMO, I. A. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado**. 6° ed. Curitiba: Ministério Público do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2013. Disponível: [https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/caopca/eca\\_annotado\\_2013\\_6ed.pdf](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/caopca/eca_annotado_2013_6ed.pdf) Acesso em: 14 out. 2020.

DOYLE, I. Estudo da normalidade psicológica. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 155-170, jun. 1950. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1950000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1950000200004&lng=en&nrm=iso) Acesso em 10 out. 2020.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 83-92, jan. 2018. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100083&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100083&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 10 out. 2020.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n. 2, p. 48-55, abr. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 10 out. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Brasil: 2010. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama> Acesso em: 14 out. 2020.

LIMA, L. S. de. **Estudo da Saúde de Adolescentes usuários do CAPSi**: níveis de estresse, sintomatologia psiquiátrica e violência. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012. Disponível em:



<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/10315/LIMA%2C%20LETICIA%20SALDANHA%20DE.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 15 out. 2020.

MACKINNON, R. A.; MICHELS, R.; BUCKLEY, P. J. Princípios Gerais da Entrevista. In: MACKINNON, R. A.; MICHELS, R.; BUCKLEY, P. J. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**: de acordo com o DSM-5. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. cap. 1, p. 3-62.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00156119, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID 10**: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10a rev. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf> Acesso em: 10 out. 2020.

PINHEIRO, P. S. Violência contra crianças: informe mundial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1343-1350, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500023&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 10 out. 2020.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. da C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 7, ed. 4, p. 757-776, 2002. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2002.v7n4/757-776/pt>. Acesso em: 15 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **INSPIRE**: seven strategies for ending violence against children. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/inspire/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/). Acesso em: 10 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 15 out. 2020.