

NATÁLIA AMARAL HILDEBRAND

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA TRANSTORNOS
MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

CAMPINAS

2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA TRANSTORNOS
MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Natália Amaral Hildebrand

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do título de Mestra em Ciências, área de concentração da Saúde da Criança e do Adolescente. Sob orientação da Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli e co-orientação da Profa. Dra. Eloisa Helena Rubello Valler Celeri.

CAMPINAS

2012

iii

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

H544f Hildebrand, Natália Amaral, 1981-
Fatores de risco e proteção para transtornos mentais
em crianças e adolescentes vítimas de violência
doméstica / Natália Amaral Hildebrand. -- Campinas, SP :
[s.n.], 2012.

Orientador : Maria de Lurdes Zanolli.
Coorientador : Eloisa Helena Rubello Valler Celeri.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Criança. 3. Adolescente. 4.
Fatores de risco. 5. Violência doméstica. I. Zanolli, Maria
de Lurdes, 1954-. II. Celeri, Eloisa Helena Rubello
Valler, 1959-. III. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Risk factors and protection for mental disorders in children and teenagers victims of domestic violence.

Palavras-chave em inglês:

Mental health

Child

Adolescent

Risk factors

Domestic violence

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Titulação: Mestra em Ciências

Banca examinadora:

Maria de Lurdes Zanolli [Orientador]

Sheila Cavalcante Caetano

Renata Cruz Soares de Azevedo

Data da defesa: 27-08-2012

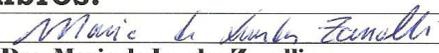
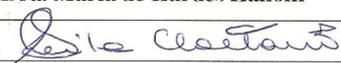
Programa de Pós-Graduação: Saúde da Criança e do Adolescente

FOLHA DE APROVAÇÃO

Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

Aluna Natália Amaral Hildebrand

Orientador: Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli

Membros:

Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli

Profa. Dra. Sheila Cavalcante Cactano

Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas.

Data: 27/08/2012

*Dedico este trabalho ao meu marido
Victor, meus pais Renato e Evani, a minha
filha Sophia. Muito obrigada pelo apoio
nos momentos difíceis, orientação,
incentivo e paciência.*

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli, pelo constante aprendizado, pela atenção, amizade, paciência e dedicação neste período.

À co-orientadora Profa. Dra. Eloisa Helena Rubello Valler Celeri, pela confiança, apoio, pelo aprendizado e amizade.

Ao Prof. Dr. André Moreno Morcillo, responsável pela análise estatística, por seus ensinamentos e pela grande paciência.

Aos sujeitos deste estudo e suas famílias pela participação na pesquisa.

A toda equipe do CREAS e dos Serviços Especializados conveniados que se empenharam colaborando com esse estudo.

A todos os profissionais da educação pela participação na pesquisa.

À Secretaria de Assistência, Cidadania e Inclusão Social e a Secretaria de Educação Municipal de Campinas, assim como a Secretaria Estadual de Educação por autorizarem a realização deste estudo.

Às Prof. (as) Dr.(as) Denise Barbieri Marmo e Angélica Maria Bicudo Zeferino pela participação na qualificação, críticas e sugestões.

Às Prof. (as) Dr.(as) Sheila Cavalcante Caetano e Renata Cruz Soares de Azevedo pela participação na defesa, críticas e sugestões.

A toda minha família pelo apoio, incentivo e paciência. Em especial ao meu marido Victor, aos meus pais Renato e Evani e aos meus sogros Tineke e Paulino por me ajudarem a cuidar da pequena Sophia, que agradeço simplesmente pela sua existência...

À FAPESP (Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de São Paulo) pelo apoio financeiro.

RESUMO

Introdução: Existe uma tendência natural de enxergar a infância como um período na vida em que o sujeito está isento de problemas ou qualquer tipo de preocupação. Entretanto, muitas crianças e adolescentes apresentam transtornos psiquiátricos, principalmente associados a fatores de risco como situações de violência doméstica.

Objetivo: Estudar fatores de risco e proteção para transtornos mentais em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica; e, sob a perspectiva da promoção da saúde, verificar propostas de encaminhamento em relação ao projeto terapêutico individual das crianças, adolescentes e suas famílias.

Método: Este estudo utilizou as abordagens quantitativa e qualitativa. Os sujeitos desta pesquisa foram crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica (de 4 a 16 anos) e suas famílias, atendidos por instituições que compõe o Serviço Especializado nesta temática, vinculados ao CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) do Município de Campinas, além dos professores e profissionais da área da psicologia e promoção social que os acompanham. Para a coleta de dados, foram aplicados instrumentos estruturados, entrevista semiestruturada e grupo focal. Este estudo utilizou inicialmente dois questionários de aplicação individual, SDQ – *Strength Difficults Questionarie*, para identificar problemas de saúde mental e DAWBA – *Development and Well-Being Assessment*, que tem como objetivo gerar diagnóstico em saúde mental infanto-juvenil. Para obter maior confiabilidade no diagnóstico, o segundo instrumento foi aplicado nas três versões existentes (crianças ou adolescentes, responsáveis e professores). Depois, realizou-se um Grupo Focal com os profissionais que acompanham as famílias com o objetivo de propor uma discussão sobre a problemática das crianças e adolescentes em

atendimento, fatores de risco e proteção, atuação profissional e sobre o encaminhamento em relação ao projeto terapêutico dos indivíduos e suas famílias.

Resultados: A prevalência de problemas de saúde mental no grupo estudado foi de 65,5% (IC 95%; 59,3-71,3). Foram fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologias na infância e juventude: uso preocupante de bebida alcoólica do responsável ($p=0,018$), este estar fora do processo produtivo ($p=0,04$), e a idade dos sujeitos, pois quanto maior a idade, maior o número de transtornos psiquiátricos (comorbidade). Foi fator de proteção o responsável estar inserido em algum tipo de trabalho. Verificou-se através do grupo focal a necessidade de: mudanças em relação às condições de trabalhos dos profissionais dos Serviços Especializados; realização de um trabalho efetivo de articulação em rede visando à mudança de paradigma sobre o fenômeno da violência doméstica na infância e juventude; rever e avaliar políticas públicas efetivas de prevenção e tratamento dessa população.

Considerações Finais: A violência doméstica vivenciada na infância e juventude é, por si só, um fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes, sendo agravado pelo uso preocupante de bebida alcoólica do responsável ou este estar fora do processo produtivo. Além disso, identificou-se que quanto maior a idade, maiores são os riscos de transtornos psiquiátricos, principalmente de comorbidades. É fundamental garantir a integralidade do cuidado e o avanço na efetivação dos direitos das crianças e adolescentes, sendo para isso, necessário rever e avaliar políticas públicas efetivas de prevenção e de tratamento especializado em Saúde Mental para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

Palavras Chaves: Saúde Mental, Criança, Adolescente, Fatores de Risco, Violência Doméstica.

ABSTRACT

Introduction: There is a natural tendency to see childhood as a period in life when the subject is free of any problems or concerns. However, many children and adolescents have psychiatric disorders, mainly associated with risk factors such as domestic violence situations.

Objective / Aims: To study risk and protection factors for psychiatric disorders in children and adolescents victims of domestic violence, and, from the perspective of health promotion, verify referral proposals in relation to the individual therapeutic project for children, adolescent and their family.

Method: This study utilized quantitative and qualitative approaches. The subjects of this research were children and adolescents victims of domestic violence (4-16 years) and their families, attended to a Specialized Service in care of domestic violence against children and adolescents in the city of Campinas, in addition to teachers and professionals of psychology and social promotion area that accompany them. For data collection, structured instruments, semi-structured interviews and focus groups were applied. This study initially used two questionnaires for individual applications, SDQ – *Strength Difficults Questionarie*, to identify mental health problems and DAWBA – *Development and Well-Being Assessment*, that aim to generate diagnosis in child and adolescent mental health. For greater reliability in the diagnosis, the second instrument was applied in the three existing versions (children or adolescents, caregiver/ parents and teachers). Then, it was performed a Focus Group with professionals that accompany the families in order to propose a discussion and analysis about the diagnosis of children and adolescents in care, risk and protection factors,

professional activity and also on the referral in relation to therapeutic project of each individual and their family.

Results: It was verified a prevalence of 65.5% of mental health problems in studied group. The risk factors for the development of psychopathologies in childhood and young adulthood included: alarming use of alcohol charge caregiver /parents ($p=0,018$), this one being out of the productive process ($p=0,04$) and the age of the subjects ($p=0,031$), because the higher the age, the greater the number of psychiatric disorders (comorbidity). It was a protection factor the caregiver/ parents be inserted in some kind of work. It was verified through focus groups the need of: changes in the work conditions of the professionals of Specialized Services; a construction of an effective network articulation aiming to change the paradigm of the domestic violence phenomenon in childhood and young adulthood; review and evaluate effective public policies of prevention and treatment of this population.

Conclusion: The domestic violence experienced in childhood and young adulthood is, by itself, a significant risk factor for the development of psychiatric disorders in children and adolescents, aggravated by the alarming use of alcohol charge caregiver /parents or this one being out of the productive process. Furthermore, it was found that the higher the age, the greater the risk of psychiatric disorders, especially of comorbidities. It is essential to ensure the integrality of care and the progress in the effectuation of children and adolescents rights, and for this, it is necessary to review and evaluate effective public policies of prevention and specialized treatment in Mental Health for children and adolescents victims of domestic violence.

Key words: Mental Health, Children, Adolescents, Risk Factors, Domestic Violence.

LISTA DE ABREVIATURAS

A	Anormal
AG	Ansiedade Generalizada
APA	Associação Psiquiátrica Americana
AS	Ansiedade de Separação
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
DAWBA	Development and Well-Being Assessment (Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes)
DSM IV TM	Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
DM	Depressão Maior
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESCCA	Exploração sexual contra crianças e adolescentes
FE	Fobia Específica
FS	Fobia Social
L	Limítrofe
LOAS	LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
N	Normal
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAEFI	Programa de Acompanhamento Especializado às Famílias e Indivíduos
PAIF	Programa de Atenção Integral às Famílias
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PUCC	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
QOT	Qualquer Outro Transtorno

SADA	Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem
SDQ	<i>Strength Difficults Questionarie</i> (Questionário de Capacidades e Dificuldades)
SM	Salários Mínimos
SIGM	Sistema Integrado de Governança Municipal
SISNOV	Sistema de Notificação de Violência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Transtorno de Conduta
TAB	Transtorno de Alimentação (Bulimia)
TAO	Transtorno de Alimentação (Outros)
TDA	Transtorno de Déficit de Atenção
TDAH Comb	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade Combinado
TDO	Transtorno Desafiador Opositivo
TO	Terapeuta Ocupacional
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TEPT	Transtorno de Estresse Pós Traumático
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VDCCA	Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes
VIJ	Vara da Infância e Juventude
WHO	World Helth Organization (Organização Mundial de Saúde)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização geral da população em relação aos aspectos socioeconômicos e culturais.....	80
Tabela 2.	Prevalência de possíveis Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao sexo e grupo etário.....	82
Tabela 3.	Frequência do Número (Agrupado) de Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação à Faixa Etária.....	84
Tabela 4.	Frequência do Número (Agrupado) de Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao Número de Violências sofridas.....	84
Tabela 5.	Frequência da Presença dos Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao Sexo.....	86
Tabela 6.	Frequência dos Transtornos Psiquiátricos (Agrupados) nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao Sexo.....	86
Tabela 7.	Frequência dos Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação à Faixa Etária.....	88
Tabela 8.	Frequência dos Transtornos Psiquiátricos (Agrupados) nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação à Faixa Etária.....	89
Tabela 9.	Caracterização da Violência Doméstica.....	90
Tabela 10.	Frequência dos Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao Tipo de Violência Principal Sofrida.....	91
Tabela 11.	Frequência dos Transtornos Psiquiátricos (Agrupados) nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao Tipo de Violência Principal Sofrida.....	92
Tabela 12.	Frequência da Presença de possíveis de Fatores de Risco para Transtornos Psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.....	93
Tabela 13.	Prevalência do número de Fatores de Risco em relação aos Transtornos Psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.....	94
Tabela 14.	Frequência da Presença de possíveis de Fatores de Proteção para Transtornos Psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.....	95

SUMÁRIO

<i>RESUMO</i>	<i>xi</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>xv</i>
<i>LISTA DE ABREVIATURAS</i>	<i>xix</i>
<i>LISTA DE TABELAS</i>	<i>xxiii</i>
<i>INTRODUÇÃO</i>	31
APRESENTAÇÃO.....	33
INTRODUÇÃO TEÓRICA.....	37
1. A violência doméstica contra crianças e adolescentes e suas manifestações.....	37
2. Saúde mental infanto-juvenil.....	43
3. Fatores de risco e proteção para transtornos mentais em crianças e adolescentes.....	48
4. Possibilidades de intervenção.....	51
<i>OBJETIVOS</i>	59
Objetivo Geral.....	61
Objetivos Específicos.....	61
<i>MATERIAL E MÉTODOS</i>	63
1. Métodos.....	65
2. O serviço especializado e o fluxo de atendimento no município de Campinas.....	65
3. Sujeitos, critérios de inclusão, exclusão e aspectos éticos.....	67
4. Instrumentos e procedimentos.....	68
4.1 Coleta de dados.....	68
1ª. Etapa – Aplicação do SDQ (<i>Strenghts and Difficulties Questionnaire</i>).....	68
2ª. Etapa – Aplicação do DAWBA (<i>Development and Well-Being Assessment</i>)...	70
3ª. Etapa – Grupo focal.....	71
4ª. Etapa: Caracterização e contextualização da população estudada.....	72

A) Caracterização geral.....	72
B) Caracterização dos fatores de risco e proteção.....	72
4.2 Dificuldades encontradas.....	73
5. Análise estatística.....	75
6. Análise qualitativa.....	75
<i>RESULTADOS</i>	77
1. Caracterização geral da população.....	79
2. Diagnóstico de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.....	81
2.1 Prevalência de risco de psicopatologia: SDQ.....	81
2.2 Diagnóstico de transtornos psiquiátricos: DAWBA.....	83
3. Caracterização da violência doméstica infanto-juvenil.....	89
4. A Repercussão da violência na saúde mental infanto-juvenil.....	90
5. Fatores de risco e proteção para transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.....	92
5.1 Fatores de risco.....	92
5.2 Fatores de proteção.....	94
6. Grupo focal.....	95
6.1 Fatores de risco e proteção.....	96
6.2 A Relação da violência com os transtornos mentais.....	98
6.3 Prática dos serviços especializados no acompanhamento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e suas famílias.....	100
6.3.1 Fluxo de atendimento e encaminhamento.....	101
6.3.2 Estratégias ou técnicas de atendimento.....	103
6.3.3 Articulação da rede de serviços/ atendimento e seus entraves.....	105
6.4 Dificuldades e entraves na atuação do Serviço Especializado.....	110
6.4.1 Atuação no atendimento com as famílias.....	110

6.4.2 Funções desempenhadas, meta de atendimento e carga horária de trabalho.....	114
6.4.3 Rotatividade de profissionais no Serviço Especializado.....	116
6.5 Políticas públicas de atendimento.....	117
6.6 Propostas de mudanças no atendimento/ acompanhamento	123
<i>DISCUSSÃO</i>	125
1. Caracterização da população: geral e em relação à violência.....	127
2. Prevalência de transtornos psiquiátricos infanto-juvenis em vítimas de violência doméstica no município de Campinas.....	130
3. Fatores de risco e proteção para transtornos psiquiátricos e vítimas de violência doméstica vivenciada na infância e juventude.....	133
4. Prática dos serviços especializados e seus entraves.....	143
5. Políticas públicas e propostas de mudanças.....	153
<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	159
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	163
<i>ANEXOS</i>	179
ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I.....	181
ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II.....	182
ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido III.....	183
ANEXO 4: Fluxograma de Atendimento à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes - Campinas 2004 (Violência sem lesão).....	184
ANEXO 5: Roteiro do Grupo Focal.....	185
ANEXO 6: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – Versão Pais (4 à 16 anos).....	186
ANEXO 7: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – Versão Auto Avaliação Pais (11 à 16 anos).....	188
ANEXO 8: DAWBA Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes – Versão Pais e de Autoaplicação.....	189
ANEXO 9: DAWBA Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes – Versão Professores.....	190

INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO

A violência é um fenômeno que está em foco e presente nos diversos âmbitos da nossa vida. Trata-se de um dos eternos problemas da teoria social, da prática política e relacional da humanidade diante do qual se pode afirmar o desconhecimento de alguma sociedade onde a violência não tenha estado presente.

Em relação aos Maus Tratos contra crianças e adolescentes a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1999) define como todas as formas de abuso ou violência (física, emocional ou psicológica, sexual, negligência, exploração comercial ou outra), no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder do adulto em relação à criança ou ao adolescente, sendo este capaz de causar qualquer tipo de dano real ou potencial para o desenvolvimento, capacidade de sobrevivência, saúde ou dignidade deste indivíduo.

Este é um fenômeno que se reproduz a partir de um ciclo e a criança que sofre violência doméstica ou maus tratos poderá reproduzi-la também das mais variadas formas (Walker, 1979).

Ao atuar profissionalmente como psicóloga me deparei com a violência doméstica infanto-juvenil ao trabalhar em um Centro de Referência Especializado no atendimento às crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Este é um fenômeno silencioso, complexo, multifacetário, que desperta no profissional diversos tipos de sentimentos.... penalização, raiva, compaixão.... e principalmente o desejo de transformar uma realidade tão chocante e devastadora, que deixa sequelas profundas para o resto da vida.

Estudos mostram associação entre vivenciar situações de violência e o aparecimento de diversos sinais e sintomas de ordem emocional (Assis et al., 2009b; Paula et al., 2008; Goodman et al., 2007; Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2001). Desta forma, é fundamental aprofundar as pesquisas nessa área temática, para que os profissionais possam se preparar ao menos teoricamente para lidar com questões tão complexas e marcantes.

Em relação ao atendimento às crianças e adolescentes que sofreram violações de direitos, como a violência doméstica, tem se desenvolvido ações nas áreas social e de saúde. O Ministério Social de Assistência e Combate a Fome tem implementado ações através da implantação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social). Já o Ministério da Saúde tem estimulado nos últimos anos a implementação de rede de assistência de base comunitária em acordo com as orientações da reforma psiquiátrica, que preconiza mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental.

Entretanto, mesmo com ações mais assertivas, a construção de uma política pública voltada à criança e o adolescente continua sendo um dos maiores desafios para o campo da saúde mental, principalmente quando relacionada às situações de violência doméstica. Esta, assim como a violência urbana tornou-se um problema de saúde pública, que aparentemente está longe de ser sanado, uma vez que as políticas de atendimento nesta área tem sido insuficientes para o cuidado em relação à saúde mental da população, assim como as políticas econômicas, sociais e educacionais.

O sofrimento mental na infância e adolescência é algo significativo que traz consequências devastadoras na vida desse sujeito e dos demais com quem convive, principalmente quando este carrega marcas, rótulos ou a própria segregação ou exclusão social. Desta forma, ressalta-se a necessidade de realização de um diagnóstico psiquiátrico e psicológico cuidadoso com o objetivo de desenvolver projetos terapêuticos individuais.

Nesta pesquisa foi realizada uma avaliação dos possíveis transtornos psiquiátricos em criança e adolescentes vítimas de violência doméstica atendidos em um Serviço Especializado, utilizando o maior número de informantes possíveis. O objetivo foi estudar fatores de risco e proteção para transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica; realizar a caracterização da população estudada; estimar a prevalência e gerar diagnóstico em saúde mental infanto-juvenil através da aplicação de dois Instrumentos (SDQ – *Strengths and Difficulties Questionnaire*¹, Anexos 6 e 7, e DAWBA – *Development and Well-Being Assessment*², Anexos 8 e 9); sob a perspectiva da promoção da saúde, verificar propostas de encaminhamento em relação ao projeto terapêutico individual das crianças, adolescentes e suas famílias; assim como realizar uma reflexão sobre as políticas públicas de atendimento nas áreas de prevenção e promoção da Saúde Mental infanto-juvenil com foco na violência doméstica. Esta análise torna-se fundamental para buscar a integralidade do cuidado, contribuir para o avanço na efetivação dos direitos das crianças e adolescentes ao atendimento e possibilitar aprender a lidar com as situações adversas.

Esta dissertação de mestrado foi dividida em seis capítulos. O capítulo da Introdução, além da apresentação, contém a introdução teórica discutindo a violência doméstica contra crianças e adolescentes, saúde mental infanto-juvenil, fatores de risco e proteção, as práticas de atendimento voltadas a essa população nas áreas social e de saúde, assim como propostas de intervenção e de políticas públicas tanto em relação à prevenção quanto ao tratamento. No segundo capítulo foram apresentados os Objetivos da pesquisa. No terceiro capítulo foi apresentada a Metodologia utilizada. O quarto capítulo trata-se dos

¹ <http://www.sdqinfo.com/>

² <http://www.dawba.com/>

Resultados encontrados nesse estudo, seguido pelo quinto capítulo que trata da Discussão Teórica dos resultados encontrados e por último, no sexto capítulo foram apresentadas as Considerações Finais dessa dissertação.

INTRODUÇÃO TEÓRICA

1. A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUAS MANIFESTAÇÕES

A violência doméstica contra crianças e adolescentes (VDCCA) é um fenômeno que traz à tona a questão da agressividade no ser humano e levanta reflexões sobre suas causas e consequências. Ao longo dos séculos observam-se as mais variadas formas de violência humana e agressividade, através das guerras, exploração social e racial, luta por território etc. Esses movimentos são gerados por impulsos agressivos que sempre estiveram relacionados à luta pela sobrevivência.

Para definir a agressão, a agressividade ou mesmo a violência humana recorre-se a diversos conceitos que envolvem diferentes enfoques e direcionamentos. Estes podem ser baseados em referenciais biológicos e comportamentais, que atribuem à agressividade a natureza instintiva do homem, com tendência natural a dominação do outro. Ou mesmo pode ser explicada a partir do referencial médico-psiquiátrico contido nos compêndios de psiquiatria, que enfatizam e definem a agressividade como distúrbios de conduta (Meneghel et al., 1998).

A violência pode ser compreendida enquanto um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, sendo a vida em sociedade seu espaço de criação e desenvolvimento, ou seja, um reflexo do próprio sistema social com suas iniquidades. Para entender esse fenômeno é necessário analisar a sua especificidade histórica, política, econômica, moral, as questões que envolvem o Direito, a Psicologia, as relações humanas e institucionais e também o seu plano individual (Minayo, 1994).

Para compreender o fenômeno da violência doméstica é necessário atentar para a forma como se estabelecem as relações e vínculos familiares permeados pela agressividade, especialmente quando se trata de uma criança e ou/ adolescente, um ser em pleno desenvolvimento social, biológico e psíquico.

Alguns autores (Azevedo e Guerra, 1995, 1998) discutem o tema a partir do Modelo Interativo Multicausal. Nesta perspectiva, é fundamental analisá-lo a partir de diversos aspectos, desde os mais gerais que envolvem a posição socio-histórica e cultural dos indivíduos, assim como os mais específicos, de acordo com as características individuais de cada um, a forma de se relacionar por meio da violência, sua história de vida, relações intrafamiliares, a relação com as patologias e psicopatologias, ou mesmo situações que ocorrem dentro de um contexto situacional.

De acordo com a OMS (WHO, 2002), a violência doméstica contra crianças e adolescentes é, infelizmente, um fenômeno que ocorre com muita frequência e de forma variada na maior parte do mundo. A respeito da incidência do fenômeno, os diversos países encontram-se em etapas diferentes no que diz respeito à capacidade para a coleta dos dados. Apesar de tais dificuldades, em 2000 estima-se que 1,6 milhões de pessoas morreram em todo o mundo por variadas formas de violência.

No Brasil, a incidência da violência de forma geral é significativa e preocupante, sendo as causas externas (acidentes, homicídios, suicídios e óbitos provenientes do confronto com a polícia) a principal causa de morte em crianças e adolescentes de 5 a 19 (Souza e Jorge, 2006).

De acordo com autores (Assis, 2009b; Azevedo e Guerra, 2006; Brasil, 2008), no Brasil não se pode contar com estimativas seguras quanto à magnitude do fenômeno da VDCCA, pois as pesquisas existentes utilizaram diferentes metodologias ou instrumentos

de aferição, grupos etários variados, além dos estudos estarem centralizados principalmente nas regiões sudeste e sul. Outra questão importante é o tradicional complô de silêncio, sendo difícil estimar a incidência real da violência doméstica, uma vez que a vítima muitas vezes se cala.

Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2008) apontam que o SUS (Sistema Único de Saúde) é a principal porta de entrada dos atendimentos relativos a violências e acidentes (causas externas) e tais situações representam em média aproximadamente 700 mil internações por ano.

O fenômeno da violência é algo que se reproduz e funciona a partir de um ciclo, ou seja, a criança que sofre violência doméstica poderá reproduzi-la das mais variadas formas (Walker, 1979), sendo fundamental estudá-la, pois se tornou um sério problema de saúde pública, principalmente pela grande incidência no mundo e o risco de repetição.

Azevedo e Guerra (1995, p.36) definem a Violência Doméstica contra criança e adolescente como:

Todo ato ou omissão praticada por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico e/ ou psicológico à vítima, implica, de um lado, uma transgressão de poder/ dever de proteção do adulto e, do outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Para Day et al. (2003), a violência doméstica assume quatro tipos mais comuns de manifestações, que são a violência física, sexual, psicológica e a negligência:

- A violência física ocorre quando alguém que possui algum vínculo familiar com a criança ou adolescente tenta ocasionar-lhe algum dano por meio de

força física, ou com o auxílio de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas.

- A violência sexual é toda ação na qual uma pessoa, a partir do estabelecimento de uma relação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas.
- A violência psicológica significa toda ação ou omissão que possa ocasionar prejuízos ou danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento biopsicossocial do sujeito. Esta é a forma mais subjetiva, embora seja muito frequente a associação com agressões corporais, que deixa profundas marcas no desenvolvimento e pode comprometer toda a vida mental desta criança ou adolescente.
- A negligência trata-se da omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, sobretudo àqueles que necessitam de cuidados, atenção ou orientação, em decorrência de questões relacionadas à idade ou alguma condição física, permanente ou temporária.

Pesquisas sobre a incidência dos diferentes tipos de violência no mundo apontam uma grande variabilidade do fenômeno. Em estudo realizado nos Estados Unidos em 1986 verifica-se que a principal forma de violência contra crianças e adolescentes é a negligência, seguida pela violência física e em menor frequência a sexual, sem dados sobre a violência psicológica (U.S. Department of Health and Human Services, 1991).

Em uma pesquisa realizada com homens e mulheres na Tanzânia (UNICEF, 2011) sobre a sua experiência de alguma forma de violência na infância e juventude, os

relatos apontam que a violência física foi a mais frequente, seguida pela psicológica e por último a sexual, com algumas diferenças entre os sexos, sem relatos sobre a negligência ou abandono.

Pesquisadores especialistas em VDCCA (Azevedo e Guerra, 2006) apontam que no mundo como um todo, as formas de violência mais relatadas são a física e a sexual, entretanto a negligência, a violência psicológica e fatal encontram-se encobertas e acabam recebendo outras denominações.

Em relação à incidência dos diferentes tipos de VDCCA no Brasil, foi realizado um estudo que analisou os registros das notificações efetuadas em Conselhos Tutelares (Costa et al., 2007). Neste, verificou-se que a violência mais frequente foi a negligência/abandono, seguida pela física, psicológica e a por último a sexual.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2012a³), segundo dados preliminares do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) notificados em 2011, apontaram que a negligência/abandono é o tipo de violência mais frequente na faixa etária de 0 a 9 anos, seguida pela violência sexual com pouca diferença entre elas. Na faixa etária de 10 a 14 anos a mais registrada foi a violência física, seguida também pela violência sexual. Já na faixa de 15 a 19 anos a mais frequente foi a violência física, seguida pela psicológica e em terceiro lugar a violência sexual.

Sendo assim verifica-se que os dados não correspondem a real situação da violência doméstica contra crianças e adolescentes no Brasil e no mundo, pois as notificações ainda estão muito aquém da real situação, principalmente pela ausência de

³ <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5242/162/abuso-sexual-e-o-segundo%3Cbr%3E-maior-tipo-de-violencia.html>

denúncias. É fundamental conhecer os números reais, pois a violência se manifesta de forma silenciosa e causa inúmeros prejuízos para suas vítimas.

Na literatura descrita abaixo encontrou-se a correlação entre o aparecimento de alguns sintomas físicos e psíquicos apresentados por crianças e adolescentes e a violência doméstica vivenciada.

De acordo com Martins (2006), crianças que sofrem negligência se mostram apáticas, com muita dificuldade de estabelecer contato com outras pessoas e de criar vínculos afetivos.

Ainda nesse sentido, Polanczyk et al (2003, p. 09) destacam que:

A violência sexual representa um sério problema de saúde pública, que implica em grande impacto físico e emocional para aqueles que a ela são expostos. Estudos mostram que crianças e adolescentes sexualmente abusados desenvolvem transtornos de ansiedade, sintomas depressivos e agressivos apresentam problemas quanto ao seu papel e funcionamento sexual e dificuldades sérias em relacionamentos interpessoais. Evidências ainda apontam para a existência da associação entre abuso sexual na infância e adolescência e ocorrência de depressão na idade adulta

Segundo Day et al. (2003), observa-se o aparecimento de danos imediatos e tardios em crianças e adolescentes expostos a situações de violência doméstica. Inicialmente verifica-se:

Pesadelos repetitivos, ansiedade, raiva, culpa, vergonha, medo do agressor e de pessoa do mesmo sexo, quadros fóbico-ansiosos e depressivos agudos, queixas psicossomáticas, isolamento social e sentimentos de estigmatização (Day et al., 2003, p. 14).

Outros danos que aparecem tardiamente são:

Aumento significativo na incidência de transtornos psiquiátricos, dissociação afetiva, pensamentos invasivos, ideação suicida e fobias mais agudas, níveis intensos de ansiedade, medo, depressão, isolamento, raiva, hostilidade, culpa, cognição distorcida, tais como sensação crônica de perigo e confusão, pensamento ilógico, imagens distorcidas do mundo e dificuldade de perceber a realidade, redução na compreensão de papéis complexos e dificuldade para resolver problemas interpessoais (Day et al, 2003, p. 14).

Quando é necessário retirar as crianças vitimizadas de suas casas, visto que se concluiu a impossibilidade de ressignificação dos vínculos familiares, observa-se que os efeitos da experiência vivida já se tornaram marcantes no psiquismo daquela criança ou adolescente e que repercutirão em toda sua vida (Martins, 2006).

Existe uma tendência em subestimar os efeitos da violência doméstica contra a criança e o adolescente como menos sérios ao acreditar que o impacto parece ser temporário e desaparecer no transcorrer do desenvolvimento infantil. Entretanto, o trauma vivenciado na infância precisa ser considerado, pois muitos efeitos não são verificados imediatamente, mas podem se manifestar a longo prazo.

2. SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL

Existe uma tendência natural de enxergar a infância como um período na vida em que o sujeito está isento de problemas ou qualquer tipo preocupação. Sentimentos como tristeza diante de perdas, raiva diante de frustrações, irritabilidade, alterações de humor e de comportamento podem ser manifestações de reações afetivas normais e não necessariamente requerem algum tipo de tratamento. Entretanto, situações de estresse intenso como violência urbana, perdas significativas, acidentes, entre outros, podem desencadear na criança ou no adolescente diversos sinais e sintomas de ordem emocional,

sendo estas respostas aos estressores físicos e psicossociais e de grande importância para o estudo das patologias psiquiátricas (Fu I et al., 2000).

Desta forma, verificou-se que a violência familiar experienciada na infância e juventude torna-se um fator de risco significativo para o desenvolvimento psicológico e neurobiológico, ainda mais quando tais situações ocorrem por períodos prolongados (Cicchetti e Valentino, 2006; Zeanah et al., 1997).

Quanto à saúde mental infanto-juvenil, a OMS (WHO, 2005) e o Ministério da Saúde (Brasil, 2005a) estimam que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de algum transtorno psiquiátrico.

O diagnóstico em psiquiatria infantil pode ser dividido em cinco grupos principais: 1) Transtornos Internalizantes (transtornos de humor, de ansiedade, distúrbios obsessivo-compulsivos e somatização) em que os sinais estão especialmente interiorizados nos indivíduos; 2) Transtornos Externalizantes (transtorno desafiador opositivo, de conduta e déficit de atenção de hiperatividade) em que as condutas estão mais dirigidas para o outro; 3) Transtornos do Desenvolvimento (transtornos invasivos e problemas de aprendizagem); 4) Transtornos Alimentares (bulimia, anorexia, hiperfagia, entre outros); 5) Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Assis et al, 2009b).

Fleitlich e Goodman (2000) realizaram uma revisão de estudos epidemiológicos a respeito da incidência de transtornos mentais na infância e adolescência e encontraram taxas muito variadas em estudos mais antigos que apontam prevalência de 5% a 15% das crianças entre 9 e 10 anos.

Na América Latina e Caribe, Duarte et al. (2003) identificaram dez trabalhos entre os anos de 1980 à 1999 que evidenciaram taxas de prevalência de 15 a 21% de problemas relativos a saúde mental infanto-juvenil.

Outros autores em estudos internacionais populacionais mais recentes encontraram uma grande variabilidade de problemas, com prevalência estimada de 1% a 51% (Assis et al., 2009b). A maioria dos estudos realizados em países em desenvolvimento como o Brasil aponta uma prevalência entre 10% e 20%, sendo que alguns encontraram um risco em torno de 30% (Paula et al., 2007; Canino et al., 2004; Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004).

Em pesquisa regional (Paula et al., 2007), realizada em uma comunidade de baixa renda do município de São Paulo, encontrou-se uma prevalência 24,6% de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes desconsiderando prejuízo funcional global e 7,3% com prejuízo funcional global (como o autismo).

Um estudo realizado na Coorte de Nascimentos de Pelotas (RS), de 1993, avaliou problemas de saúde mental em crianças de 11 anos utilizando o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). A prevalência encontrada foi de 32% (IC95%: 31-33). Tal pesquisa identificou como risco para transtornos mentais em etapas tardias, características maternas e socioeconômicas e fatores biológicos decorrentes de questões ocorridas na gestação que refletiram nas medidas de tamanho ao nascer (Gallo et al., 2011).

Em outras duas pesquisas brasileiras foram utilizados os instrumentos SDQ para triagem e DAWBA para diagnóstico. Na primeira, realizada em Taubaté (SP) foi encontrada uma prevalência de 12,7% de crianças e adolescentes com diagnóstico de transtornos mentais (Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004). Na segunda realizada com pré-adolescentes (idade entre 11-12 anos) da coorte de nascimentos de Pelotas (RS), de 1993, a prevalência de pelo menos uma desordem psiquiátrica foi de 10,8 % e os tipos de transtornos mais frequentes foram o comportamento disruptivo e transtornos de ansiedade (Anselmi et al. 2010).

Estes estudos apresentaram taxas de prevalência globais e individuais de transtornos psiquiátricos semelhantes ao de outras pesquisas internacionais (Goodman et al., 2005; Leung et al. 2008; Canino et al. 2004; Srinath et al. 2005; Hackett et al. 1999), sugerindo universalidade de transtornos psiquiátricos em diferentes culturas e corroborando resultados anteriores (Anselmi et al. 2010). Desta forma, pode-se verificar confiabilidade nos instrumentos SDQ e DAWBA.

Um estudo de revisão de literatura a respeito da prevalência de exposição à violência e a associação com problemas de saúde mental em países em desenvolvimento aponta uma importante relação entre tais questões. Nas crianças a maior associação foi entre vivenciar situações de violência doméstica e apresentar transtornos externalizantes e entre abuso sexual e ideação suicida. Na população de forma geral foram encontradas altas taxas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) associado à violência doméstica e sexual (Ribeiro et al., 2009).

De acordo com Polanczy et al. (2003), em estudos realizados nos EUA apontam uma importante relação entre testemunhar situações de violência e apresentar sintomas de ansiedade, alteração de sono, sintomas de depressão e transtorno de estresse pós-traumático.

Quanto à prevalência de possíveis transtornos psiquiátricos associados a situações de violência doméstica vivenciada na infância e juventude, foram encontrados estudos principalmente sobre vítimas de violência sexual. Em pesquisa de período anterior, verificou-se um alto índice (69%) de transtorno de estresse pós-traumático associado a relatos de abuso sexual (Lorion e Saltzman, 1993).

Em outra mais recente sobre vítimas de violência sexual, verificou-se um alto índice de depressão nas meninas (59,2%) comparado aos meninos (38,6%) e de TEPT, sem

muitas diferenças entre os sexos, sendo 36,1% nas meninas e de 29,3% nos meninos (Serafim et al. 2011).

Assis et al. (2009b), em revisão de literatura, refere uma carência de pesquisas que enfatizam o fenômeno da violência de forma geral, entretanto tem ocorrido uma preocupação maior com a violência intrafamiliar e sua repercussão em relação aos problemas relativos à saúde mental em crianças e adolescentes. Os achados existentes encontram-se fragmentadas em decorrência de diferenças metodológicas, fatores culturais e sociais nos diversos países e regiões, o que torna difícil a comparação dos dados.

Em função dessas questões é fundamental ter muita cautela na realização do diagnóstico psicológico ou psiquiátrico. O critério diagnóstico classificatório é baseado em graduações, a partir do número e da intensidade dos sintomas apresentados (Fleitlich e Goodman, 2000). Para isso contamos com critérios operacionais provenientes de sistemas classificatórios como o DSM-IV TM (APA, 1995) ou o CID-10 (OMS, 1997).

Além dessas questões, essa ampla variação também reflete a dificuldade na delimitação da fronteira entre aquilo que é considerado normal ou patológico, já que não há limites para tal definição. Desta forma, é fundamental analisar o impacto que determinado sintoma tem na vida de uma criança ou adolescente para poder identificar a presença de um transtorno psiquiátrico que realmente requeira intervenção. Nesse sentido, verifica-se que apenas a presença de um determinado sintoma não preenche os critérios diagnósticos, mas isso não significa a ausência de sofrimento (Fleitlich e Goodman, 2000).

Para uma avaliação mais precisa é importante entender o quão prejudicial tem sido tais sintomas psíquicos na vida deste sujeito e qual a relevância do sofrimento emocional que estes têm causado para esta criança ou adolescente a ponto de prejudicá-los na realização de suas tarefas cotidianas (Rohde et al., 2000).

Ainda de acordo com os autores, o diagnóstico clínico e a coleta de dados para a anamnese, devem ser realizados com o maior número de informantes possíveis (criança e adolescentes, pais e professores), embora nem sempre exista concordância entre eles sobre as condições de saúde mental das crianças e adolescentes. Pelas suas características subjetivas, na anamnese, é possível encontrar dificuldades, uma vez que os adultos (pais ou professores) podem subestimar ou superestimar a manifestação dos sintomas psiquiátricos de seus filhos ou alunos; além disso, a própria criança e/ou adolescente pode não conseguir expressar verbalmente seus sentimentos e também não compreender aquilo que sente como um sintoma. Por essas razões, na realização do diagnóstico deve-se contar também com um conjunto de instrumentos e técnicas (escalas objetivas, avaliação neurológica, testes psicológicos etc). Entretanto, para a realização de uma avaliação eficaz é importante unir as diversas ferramentas e analisá-las de maneira criteriosa e cuidadosa a partir de uma escuta qualificada do profissional.

3. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Discutir sobre fatores de risco e de proteção de psicopatologias em crianças e adolescentes torna-se fundamental para refletir acerca de possíveis estratégias de intervenções terapêuticas, de prevenção e de promoção da saúde. Dentro deste contexto destaca-se o conceito de resiliência, que representa a capacidade de um indivíduo responder e construir-se positivamente frente às adversidades, situações estressoras vivenciadas ou a exposição a traumas (Noronha et al., 2009; Rutter, 1987).

Este conceito vem contribuir principalmente para a não segregação desses sujeitos marcados pelo histórico de violência doméstica, pois os avanços alcançados na

investigação em torno das características e dos comportamentos resilientes, a acumulação crescente de conhecimentos em torno dos fatores e mecanismos protetivos, assim como as possíveis formas de promover a resiliência, situam-na nesta direção, em um local privilegiado para desenhar possíveis formas e conteúdos para um trabalho preventivo nos setores populares (Kotliarenco et al., 1997).

A resiliência apresenta diversas definições que vão desde um conjunto de competências e habilidades individuais, resultado de traços de personalidade e invulnerabilidade, influências ambientais, manifestação de competências diante de circunstâncias adversas ou o resultado do equilíbrio entre fatores protetores e de risco tanto individuais quanto sociais (Souza e Cerveny, 2006).

Entretanto, as autoras acima destacam que o conceito de resiliência trata-se de processo de construção, compartilhamento e ressignificação de experiências, portanto, deve ser visto no seu sentido mais amplo, envolvendo a resiliência familiar e comunitária e não apenas o individual, já que as transformações mostram o quanto o conceito de resiliência está impregnado no contexto socio-histórico e cultural.

Para Costa e Bigras (2007), crianças e adolescentes desenvolvem algumas competências e estas podem se configurar como preditores de resiliência. Esses atributos são a capacidade de resolver problemas e de abstrair na busca de novas soluções para problemas cognitivos e sociais, a competência social para a comunicação e para demonstrar empatia e resposta positiva ao contato (desde o início da vida) e também a capacidade de desenvolver um projeto de vida para o futuro. Os autores ainda ressaltam que a implementação de programas voltados à proteção e promoção da qualidade de vida são estratégias protetivas de atendimento para que a capacidade de resiliência se desenvolva nas crianças e adolescentes em risco.

Kotliarenco et al. (1997) partem da premissa que nascer em situação de privação socioeconômica e psicológica são condições e fatores de risco, tanto para a saúde física quanto mental das pessoas. Então, retoma-se o conceito de resiliência com enfoque dado as condições que possibilitam abrir-se para um desenvolvimento mais saudável e positivo.

Para Rutter (1987) e Werner (1989), conceitos como fatores de risco (vulnerabilidade) ou fatores de proteção podem ser definidos como a capacidade que as pessoas têm de modificar suas respostas frente às situações adversas. Os fatores de risco podem levar a reações como a não adaptação em todas as áreas de desenvolvimento do indivíduo, já os fatores de proteção teriam a função de atenuar as situações de vulnerabilidade. Esses não se constituem como conceitos diferentes, podendo ser considerados como polos positivo e o negativo de uma mesma questão. A essência de ambos é que precisam estar associados a variações em relação aos riscos ou condições de vulnerabilidade. Sendo assim, características individuais, como personalidade, níveis de autoestima, sociabilidade, inteligência, ou fatores como coesão familiar, figuras significativas ou outros sistemas de suporte externos que promovam suporte emocional, podem possibilitar a vivência de situações adversas de maneira positiva ou negativa.

Noronha et al. (2009) aponta que os fatores de proteção podem reduzir o impacto dos riscos ou de reações negativa. Os riscos em muitos casos ocorrem associadamente (em cadeia), expondo o indivíduo a mais situações adversas que vão se agravando com a ausência de tratamentos ou fatores de proteção.

Desta forma, o conceito de resiliência vem contribuir para a reflexão sobre a importância da promoção da saúde mental infanto-juvenil, a partir da capacidade que o ser humano tem de responder as demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das

adversidades que enfrenta ao longo de seu ciclo vital de desenvolvimento. Isso é um resultado da combinação entre os atributos do indivíduo, de seu ambiente familiar, social e cultural.

4. POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

Para romper o ciclo de violência doméstica vivenciada na infância e juventude é necessário que exista uma ação conjunta de políticas públicas nas diversas áreas de atuação, assistência social, saúde, educação, cultura, esportes, habitação, segurança, etc. Atualmente o foco maior tem sido nas ações da Promoção Social e da Saúde, principalmente quando relacionado às consequências na área de Saúde Mental.

No Brasil, atualmente, às políticas públicas sociais de atendimento e proteção às pessoas que tiveram seus direitos violados, como no caso da violência doméstica, estão sobre responsabilidade do Ministério Social de Assistência e Combate a Fome. Em dezembro de 2003, na IV Conferência Nacional de Assistência Social, foi aprovado o reordenamento da gestão das ações de Assistência Social no Brasil. Com isso deliberou-se pela implantação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), modelo de gestão para todo território nacional, que integra os três entes federativos e objetiva consolidar um sistema descentralizado e participativo, instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei Federal nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993 (Brasil, 2005b).

Este vem organizar a oferta da assistência social no Brasil, promovendo uma situação de melhor qualidade de vida e proteção social a famílias, crianças, adolescentes e jovens, pessoas com deficiência e idosos, que dela necessitarem. As ações são baseadas nas orientações da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). A gestão dessas ações estão de acordo com Norma Operacional Básica (NOB) do SUAS (Brasil, 2005b), que disciplina

a descentralização administrativa do Sistema, a relação entre as três esferas do Governo e as formas de aplicação dos recursos públicos. Os governos federal, estadual e municipal são os gestores das ações socioassistenciais no Brasil, que são desenvolvidas em parcerias com as entidades socioassistenciais não governamentais, que através do repasse de verbas realizam o atendimento à população (Brasil, 2010b).

Desta forma, os serviços sócio assistenciais passam a ser organizados a partir do nível de complexidade com a implantação do SUAS, sendo dividido em Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial (Brasil, 2005b, Brasil, 2010b).

A **Proteção Social Básica** tem como o objetivo a *prevenção* de situações de risco através do desenvolvimento de potencialidades, aquisições, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Este atendimento/acompanhamento é realizado pelos CRAS (Centros de Referência de Assistência Social) (Brasil, 2005b; Brasil, 2010b).

O público atendido se constitui de famílias e indivíduos que vivem em condição de vulnerabilidade social, pobreza, privação (ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos, dentre outros), fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (Brasil, 2005b; Brasil, 2010b).

Os serviços de acompanhamento oferecidos através do Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF) são: atendimento psicossocial familiar, atendimentos e atividades socioeducativas para jovens, serviços de convivência intergeracionais (para crianças de 0 a 6 anos, idosos e pessoas com deficiência), ações e projetos de acesso à renda (como cursos profissionalizantes), benefícios eventuais (através dos programas de transferência de renda como Bolsa Família, Ação Jovem, Renda Mínima etc.) ou o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Os CRAS fazem o atendimento através de

técnicas de grupo e o individual quando necessário. De acordo com a complexidade do caso, este pode ser encaminhado a outro nível da Proteção Social (Brasil, 2005b; Brasil, 2010b).

Este seria a **Proteção Social Especial**, que tem como o objetivo a *proteção* de famílias e indivíduos em situações de risco ou violações de direitos, ou casos em que tenha ocorrido rompimento dos laços familiares e comunitários. Este tipo de atendimento ou acompanhamento é realizado pelos CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) (Brasil, 2005b; Brasil, 2010b).

A Proteção Social Especial é a modalidade de atendimento à população que vive em condição de risco pessoal ou social em decorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (Brasil, 2005b; Brasil, 2010b).

Os serviços de Proteção Social Especial são subdivididos em **Média Complexidade e Alta Complexidade**. São considerados de **Média Complexidade** aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com direitos violados, cujos vínculos familiares e comunitários ainda estejam preservados. Neste caso, requerem uma estrutura que permita atenção especializada, e /ou acompanhamento sistemático e monitorado. Já os serviços de **Alta Complexidade** garantem proteção integral (moradia, higienização e trabalho protegido). São dirigidos às famílias e indivíduos que se encontrem sem referência, em situação de ameaça e que nessas condições necessitem ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário (Brasil, 2005b; Brasil, 2010b).

O município de Campinas realizou a implantação do SUAS entre 2005 e 2009 através da instalação dos CRAS (atualmente são 11) nas regiões de maior vulnerabilidade

social da cidade e de um CREAS, que atende todas as regiões. Tanto os CRAS, quanto o CREAS desenvolvem ações através da parceria com entidades socioassistenciais não governamentais (Campinas, 2010).

Quanto às ações que estão sendo realizadas na área de Saúde, principalmente em relação à Saúde Mental, observa-se que estas seguem as atuais diretrizes do Ministério da Saúde de acordo com o SUS, e vem ao encontro da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, verifica-se estímulo em políticas públicas que preconizam mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental, visto a necessidade de intervenção nesta área (Assis et al., 2009a).

Trinta e cinco milhões de adolescentes com idade entre 10 e 19 anos foram identificados no Censo Demográfico brasileiro em 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse número, acrescido da população entre zero e nove anos (33 milhões), dimensiona a magnitude e a importância da necessidade de atenção à saúde mental desta faixa etária (Benetti et al., 2007, p. 1273).

Entretanto, apesar desse direcionamento, verifica-se que a rede de atendimento à população infanto-juvenil com patologias relativas a questões de saúde mental ainda é composta na sua maior parte por instituições filantrópicas e privadas (Assis et al., 2009a).

Para uma adequada atenção a esses problemas é necessário o desenvolvimento de ações focalizando a saúde mental da criança e do adolescente baseadas na compreensão, na intervenção sobre as situações identificadas e na elaboração de políticas públicas adequadas e na efetivação dos direitos da população infanto-juvenil a ter acesso ao cuidado integral.

Existe uma constatação de que as políticas voltadas à saúde mental ainda priorizam apenas os problemas relativos à população adulta com foco no tratamento e isso é

uma realidade não só do Brasil, mas também em diversas partes do mundo. A implementação de políticas públicas voltadas à saúde mental infanto-juvenil é um empreendimento não apenas necessário, mas urgente (Couto et al., 2008).

De acordo com estudos de revisão Noronha et al. (2009, pp. 503) destacam que:

O conceito de promoção da saúde deve ser entendido como um novo modo de compreender a saúde e a doença e uma nova forma dos indivíduos e da coletividade obterem saúde. A promoção, diferentemente da prevenção, caracteriza-se por um conjunto de intervenções que têm como meta a eliminação permanente ou pelo menos duradoura da doença, tentando-se eliminar suas causas mais básicas e não apenas evitar que se manifestem.

Para os autores acima é importante estar atento a algumas correntes de pensamento e interesses dominantes que responsabilizam apenas os sujeitos em questão, associada à abstenção das responsabilidades do Estado, voltada à redução da racionalização dos custos, o que muitas vezes significa a precarização dos serviços.

A promoção da saúde infanto-juvenil, nessa linha de raciocínio, deve estar pautada no desenvolvimento da resiliência em crianças e adolescentes. De acordo com o Manual Pan-americano de identificação e promoção da resiliência em crianças e adolescentes (Munist et al., 1998), os agentes de promoção de saúde, assim como os educadores podem desenvolver ações psicossociais que promovam a resiliência e essas dependem do contexto cultural, da dinâmica familiar e das características individuais das crianças e adolescentes. Essas ações podem ser efetivadas nas diferentes etapas do desenvolvimento infanto-juvenil, desde a gestação até a adolescência com o objetivo de promover resiliência em cada etapa da vida.

De acordo com os dados da Secretaria Municipal da Saúde (Campinas, 2009)⁴, no município de Campinas o atendimento às crianças e adolescentes acometidos por transtornos mentais tem sido realizados por dois CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil). Os casos de menor gravidade têm sido atendidos nas Unidades Básicas de Saúde. Além desses também conta com o Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem (SADA), com os atendimentos ambulatoriais realizados principalmente nos Hospitais da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) e da PUCC (Pontifícia Universidade Católica de Campinas) e de entidades sócio assistenciais.

Estes serviços do município de Campinas, assim como em outras cidades de médio e grande porte brasileiras, tem apresentado um indicador de expansão aquém do necessário. A realização de ações efetivas é fundamental, principalmente nas instâncias de gestão para viabilizar a implantação das políticas públicas já existentes (Brasil, 2007).

Nesta temática da violência e da exposição de crianças e adolescentes a situações de risco e vulnerabilidade, verifica-se que existem propostas de atuação em todo o Brasil, entretanto ainda sem muitos avanços principalmente em relação à implementação de políticas públicas e programas de saúde mental infanto-juvenil com foco na violência. Tais estudos apontam que o sofrimento psíquico da criança e do adolescente, assim como estratégias de cuidado em rede e a consolidação dos princípios intersetoriais na construção desta rede pública de cuidados é responsabilidade principalmente dos programas de saúde mental (Brasil, 2007).

⁴ <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/:acesso em 28 de junho de 2012>

É fundamental destacar o conceito de Rede de Proteção, que é uma articulação de pessoas, organizações ou instituições que tem como objetivo comum compartilhar causas ou projetos. Essa forma de organização deve estar baseada na cooperação mútua, realização de ações conjuntas assim como na divisão de responsabilidades e competências. Portanto, deve existir primeiramente uma articulação política eficaz (Oliveira, 2006).

Apesar dos investimentos do Ministério Social de Assistência e Combate a Fome e do Ministério da Saúde que tem estimulado nos últimos anos a implementação de rede de assistência de base comunitária e de proteção às crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade, assim como aquelas acometidas de transtornos mentais, a construção de uma política pública, voltada para a criança e o adolescente, principalmente vítimas de violência continua sendo um dos maiores desafios.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Estudar fatores de risco e de proteção para transtornos mentais em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica atendidas em um Serviço Especializado do município de Campinas.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Conhecer as características sócio-econômicas e culturais das crianças, adolescentes e suas famílias;
- Identificar o histórico de violência doméstica nas famílias das crianças e adolescentes estudadas;
- Estimar a prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica de um Serviço Especializado no município de Campinas;
- Conhecer a relação existente entre o fenômeno da violência doméstica e o aparecimento de sinais e sintomas que possam resultar em transtornos mentais na infância e adolescência;
- Relacionar o tipo de violência doméstica (física, sexual, psicológica, e negligência) com os transtornos mentais;
- Apontar fatores de risco e proteção para transtornos mentais;
- Verificar a proposta de encaminhamento em relação ao projeto terapêutico de cada criança, adolescente e sua família a partir da construção de hipóteses diagnósticas, sob a perspectiva da promoção da saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

1. MÉTODOS

No presente estudo foram utilizadas as abordagens quantitativa e qualitativa. Inicialmente realizou-se um estudo de delineamento transversal descritivo e analítico, através da aplicação de instrumentos e técnicas estruturadas. Entretanto, dentro desta temática no campo das ciências sociais em saúde é necessária à utilização de uma abordagem que aprofunde o entendimento dos fenômenos e processos, assim como das relações, das representações, crenças, percepções e opiniões, produtos de interpretações, construídas histórico-socialmente. Para isso, utilizou-se também a abordagem qualitativa através de entrevistas abertas, semiestruturadas e do grupo focal (Minayo, 2008).

2. O SERVIÇO ESPECIALIZADO E O FLUXO DE ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

O Serviço Especializado ou **Programa de Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica** começou a funcionar no município de Campinas em 2007, seguindo diretrizes do Governo Federal através da implantação do SUAS. O atendimento era realizado por entidades socioassistenciais, sob coordenação do CREAS, vinculado a Secretaria de Cidadania e Inclusão Social. Com isso houve uma reestruturação no fluxo de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de maus tratos e suas famílias no município.

Em 2011 este Programa de Atendimento também passou por uma reorganização objetivando mudanças na efetividade do acompanhamento. Assim, passou a se chamar PAEFI (Programa de Acompanhamento Especializado às Famílias e Indivíduos) tendo como objetivo realizar o atendimento às supostas violações de direitos. O Serviço Especializado continuou seguindo a lógica do Programa anterior, sendo composto por

entidades socioassistenciais e realizando o atendimento psicossocial com as crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias, sob coordenação do CREAS. Entretanto, houve uma mudança em relação ao atendimento dos diferentes tipos de violências, entre **PAEFI Geral** que atende as violências domésticas do tipo física, psicológica e negligência e **PAEFI Sexual** que atende violência doméstica sexual e exploração sexual contra crianças e adolescentes (ESSCA).

Após a implantação desses Serviços Especializados passou a existir no município de Campinas um fluxo de atendimento às supostas situações de maus tratos contra crianças e adolescentes (vide Anexo 4). Este inicia a partir das notificações que são efetuadas nos órgãos responsáveis (Conselho Tutelar – CT e Vara da Infância e Juventude – VIJ) através de denúncias anônimas (disque-denúncia), de denúncias de familiares/ outros (identificadas), de profissionais, por meio de elaboração de relatórios ou então pela utilização SISNOV (Sistema de Notificação de Violência). Este é um sistema *on-line* ao qual, serviços como a Saúde, Educação e Assistência Social tem acesso para realizar a notificação de violência de forma segura quanto à preservação da identidade do profissional, pois esta é efetuada em nome do serviço e não do indivíduo.

Após a notificação de suposta violência, o Conselho Tutelar convoca a família a comparecer para atendimento com o objetivo de realizar uma avaliação familiar. Ao identificar a necessidade de acompanhamento o CT ou a VIJ encaminham a família para atendimento especializado no CREAS, que é o órgão responsável pela gestão dos Serviços Especializados – PAEFI (Geral e Sexual).

3. SUJEITOS, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E ASPECTOS ÉTICOS

Os sujeitos desta pesquisa foram crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, de ambos os gêneros, na faixa etária de 4 a 16 anos, atendidos nos Serviços Especializados conveniados ao CREAS do Município de Campinas (São Paulo – Brasil).

Para um diagnóstico adequado acerca de transtornos mentais na infância e adolescência foi necessário realizar a coleta do maior número de informações possíveis, em decorrência da dificuldade em diagnosticá-los. Desta forma, também foram sujeitos da pesquisa os responsáveis pelas crianças e adolescentes, seus professores e os profissionais (psicólogos e assistentes sociais) que realizam os atendimentos com as famílias.

Como critérios de inclusão na pesquisa os sujeitos ou os seus responsáveis apresentaram conhecimento e concordância em relação às condições descritas nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 1, 2 e 3). Os três modelos do termo de consentimento asseguram o sigilo de identidade dos sujeitos (criança, adolescentes, responsáveis, assim como os profissionais) de forma a omitir e/ ou transformar todos os dados que possam permitir a identificação de qualquer um dos envolvidos na pesquisa. O primeiro modelo, aplicado aos responsáveis pelas crianças e adolescentes e o segundo aplicado aos professores, não tem o título do estudo para não causar constrangimento devido à temática, mas contém explicações a respeito dos procedimentos utilizados. O terceiro, aplicado aos profissionais da instituição irá conter o título do estudo e as explicações a respeito dos procedimentos utilizados.

Foram excluídos da amostra participantes com diagnóstico prévio de transtorno neurológico ou retardo mental (realizado por serviços de saúde, psiquiátrico ou neurológico). Além disso, os entrevistados deveriam apresentar condições cognitivas de compreender e responder aos instrumentos, fator analisado pelos entrevistadores. Com o

objetivo de evitar dificuldades na compreensão dos questionários, eles foram aplicados pelo pesquisador responsável ou por profissionais dos Serviços Especializados que acompanhavam e tinha vínculo com as famílias. Além disso, também foi critério de exclusão a recusa em participar da pesquisa e/ou em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (parecer 173/2010) e também pela Secretaria Municipal de Cidadania e Inclusão Social do Município de Campinas e de Educação.

4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

4.1 COLETA DE DADOS

1ª. ETAPA – APLICAÇÃO DO SDQ (STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE)

Na primeira etapa desta pesquisa, o número de crianças e adolescentes foi calculado com auxílio da assessoria estatística da Universidade. Para tal estimativa considerou-se encontrar uma prevalência média de 30 a 40% de transtornos psiquiátricos nos sujeitos estudados. Chegou-se a essa estimativa a partir da revisão de literatura com uma população geral (10 a 20% no Brasil e no mundo) considerando o risco existente por serem crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. Após, foram sorteados aleatoriamente, seguindo a proporção correspondente na população total de 882 crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, atendidos nos Serviços Especializados conveniados ao CREAS, de acordo com a faixa etária (4-7 anos, 8-11 anos e 12-16 anos) e número de atendidos por região do município (Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste).

Neste momento, para coleta dos dados foi utilizado o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), na versão brasileira validada (Fleitlich-Bilyk,

Goodman, 2004) do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1997; Goodman, 2001). O SDQ é um instrumento de triagem que avalia problemas saúde mental infanto-juvenil na faixa etária de 4-16 anos. Possui três versões: de autoaplicação, para a faixa etária de 11-16 anos, de pais e a de professores, para a faixa etária de 4-16 anos. Em todos os casos é composto por 25 questões, divididos em cinco subescalas, cada uma delas com cinco questões: problemas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, relacionamentos interpessoais e comportamento pró-social. As respostas podem ser: falso, verdadeiro e mais ou menos verdadeiro; e cada item recebe uma pontuação específica de 0 a 10 pontos. Possui também um adendo que avalia o impacto dos sintomas, somado à pontuação final. A soma das subescalas permite a classificação em três categorias quanto à saúde mental: desenvolvimento normal (N), limítrofe (L) e anormal (A). Quanto maior a pontuação, maior é a possibilidade de problemas. Este mesmo critério pontua cada uma das subescalas e assim permite identificar o tipo de sintoma apresentado, com exceção da categoria pró-social (quanto maior o resultado, melhor é a capacidade de desenvolvimento das potencialidades do indivíduo). Este é um instrumento de fácil aplicação e dirigido para a população geral (Duarte e Bordin, 2000; Fleitlich-Bilyk et al., 2000; Goodman, 1997).

De acordo com as instruções de interpretação do SDQ⁵ as bandas provisionais foram escolhidas para que pelo menos 80 % das crianças na comunidade sejam normais, 10% limítrofes e 10% anormais. Quando um estudo apresenta uma amostra de alto risco, há maior preocupação não deve ser os falsos positivos, sendo assim os “casos” podem ser identificados por uma alta pontuação ou limítrofe em uma das quatro escalas de dificuldades. Quando a amostra é de baixo risco o mais importante é reduzir a taxa de falsos positivos devendo ser considerados “casos” apenas quando se tem uma alta

pontuação em uma das quatro escalas de dificuldades.

Em decorrência do alto risco apresentado por esta população, crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, na interpretação da pontuação do Questionário foram considerados “casos” as crianças e adolescentes que apresentaram alta pontuação ou limítrofe na somatória final das quatro escalas de dificuldades mais o adendo de impacto dos sintomas.

No presente trabalho o SDQ foi utilizado como um teste para triagem (*screening*) de supostos problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, nas versões para os responsáveis das crianças na faixa etária de 4-10 anos e na versão de autoaplicação na faixa etária de 11-16 anos.

Em decorrência da dificuldade de adesão das famílias ao acompanhamento proposto, foi necessário coletar os dados entre os anos de 2010 e 2011, pois havia muito absenteísmo dos sujeitos em relação ao atendimento.

2ª. ETAPA – APLICAÇÃO DO DAWBA (DEVELOPMENT AND WELL-BEING ASSESSMENT)

Após essa primeira etapa foi realizada a aplicação do segundo questionário, o DAWBA – *Development and Well-Being Assessment* (Goodman et al., 2000), ou Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes, também na versão brasileira validade (Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004). Este instrumento foi aplicado em 49 crianças e adolescentes que apresentaram problemas de saúde mental a partir da correção do SDQ, em seus respectivos responsáveis e professores. Neste caso foram utilizadas as três versões existentes para que o diagnóstico fosse o mais completo possível. O DAWBA tem uma característica especial que é o fato de poder ser aplicado por

⁵ <http://www.sdqinfo.com/>

leigos e depois revisado por profissionais especializados (psiquiatras ou psicólogos) (Duarte e Bordin, 2000). Os dados foram organizados utilizando um sistema informatizado e, os resultados gerados, posteriormente analisados pela pesquisadora responsável (psicóloga) em conjunto com uma psiquiatra infantil (co-orientadora) para formulação de hipóteses diagnósticas dos sujeitos estudados. Foram seguidos os critérios diagnósticos de acordo com o CID10 (OMS, 1997) e DSM IV TM (APA, 1995).

Em crianças menores de 11 anos, foram aplicadas as versões apenas para os pais/responsáveis e para o professor. Em relação às crianças e adolescentes de 11 a 16 anos, o DAWBA foi aplicado nas três versões (de auto avaliação, de avaliação de pais/responsáveis e do professor).

A partir de seleção intencional foram escolhidos os 48 sujeitos. Desta forma, foi realizada uma combinação entre os seguintes critérios: pelo menos 10 sujeitos (criança e adolescentes) de cada região (Leste, Norte, Noroeste, Sul e Sudoeste), pelo menos 12 sujeitos por tipo de violência (física, sexual, psicológica e negligência) e, seguiu-se uma proporção por faixa etária (dois sujeitos na faixa etária de 4-7; quatro sujeitos na faixa etária de 8-11 e quatro sujeitos na faixa etária de 12-16).

3ª. ETAPA – GRUPO FOCAL

Após a aplicação dos questionários foi realizado um Grupo Focal (Minayo, 2008) com os profissionais do Serviço Especializado. Este teve como objetivo contribuir com o diagnóstico clínico, compreender a relação existente entre o fenômeno da violência doméstica e os transtornos mentais na infância e adolescência, assim como refletir sobre o encaminhamento proposto para o tratamento, visando à promoção da saúde. Tal grupo foi coordenado pela pesquisadora, com auxílio de uma profissional especializada em pesquisa

qualitativa. O grupo foi desenvolvido em 01 encontro com 12 profissionais (psicólogos e assistentes sociais) representantes dos Serviços Especializados conveniados ao CREAS que acompanham em atendimento psicossocial as crianças, adolescentes e suas famílias. O grupo focal foi norteado por um roteiro (Anexo 5) e teve como categorias de análise: concepção de saúde e de violência, fatores de risco e proteção (em relação à saúde mental infanto-juvenil), construção de hipóteses diagnósticas e possibilidades de encaminhamentos de saúde, assim como a uma análise grupal sobre a percepção das profissionais a respeito da sua prática.

4ª. ETAPA: CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A) CARACTERIZAÇÃO GERAL

Para caracterização e contextualização da população foram coletados dados dos prontuários de acompanhamento psicossocial dos serviços de atendimento e de entrevistas semiestruturadas e abertas (Minayo et al., 2001) realizadas com os profissionais responsáveis pelo atendimento das crianças, adolescentes e suas famílias. Estes tem uma padronização, mas não uma homogeneidade.

B) CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

Para identificar possíveis fatores de risco e de proteção para transtornos psicopatológicos em crianças e adolescentes buscou-se inicialmente dados da literatura (Poletto et al., 2009; Koller e Lisboa, 2007; Goodman et al., 2007; Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2001; Rutter, 1987; Werner, 1989). Esta caracterização em relação aos possíveis fatores de risco e proteção foi complementada com a análise dos profissionais que os identificaram durante o acompanhamento com as famílias nos serviços especializados. Tais

dados foram coletados através de entrevistas abertas, semiestruturadas e com o grupo focal.

4.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS

A etapa inicial de coleta dos dados foi mais lenta do que o proposto por conta da necessidade de ampliação da amostra. A princípio o SDQ seria aplicado na população de apenas uma instituição que compunha o Serviço Especializado e que atendia todas as regiões do município de Campinas. Entretanto, ao aplicar o SDQ nestes sujeitos verificou-se um alto índice de problemas de saúde mental (67%). Com o objetivo de verificar se esta prevalência correspondia a todas as instituições que compunham o Serviço Especializado e apresentar maior confiabilidade no estudo, optou-se por ampliar a amostra e incluir todas as outras entidades deste Serviço.

Além dessa, foram encontradas outras dificuldades por conta das características da população estudada (situações de violência doméstica e outros fatores de risco presentes nas famílias deste estudo), como um alto índice de absenteísmo (80 sujeitos, 31,7%) e, de substituições dos indivíduos (na faixa etária de 4-7 anos: 25%; de 8-11: 32,5% e de 12-16 anos: 42,5%). Após três tentativas de realização da entrevista, o sujeito era substituído.

Na aplicação do SDQ ocorreram dificuldades na região Noroeste em decorrência da troca de uma profissional. Como as famílias que estavam em acompanhamento não haviam estabelecido o vínculo terapêutico com a nova profissional apresentaram maior dificuldade em aderir aos atendimentos. Isso fez com que fosse necessário um tempo mais longo para a aplicação do questionário do que o planejado inicialmente e o estabelecimento do vínculo para que a profissional pudesse propor a aplicação do instrumento. Em dois outros casos foi necessário reaplicar o questionário, devido a não confiabilidade dos dados.

A aplicação do questionário SDQ foi realizada tanto pela pesquisadora quanto pelos profissionais que acompanhavam as crianças e adolescentes em atendimento nos Serviços Especializados, isto dificultou a coleta de dados, pois não dependia somente da pesquisadora.

Em relação ao questionário DAWBA foram realizadas entrevistas com dois sujeitos que não apresentaram diagnóstico de transtorno mental no questionário SDQ, na faixa etária de 4-7 anos (região Leste e Norte), pois tanto os sujeitos selecionados quanto seus substitutos não compareceram as entrevistas agendadas (em três tentativas consecutivas). Isso foi necessário para manter a proporcionalidade em relação à faixa etária, os tipos de violência e as regiões administrativas do município.

Foi necessário desconsiderar um DAWBA aplicado com um sujeito na faixa etária de 8-11 anos. Isso ocorreu, pois as entrevistas realizadas tanto com a genitora quanto com a escola foram inviabilizadas e os dados não apresentaram confiabilidade. Quando isso ocorreu não foi possível substituir o sujeito, pois a aplicação desta etapa já havia sido iniciada.

Dentre as limitações do estudo, aponta-se a aplicação do questionário SDQ ter sido realizada com apenas um sujeito (a mãe ou do próprio indivíduo), sem poder contar com a informação dos professores. Optou-se por essa forma de coleta dos dados em decorrência da ausência de tempo nesta etapa.

Em relação ao DAWBA, instrumento para avaliação diagnóstica optou-se por sua aplicação em aproximadamente 1/3 dos sujeitos que apresentaram possíveis problemas de saúde mental a partir do SDQ. Utilizou-se o critério de saturação, isto é, casos novos não poderiam acrescentar outros dados relevantes à pesquisa, além daqueles já coletados a partir do corpus determinado, refletindo a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de

estudo (MINAYO, 2008). Tal escolha foi necessária em decorrência da ausência de tempo para uma coleta de dados ampliada, por se tratar de uma Dissertação de Mestrado. Entretanto, o número reduzido de sujeitos para realização do diagnóstico pode ser considerada uma limitação da pesquisa em relação aos dados quantitativos.

5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados obtidos foram tabulados e analisados com o uso de programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

Determinou-se a média, o desvio padrão, o mínimo, a mediana e o máximo das variáveis quantitativas e as frequências absoluta e relativa das qualitativas.

Determinou-se a prevalência e seu Intervalo de Confiança de 95% (método exato pela distribuição binomial) de Transtorno Psiquiátrico nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no Município de Campinas, em relação ao sexo, grupos etários e regiões da cidade. Na determinação dos IC95%, empregamos o módulo Epi-Info do software Epi-Info versão 6.04b (WHO).

Para avaliação da associação entre Transtorno Psiquiátrico Final e as demais variáveis, empregou-se o teste do Qui-quadrado ou o Teste Exato de Fisher, quando indicado. Em todos os casos, adotou-se o nível de significância de 5%.

6. ANÁLISE QUALITATIVA

Para interpretação dos dados qualitativos foi utilizada a análise de conteúdo temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (Minayo, 2008, p.316).

Através desta técnica de pesquisa buscou-se a compreensão dos significados no contexto das falas dos participantes do grupo focal e pela inferência atingir uma interpretação mais profunda de tal conteúdo (Minayo, 2008).

RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados encontrados a partir dos instrumentos utilizados nas etapas descritas no Capítulo Material e Métodos iniciando pelos dados quantitativos: Caracterização geral da população; Diagnóstico psiquiátrico em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica; Caracterização da violência doméstica na infância e juventude; A repercussão dos tipos de violência em relação aos transtornos mentais e Fatores de risco e proteção para transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

Em relação ao Grupo focal foram analisadas as seguintes categorias: Fatores de risco e proteção; Relação da violência com os transtornos mentais; Prática dos Serviços Especializados; Dificuldades e entraves na atuação dos Serviços Especializados; Políticas públicas de atendimento e proposta de mudança na atuação dos Serviços Especializados.

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO

Participaram deste estudo 252 crianças e adolescentes sendo 52,8% do sexo feminino e 47,2% do sexo masculino. Em relação à faixa etária observa-se que as crianças entre 4-7 anos corresponderam a 24,6%, as de 8-11 anos 32,9% e os adolescentes de 12-16 anos 42,5%. A caracterização geral da população estudada foi realizada em relação a alguns aspectos socioeconômicos e culturais (Tabela 1).

Em relação à renda mensal em salários mínimos (SM), 22,3% das famílias recebem até 1 SM e 48,6% de 1 a 2 SM, incluindo nessas rendas benefícios sociais, já que 68,3% das famílias contam com esse auxílio. Quanto à situação trabalhista dos responsáveis (Tabela 1) há um predomínio de pessoas nas categorias Não Trabalha/Desempregados, Aposentados/Recebem BPC (Benefício de Prestação Continuada) e Trabalho Informal, sendo apenas 37,8% os responsáveis com Trabalho Formal.

Em relação à atividade religiosa familiar 55,6% não frequentam nenhuma atividade religiosa; na escolaridade dos responsáveis verificou-se que 58,3% dos responsáveis cursou apenas até o nono ano do ensino fundamental.

Tabela 1. Caracterização geral da população em relação aos aspectos socioeconômicos e culturais.

Características	N	%
Renda Familiar Mensal, Reais		
Até 1 salário mínimo*	56	22,3
De 1 a 2 salários mínimos*	122	48,6
De 2 a 3 salários mínimos*	34	13,5
Acima de 3 salários mínimos*	15	6,0
Somente Benefícios Sociais ou Sem Rendimentos	24	9,6
Situação Trabalhista do Responsável		
Não Trabalha/Desempregados	72	28,7
Trabalho Formal/Outros **	95	37,8
Trabalho Informal	71	28,3
Aposentados/Benefício de Prestação Continuada (BPC)	13	5,2
Atividade Religiosa Familiar		
Evangélica	82	32,5
Católica	19	7,5
Espírita/Mórmons	11	4,4
Não frequentam	140	55,6
Escolaridade do Responsável		
< = 5º ano EF***/ Supletivo (até 5º Ano EF***)	72	28,5
6º ao 9º ano EF***	75	29,8
Ensino Médio/ Nível Técnico/ Superior	70	27,8
Não Alfabetizado/ Sem Informação	35	13,9

N: Frequência Absoluta %: Porcentagem; *Salário Mínimo em Reais: R\$ 622,00;

** Outros: Autônomos e Estagiários; *** EF: Ensino Fundamental.

Em relação à configuração familiar observou-se um número relativamente alto (46,8%) de famílias Monoparentais (composta em sua maioria pela genitora como a única responsável) e 53,2% de famílias Biparentais. A maioria das crianças e adolescentes (84,9%) esta sob a guarda legal dos genitores e 15,1% estão com outros guardiões legais.

Aproximadamente 96,8% dos responsáveis sofreram alguma forma de violência doméstica na infância e juventude.

2. DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

2.1 PREVALÊNCIA DE RISCO DE PSICOPATOLOGIA: SDQ

Ao realizar o diagnóstico de transtornos psiquiátricos nos sujeitos estudados foram consideradas as categorias Limítrofe (L) e Anormal (A) em relação aos sintomas psicopatológicos na análise do SDQ. Este critério foi definido por conta do risco da própria população, de acordo com Goodman (1997).

Observou-se uma prevalência de 65,5% (IC 95%; 59,3-71,3) em relação a possíveis transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica atendidos nos Serviços Especializados. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as prevalências em relação ao sexo, grupo etário e região administrativa (Tabela 2); sendo que o sexo masculino apresentou 66,4% (IC 95%; 57,2-74,8) e o feminino 64,7% (IC 95%; 55,9-72,7). Verificou-se 73,4% (IC 95%; 62,7-82,6) de prevalência na faixa etária de 8 a 11 anos. Entretanto, observa-se que 54,8% (IC 95%; 41,7-67,5) das crianças na faixa etária de 4 a 7 anos já apresentam possibilidades de transtornos mentais.

Quanto aos sintomas apresentados nas quatro escalas de problemas de saúde mental do SDQ, verificou-se que na sua maioria as crianças e adolescentes apresentaram mais de um sintoma, sendo os mais frequentes os problemas de conduta (66,3%), seguidos pelos problemas emocionais (54,4%) e de relacionamento (52%) e por último atenção/

hiperatividade (45,6%). Na subescala de comportamento pró-social apenas 14,3% apresentaram dificuldades na superação dos problemas de ordem emocional.

Na Tabela 2 também são apresentadas as regiões administrativas, destacando-se as prevalências da região Leste, 75% (IC 95%; 50,9-91,3) e 74,6% (IC 95%; 64,9-85,6) na região Sul. As profissionais que atuam nas regiões administrativas de Campinas apontaram que a região Leste possui uma melhor organização em relação à articulação da rede de serviços e atendimento (saúde, educação, assistência social). De acordo com as profissionais a região Sul do município possui uma área grande de ocupações irregulares com ausência de infraestrutura e serviços de atendimento, com altos índices de vulnerabilidade socioeconômica e alto índice de violência urbana e doméstica, principalmente próximas às rodovias e ao Aeroporto.

Tabela 2. Prevalência de possíveis Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao sexo e grupo etário.

Categorias de Análise	N	Prevalência (%)	IC 95%*	P**
Campinas	252	65,5	59,3 - 71,3	
Sexo				
Masculino	133	66,4	57,2 - 74,8	0,774
Feminino	119	64,7	55,9 - 72,7	
Grupo Etário (anos)				
4 --- 7	62	54,8	41,7 - 67,5	
8 --- 11	83	73,5	62,7 - 82,6	0,065
>= 12	107	65,4	55,6 - 74,4	
Região Administrativa				
1. Leste	20	75,0	50,9 - 91,3	
2. Norte	39	53,8	37,2 - 69,9	
3. Noroeste	43	55,8	39,9 - 70,9	0,067
4. Sul	72	76,4	64,9 - 85,6	
5. Sudoeste	78	64,1	52,4 - 74,7	

N: Total de crianças e adolescentes nas categorias de análise; *IC95%: Intervalo de Confiança de 95%;

**P: Probabilidade do teste do qui-quadrado.

2.2 DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: DAWBA

Para a realização de um diagnóstico de transtornos psiquiátricos mais específicos foi utilizado o DAWBA em 49 sujeitos que apresentaram possibilidades de transtorno mental nas categorias Limítrofe (L) e Anormal (A) em relação aos sintomas psicopatológicos na análise do SDQ.

Verificou-se que o SDQ foi eficaz na realização da triagem de possíveis transtornos psiquiátricos, mesmo quando considerada a categoria L, pois os 49 sujeitos (crianças e adolescentes) apresentaram transtornos psiquiátricos.

Apenas uma criança na faixa etária de 8-11 anos, que havia apresentado problemas de saúde mental com resultado Anormal na aplicação do SDQ, apresentou ausência de transtorno psiquiátrico na avaliação do DAWBA. Como explicado no Capítulo Métodos, para assegurar a validade desta avaliação o Questionário deveria ser reaplicados. Isso se tornou impossível, uma vez que a criança foi abrigada em acolhimento institucional, após essas primeiras entrevistas. Em função dessas questões esse questionário não foi considerado. Não foi possível selecionar outra criança para substituí-lo uma vez que a primeira etapa da avaliação já havia sido realizada.

Pode-se verificar (Tabela 3) que houve associação entre faixa etária e número (até 1 e 2 ou mais) de transtornos psiquiátricos ($p=0,031$). A faixa etária de 4 a 7 anos apresentou principalmente um tipo de transtorno (50%), enquanto a faixa etária de 8 a 11 anos apresentou na sua maioria de dois a quatro tipos de transtornos (73,7%), assim como a de 12 a 16 anos (75%). Além disso, pode-se observar que em relação ao número total de crianças e adolescentes houve um aumento na prevalência do número de transtornos psiquiátricos: 6,0% não apresentaram transtornos, 30,6% apresentaram apenas um tipo de transtornos e 69,4% dois ou mais tipos de transtornos psiquiátricos.

Tabela 3. Frequência do Número (**Agrupado**) de Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação à Faixa Etária.

Número de Transtorno Psiquiátrico		Faixa Etária (anos)				P
		4 a 7 N (%)	8 a 11 N (%)	12 a 16 N (%)	Total N (%)	
0	N (%)	2 (20,0)	0 (0,0)	0 (0)	2 (4,0)	
1	N (%)	5 (50,0)	5 (26,3)	5 (25,0)	15 (30,6)	0,031
2 a 4	N (%)	3 (30,0)	14 (73,7)	15 (75,0)	32 (69,4)	
Total		10 (100,0)	19 (100,0)	20 (100,0)	49 (100,0)	

N: Frequência Absoluta; (%): Porcentagem;

P: Probabilidade do Teste do Qui-Quadrado: (Faixas Etárias 4-7/8-11/12-16) vs (até 1 Transtorno/2-4 Transtornos).

Em relação ao número de tipos de violências sofridas (Tabela 4) observa-se que na categoria que apresentou de 2 a 4 tipos de transtornos psiquiátricos a frequência foi de 71% quando relacionada há sofrer dois tipos de violência. Nas categorias 3 e 4 tipos de violência havia apenas três crianças/adolescentes que sofreram três tipos de violência e um que sofreu quatro tipos. Nesses casos, uma apresentou um tipo de transtorno, enquanto as outras três apresentaram de 2 a 4 tipos de transtornos psiquiátricos. Não se verificou associação entre o número de tipos de violências e o número de transtornos psiquiátricos (p=0,192).

Tabela 4. Frequência do Número (**Agrupado**) de Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao Número de Violências sofridas.

Número de Transtorno Psiquiátrico		Número de Violências sofridas				Total N (%)	P
		1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)	4 N (%)		
0	N (%)	1 (7,1)	1 (3,2)	0 (0)	0 (0)	2 (4,0)	
1	N (%)	6 (42,9)	8 (25,8)	1 (33,3)	0 (0)	15 (30,6)	0,192*
2 a 4	N (%)	7 (50,0)	22 (71,0)	2 (66,7)	1 (100,0)	32 (69,4)	
Total		14 (100,0)	31 (100,0)	3 (100,0)	1 (100,0)	49 (100,0)	

N: Frequência Absoluta; (%): Porcentagem;

P*: Probabilidade do Teste Exato de Fisher Bilateral: (1 Violência/2-4 Violências) vs (até 1 Transtorno/2-4 Transtornos).

Para parte da análise os transtornos psiquiátricos encontrados na correção do DAWBA (Tabela 5) foram reagrupados (Tabela 6) em: **1) Internalizantes** (Depressão Maior, Ansiedade de Separação, Ansiedade Generalizada, Fobia Específica, Fobia Social, Transtorno Obsessivo Compulsivo); **2) Externalizantes** (Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno de Conduta e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade Combinado e somente Déficit de Atenção); **3) Transtorno de Estresse Pós Traumático** e **4) Outros Transtornos** (Transtornos Alimentares, Transtorno de Ansiedade e Depressão não diferenciado e Problemas de Aprendizagem).

Em relação aos tipos de transtornos psiquiátricos (Tabela 5) será apresentada a frequência encontrada em cada um deles primeiramente quanto ao sexo, sendo que alguns sujeitos apresentaram mais de um tipo. Não foram encontradas associações entre os tipos de transtornos e o sexo.

Tabela 5. Frequência da Presença dos Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao Sexo.

Tipo de Transtorno Psiquiátrico	Feminino N (%)	Masculino N (%)	Total N (%)
Transtorno de Estresse Pós Traumático – TEPT	15 (57,7)	12 (50,0)	27 (55,1)
Transtorno Desafiador Opositivo – TODO	7 (26,9)	8 (33,3)	15 (30,6)
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade Combinado – TDAH Comb	6 (23,1)	8 (33,3)	14 (28,6)
Transtorno de Conduta – TC	3 (11,5)	7 (29,2)	10 (20,4)
Depressão Maior – DM	2 (7,7)	6 (25,0)	8 (16,3)
Qualquer Outro Transtorno*	4 (15,4)	4 (17,4)	8 (16,3)
Ansiedade de Separação – AS	5 (19,2)	2 (8,3)	7 (14,3)
Ansiedade Generalizada – AG	3 (11,5)	3 (12,5)	6 (12,3)
Fobia Específica – FE	2 (7,7)	4 (17,4)	6 (12,3)
Transtorno Obsessivo Compulsivo – TOC	0 (0)	2 (8,3)	2 (4,1)
Fobia Social – FS	0 (0)	1 (4,2)	1 (2,1)
Transtorno de Déficit de Atenção – TODA	0 (0)	1 (4,2)	1 (2,1)
Transtorno de Alimentação (Bulimia) – TAB	1 (3,8)	0 (0)	1 (2,1)
Transtorno de Alimentação (Outros) – TAO	1 (3,8)	0 (0)	1 (2,1)

N: Frequência Absoluta; (%): Porcentagem; *Seis crianças com dificuldades de aprendizagem, uma com sintomas de ansiedade e depressão sem diagnóstico e uma com suspeita de retardo mental.

Tabela 6. Frequência dos Transtornos Psiquiátricos (**Agrupados**) nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao Sexo.

Tipo de Transtorno Psiquiátrico		Feminino N (%)	Masculino N (%)	Total N (%)	P
Transtorno de Estresse Pós Traumático – TEPT	S	15 (57,7)	12 (52,1)	27 (55,1)	0,698 ⁽¹⁾
	N	11 (42,3)	11 (47,9)	22 (44,9)	
Transtornos Externalizantes (TDO, TC, TDAH e TDA)	S	16 (15,4)	24 (26,1)	40 (20,4)	0,063 ⁽¹⁾
	N	88 (84,6)	68 (73,9)	156 (79,6)	
Transtornos Internalizantes (DM, AS, AG, FE, FS e TOC)	S	12 (7,7)	18 (13,0)	30 (10,2)	0,130 ⁽¹⁾
	N	144 (92,3)	120 (87,0)	264 (89,8)	
Outros Transtornos[#]	S	6 (7,7)	4 (5,8)	10 (6,8)	0,750 ⁽²⁾
	N	72 (92,3)	65 (94,2)	137 (83,2)	

N (%): Frequência Absoluta e Porcentagem; S: Presença de Transtorno Psiquiátrico; N: Ausência do Transtorno Psiquiátrico; P(1): Probabilidade do Teste do Qui-Quadrado; P(2): Probabilidade do Teste Exato de Fisher Bilateral.

[#] Qualquer Outro Transtorno e Transtornos Alimentares

É importante destacar que a categoria Outros Transtornos Psiquiátricos na Tabela 5 é uma denominação utilizada no DAWBA, designada para aqueles tipos de psicopatologias que não se enquadram em outros transtornos discriminados. Já na Tabela 6 a categoria chamada de Outros Transtornos se refere às dificuldades de aprendizagem, o sujeito com suspeita de retardo mental e aquele com sintomas de ansiedade e depressão não diferenciada, além dos transtornos alimentares.

Em relação aos tipos de transtornos encontrados quando reagrupados pode-se destacar que as crianças e adolescentes estudados apresentaram com maior frequência o TEPT, seguido pelos transtornos externalizantes, os internalizantes e com menor frequência os outros transtornos (com exceção dos problemas de aprendizagem, que aparecem com 16,3%). Não foram encontradas associações quando realizado o agrupamento dos transtornos psiquiátricos.

Os tipos de transtornos psiquiátricos encontrados também foram analisados de acordo com a faixa etária (Tabela 7) e reagrupados (Tabela 8) seguindo a mesma lógica utilizada em relação ao sexo. Em relação ao TEPT foram encontradas as maiores frequências nas faixas etárias de 8-11 e de 12-16 anos. Já os transtornos externalizantes tanto o TDO, quanto o TDAH o maior índice foi na faixa etária de 8-11 anos, já o TC foi maior nos adolescentes de 12-16 anos. Quanto aos transtornos internalizantes pode-se destacar que os adolescentes apresentaram altos índices de Depressão Maior e Ansiedade Generalizada comparada as outras faixas etárias. Já os Transtornos Alimentares foram identificados apenas na faixa etária de 8-11 anos. Não houve associação entre os tipos de transtornos e a idade dos sujeitos.

Tabela 7. Frequência dos Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação à Faixa Etária.

Tipo de Transtorno Psiquiátrico		Faixa Etária			
		4-7 anos N (%)	8-11 anos N (%)	12-16 anos N (%)	Total N (%)
Transtorno de Estresse Pós Traumático – TEPT	S	3 (30,0)	11 (57,9)	13 (65,0)	27 (55,1)
	N	7 (70,0)	8 (42,1)	7 (35,0)	22 (44,9)
Transtorno Desafiador Opositivo – TDO	S	1 (10,0)	8 (42,1)	6 (30,0)	15 (30,6)
	N	9 (90,0)	11 (57,9)	14 (70,0)	34 (69,4)
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade Combinado (TDAH Comb)	S	2 (20,0)	7 (36,8)	5 (25,0)	14 (28,6)
	N	8 (80,0)	12 (63,2)	15 (75,0)	35 (71,4)
Transtorno de Conduta – TC	S	1 (10,0)	3 (15,8)	6 (30,0)	10 (20,4)
	N	9 (90,0)	16 (84,2)	14 (70,0)	39 (79,6)
Depressão Maior – DM	S	0 (0)	2 (10,5)	6 (30,0)	8 (16,3)
	N	10 (100,0)	17 (89,5)	14 (70,0)	41 (83,7)
Qualquer Outro Transtorno*	S	3 (30,0)	4 (21,1)	1 (05,0)	8 (16,3)
	N	7 (70,0)	15 (78,9)	19 (95,0)	41 (83,7)
Ansiedade de Separação – AS	S	2 (20,0)	4 (21,1)	1 (05,0)	7 (14,3)
	N	8 (80,0)	15 (78,9)	19 (95,0)	42 (85,7)
Ansiedade Generalizada – AG	S	0 (0)	1 (5,3)	5 (25,0)	6 (12,2)
	N	10 (100,0)	18 (94,7)	15 (75,0)	43 (87,8)
Fobia Específica – FE	S	2 (20,0)	2 (10,5)	2 (10,0)	6 (12,2)
	N	8 (80,0)	17 (89,5)	18 (90,0)	43 (87,8)
Transtorno Obsessivo Compulsivo – TOC	S	0 (0)	0 (0)	2 (10,0)	2 (4,1)
	N	10 (100,0)	19 (100,0)	18 (90,0)	47 (95,9)
Fobia Social – FS	S	0 (0)	0 (0)	1 (05,0)	1 (2,0)
	N	10 (100,0)	19 (100,0)	19 (95,0)	48 (98,0)
Transtorno de Déficit de Atenção – TODA	S	0 (0)	1 (5,3)	0 (0)	1 (2,0)
	N	10 (100,0)	18 (94,7)	20 (100,0)	48 (98,0)
Transtorno de Alimentação (Bulimia) – TAB	S	0 (0)	1 (5,3)	0 (0)	1 (2,0)
	N	10 (100,0)	18 (94,7)	20 (100,0)	48 (98,0)
Transtorno de Alimentação (Outros) – TAO	S	0 (0)	1 (5,3)	0 (0)	1 (2,0)
	N	10 (100,0)	18 (94,7)	20 (100,0)	48 (98,0)

N (%): Frequência Absoluta e Porcentagem S: Presença do Transtorno Psiquiátrico; N: Ausência do Transtorno Psiquiátrico;

*Seis crianças com dificuldades de aprendizagem, uma com sintomas de ansiedade e depressão sem diagnóstico e uma com suspeita de retardo mental.

Tabela 8. Frequência dos Transtornos Psiquiátricos (**Agrupados**) nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação à Faixa Etária.

Tipo de Transtorno Psiquiátrico	Faixa Etária					p
	4-7 anos	8-11 anos	12-16 anos	Total		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Transtorno de Estresse Pós Traumático – TEPT	S	3 (30,0)	11 (57,9)	13 (65,0)	27 (55,1)	0,182 ⁽¹⁾
	N	7 (70,0)	8 (42,1)	7 (35,0)	22 (44,9)	
Transtornos Externalizantes (TDO, TC, TDAH, TDA)	S	4 (10,0)	19 (25,0)	17 (21,3)	40 (20,4)	0,158 ⁽¹⁾
	N	36 (90,0)	57 (75,0)	63 (78,7)	156 (79,6)	
Transtornos Internalizantes (DM, AS, AG, FE, FS, TOC)	S	4 (6,7)	9 (7,9)	17 (14,2)	30 (10,2)	0,170 ⁽¹⁾
	N	56 (93,3)	105 (92,1)	103 (85,8)	264 (89,8)	
Outros Transtornos*	S	3 (10,0)	6 (10,5)	1 (1,7)	9 (6,2)	0,426 ⁽²⁾
	N	27 (90,0)	51 (89,5)	59 (98,3)	137 (93,8)	

N (%): Frequência Absoluta e Porcentagem; S: Presença do Transtorno Psiquiátrico; N: Ausência do Transtorno Psiquiátrico; P(1): Probabilidade do Teste do Qui-Quadrado; P(2): Probabilidade do Teste Exato de Fisher Bilateral: (Faixa Etária 4 - 7 anos/ 8 - 16 anos) vs (Presença/Ausência do Transtorno); *: Dificuldades de Aprendizagem, Sintomas de Ansiedade e Depressão sem diagnóstico, Suspeita de retardo mental e Transtornos Alimentares.

3. CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTO-JUVENIL

Na caracterização da violência doméstica (Tabela 9) observou-se que os principais agressores são a mãe (42,9%) e os pais (mãe e pai) (33,3%); 7,1% das crianças e adolescentes sofreram diferentes tipos de violências por mais de um autor, sendo a metade desses sujeitos vítimas de abuso sexual.

Em relação aos tipos, verificou-se predominância de violência psicológica e negligência, seguidas pela violência física e sexual. Os vários tipos de violência apareceram concomitantemente, sendo 86,2% dos sujeitos vítimas de pelo menos dois ou mais tipos diferentes. A violência psicológica é predominante, pois ocorre associada a quase todos os outros tipos de violência doméstica. Destaca-se que 10,7% das crianças e adolescentes estudadas sofreram também a exploração do trabalho infantil, além da violência doméstica nos diferentes tipos destacados.

Tabela 9. Caracterização da Violência Doméstica.

Características	Frequência Absoluta (N)	Porcentagem (%)
Autor da Violência – Parentesco com a criança/adolescente		
1 – Mãe	108	42,9
2 – Pais	84	33,3
3 – Pai	35	13,9
4 – Padrasto/Madrasta/Tio/Tia	11	4,4
5 – Avô/Avó	05	2,0
6 – Outros*	09	7,2
Tipo de Violência (pode ter mais de um tipo de violência)		
1 – Psicológica	147	58,3
2 – Negligência/Abandono	143	56,7
3 – Física	110	43,7
4 – Sexual	48	19,0
5 – Exploração do Trabalho Infantil [#]	27	10,7

N: Frequência Absoluta; (%): Porcentagem; * Outros: Guardiões/Cafetina/Outro Adolescente/ Vizinho;

[#] O Trabalho Infantil foi destacado neste quadro, apesar de não ser um tipo de violência específico pelo alto índice apresentado.

4. A REPERCUSSÃO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL

Retomando os resultados do DAWBA foi realizada a análise de possíveis associações entre os tipos de transtornos psiquiátricos encontrados nas crianças e adolescentes estudados e o tipo de violência principal (Tabela 10). Foi encontrado com uma alta frequência o TEPT em crianças e adolescentes vítimas de violência física (72,7%) e sexual (75,0%). Em relação aos transtornos externalizantes, encontrou-se maior frequência na violência física (TDO e TDAH) e na sexual (TC). Quanto aos transtornos internalizantes houve maior frequência na negligência/abandono (AS, FE e TOC) e violência física (DM, AG, FS e TOC). Quanto aos outros transtornos, os problemas de aprendizagem apareceram com maior frequência nas violências psicológica e sexual e os dois casos de transtornos alimentares apareceram apenas no sexo feminino e em vítimas de abuso sexual. Tais transtornos também foram agrupados (Tabela 11) para fim de análise estatística. Não foram encontradas associações entre os tipos de violência e os tipos de transtornos psiquiátricos.

Tabela 10. Frequência dos Transtornos Psiquiátricos nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao Tipo de Violência **Principal** Sofrida.

Tipo de Transtorno Psiquiátrico		Violência Psicológica N (%)	Negligência/ Abandono N (%)	Violência Física N (%)	Violência Sexual N (%)	Total N (%)
TEPT	S	4 (33,3)	6 (42,9)	8 (72,7)	9 (75,0)	27 (55,1)
	N	8 (66,7)	8 (57,1)	3 (27,2)	3 (25,0)	22 (44,9)
TODO	S	1 (8,3)	5 (35,7)	6 (54,5)	3 (25,0)	15 (30,6)
	N	11 (91,7)	9 (64,3)	5 (45,5)	9 (75,0)	34 (74,4)
TDAH Comb	S	4 (33,3)	3 (21,4)	5 (45,5)	2 (16,7)	14 (28,6)
	N	8 (66,7)	11 (78,64)	6 (54,5)	10 (83,3)	35 (71,4)
TC	S	2 (16,7)	2 (14,3)	2 (18,2)	4 (33,3)	10 (20,4)
	N	10 (83,3)	12 (85,7)	9 (81,8)	8 (66,7)	39 (79,6)
DM	S	0 (0)	3 (21,4)	4 (36,4)	1 (8,3)	8 (16,3)
	N	12 (100,0)	11 (78,6)	7 (63,6)	11 (91,7)	41 (83,7)
Qualquer Outro Transtorno*	S	3 (25,0)	2 (14,3)	1 (9,1)	2 (16,7)	8 (16,3)
	N	9 (75,0)	12 (85,7)	10 (90,9)	10 (83,3)	41 (83,7)
AS	S	1 (8,3)	4 (28,6)	0 (0)	2 (16,7)	7 (14,3)
	N	11 (91,7)	10 (71,4)	11 (100,0)	10 (83,3)	42 (85,7)
AG	S	1 (8,3)	1 (7,1)	2 (18,2)	2 (16,7)	6 (12,0)
	N	11 (91,7)	13 (92,9)	9 (81,8)	10 (83,3)	43 (88,0)
FE	S	2 (7,7)	3 (21,4)	1 (9,1)	0 (0)	6 (12,3)
	N	10 (83,3)	11 (78,6)	10 (90,9)	12 (100,0)	43 (87,7)
TOC	S	0 (0)	1 (7,1)	1 (9,1)	0 (0)	2 (4,1)
	N	12 (100,0)	13 (92,9)	10 (90,9)	12 (100,0)	47 (95,9)
FS	S	0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	1 (2,1)
	N	12 (100,0)	14 (100,0)	10 (90,9)	12 (100,0)	48 (97,9)
TODA	S	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	1 (2,1)
	N	12 (100,0)	14 (100,0)	11 (100,0)	11 (91,7)	48 (97,9)
TAB	S	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	1 (2,1)
	N	12 (100,0)	14 (100,0)	11 (100,0)	11 (91,7)	48 (97,9)
TAO	S	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	1 (2,1)
	N	12 (100,0)	14 (100,0)	11 (100,0)	11 (91,7)	48 (97,9)

N (%): Frequência Absoluta e Porcentagem; S: Presença do Transtorno Psiquiátrico; N: Ausência do Transtorno Psiquiátrico;

*Seis crianças com dificuldades de aprendizagem, uma com sintomas de ansiedade e depressão sem diagnóstico e uma com suspeita de retardo mental.

Tabela 11. Frequência dos Transtornos Psiquiátricos (**Agrupados**) nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica em relação ao Tipo de Violência **Principal** Sofrida.

Tipo de Transtorno Psiquiátrico		Violência Psicológica	Negligência /Abandono	Violência Física	Violência Sexual	Total	p
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Transtorno de Estresse Pós Traumático – TEPT	S	4 (33,3)	6 (42,9)	8 (72,7)	9 (75,0)	27 (55,1)	0,092 ⁽¹⁾
	N	8 (66,7)	8 (57,1)	3 (27,2)	3 (25,0)	22 (44,9)	
Transtornos Externalizantes (TDO, TC, TDAH, TDA)	S	7 (14,6)	10 (17,9)	13 (29,5)	10 (20,8)	40 (20,4)	0,321 ⁽¹⁾
	N	41 (85,4)	46 (82,1)	31 (70,5)	38 (79,2)	156 (79,6)	
Transtornos Internalizantes (DM, AS, AG, FE, FS, TOC)	S	4 (5,5)	12 (14,2)	9 (13,6)	5 (7,0)	30 (10,2)	0,178 ⁽¹⁾
	N	68 (94,5)	72 (85,8)	57 (86,4)	67 (93,0)	264 (89,8)	
Outros Transtornos*	S	3 (8,3)	2 (4,7)	1 (3,0)	4 (11,1)	10 (6,8)	0,260 ⁽²⁾
	N	33 (91,6)	40 (95,3)	32 (97,0)	32 (88,9)	137 (83,2)	

N: Frequência Absoluta; (%): Porcentagem; S: Presença do Transtorno Psiquiátrico; N: Ausência do Transtorno Psiquiátrico; P(1) Probabilidade do Teste do Qui-Quadrado; P(2): Probabilidade do Teste Exato de Fisher Bilateral: (Violência Sexual/ Outros Tipos de Violência) vs (Presença/Ausência do Transtorno); *: Dificuldades de Aprendizagem, Sintomas de Ansiedade e Depressão sem diagnóstico, Suspeita de retardo mental e Transtornos Alimentares.

5. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

5.1. FATORES DE RISCO

A grande maioria das crianças e adolescentes estudada apresenta exposição aos diversos fatores de risco (Tabela 12). Dentre eles chama a atenção violência de gênero entre os responsáveis, envolvimento com a criminalidade e tráfico de drogas (alguém da família), dependência de substâncias psicoativas (alguém da família), problemas de saúde mental (alguém da família), conflitos familiares associados a disputas judiciais (como guarda da criança/adolescente ou separação e brigas entre os responsáveis legais) e entre os jovens, evasão escolar.

Tabela 12. Frequência da Presença de possíveis de Fatores de Risco para Transtornos Psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

Fatores de Risco	N	%
Conflitos Familiares entre os responsáveis	108	42,9
Problemas de Saúde Mental na Família	77	30,6
Violência de Gênero entre os pais	66	26,2
Relato de uso preocupante de SPA* (alguém da família)	49	19,4
Envolvimento Familiar com Trafico de Drogas/ Criminalidade	39	15,5
Relato de uso preocupante de bebida alcoólica dos Responsáveis (um deles)	39	15,5
Evasão Escolar (adolescentes)	26	10,3
Doença Crônica ou Questões de Saúde na Família	25	9,9
Ameaça de Morte (alguém da família)	21	8,3
Abrigamento Institucional (criança ou adolescente que já foi abrigada em algum momento na vida)	17	6,7
Gravidez na Adolescência	17	6,7
Foragido ou Recluso (alguém da família)	11	4,4
Situação de Rua/ Mendicância da Família	07	2,8
Prostituição dos Responsáveis	06	2,4
Medida Socioeducativa (adolescentes)	01	0,4

N: Frequência Absoluta; %: Porcentagem; * SPA – Substâncias Psicoativas.

Encontrou-se associação entre transtorno psiquiátrico com os fatores de risco uso preocupante de bebida alcoólica dos responsáveis ($p=0,018$) e inserção no Processo Produtivo nas categorias Não Trabalha/Desempregados e Aposentados/Recebem BPC ($p=0,04$).

Foi realizada uma análise em relação ao número de fatores de risco e transtornos psiquiátricos, entretanto apesar de observar-se um aumento na prevalência dos transtornos psiquiátrico com o aumento dos fatores de risco as diferenças encontradas não foram estatisticamente significantes (Tabela 13).

Tabela 13. Prevalência do número de Fatores de Risco em relação aos Transtornos Psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

Número de Fatores de Risco	Com Transtorno Psiquiátrico		Sem Transtorno Psiquiátrico	
	N	%	N	%
Somente um	70	60,9	45	39,1
Dois	37	64,9	20	35,1
Três ou mais	80	72,5	22	27,5

N: Frequência Absoluta; %: Porcentagem.

5.2 FATORES DE PROTEÇÃO

Em relação aos fatores de proteção (Tabela 14), todas as crianças e adolescentes deste estudo estão inseridas no Atendimento Especializado do CREAS, responsável pela proteção contra situações de violência doméstica, com tempo médio de acompanhamento de 2,5 anos (Desvio Padrão: 1,3); sendo que 96,4% delas também contam com pelo menos um serviço de apoio, entre eles a Saúde, a Educação, a Assistência Social Básica, Cultura, Esporte, Habitação, Trabalho e Renda e os Órgãos de Proteção (Conselho Tutelar – CT; Vara da Infância e Juventude – VIJ; Ministério Público – MP; Delegacia de Defesa da Mulher – DDM; Delegacia da Infância e Juventude – DIJ). Como principal atividade sociocultural observa-se que 38,9% das crianças e adolescentes, assim como 40,2% das famílias assistem apenas televisão, não tendo outro tipo de atividade.

Encontrou-se associação entre ausência de possíveis transtornos psiquiátricos e a situação trabalhista do responsável, enquanto inserção no Processo Produtivo nas categorias Trabalho Formal/Outros (Estagiários e Autônomos) e Trabalho Informal ($p=0,04$). Não foi observada associação entre possíveis transtornos psiquiátricos e as outras variáveis de fatores de proteção.

Tabela 14. Frequência da Presença de possíveis de Fatores de Proteção para Transtornos Psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

Fatores de Proteção	N	%
Atividade sociocultural/esportiva da criança/adolescente		
Só assistem TV	98	38,9
Participam de Atividades socioculturais e esportivas	74	29,4
Participam de Atividades comunitárias, familiares e com amigos	23	9,1
Não frequentam nenhuma atividade	57	22,6
Atividade sociocultural/esportiva da família		
Só assistem TV	101	40,1
Participam de Atividades comunitárias, familiares e com amigos	61	24,2
Participam de Atividades socioculturais e esportivas	28	11,1
Não frequentam nenhuma atividade	61	24,2
Sem Informação	01	0,4
Rede de Proteção: Famílias que participam ou contam com esses serviços/atendimento para sua proteção		
Proteção Social Especial (CREAS)	252	100,0
Educação	165	65,5
Serviços de Saúde	130	51,6
Órgãos de Proteção (CT, VIJ, MP, DDM, DIJ)*	109	43,3
Proteção Social Básica	97	38,5
Cultura, Esporte, Habitação, Trabalho e Renda	32	12,7
Não aderem a nenhum serviço da rede de proteção	09	3,6

N: Frequência Absoluta; %: Porcentagem; *Conselho Tutelar - CT, Vara da Infância e Juventude – VIJ, Ministério Público – MP, Delegacia Policial – DP, Delegacia de Defesa da Mulher – DDM, Delegacia da Infância e Juventude – DIJ.

6. GRUPO FOCAL

Em relação ao grupo focal realizado com as profissionais do Serviço Especializado serão apresentados os resultados qualitativos encontrados a partir das categorias de análise: Fatores de risco e proteção; Relação da violência com os transtornos mentais; Prática dos Serviços Especializados; Dificuldades e entraves na atuação dos Serviços Especializados; Políticas públicas de atendimento e Proposta de mudança na atuação dos Serviços Especializados.

As participantes do grupo focal foram nomeadas de A a L para assegurar o sigilo da identidade profissional.

6.1 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

Em relação à percepção das profissionais sobre os possíveis **fatores de risco** para transtornos mentais nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica foram apontados que todas as situações adversas podem ser consideradas risco, como por exemplo: “*o uso de drogas, álcool, o histórico de doença mental [...] o fato da gravidez ter sido desejada ou indesejada, o não planejamento dessa gravidez*” (A), assim como “*a situação financeira, o desemprego...*” (A) e a “*... vulnerabilidade social*” (D).

Outros fatores de risco que foram apontados no grupo focal como situações “*agravantes que vão impactar no atendimento da família*” (K) são questões relacionadas à prática profissional como: o número insuficiente de profissionais, os problemas salariais e a rotatividade dos mesmos nos Serviços Especializados.

Além disso, a negligência dos profissionais da rede de atendimento de crianças/adolescentes em relação à realização de denúncias de suspeitas de violência doméstica também é destacada pelo Serviço Especializado como algo preocupante. O fato do profissional que atende diretamente a família (saúde, educação, assistência social) não ter um olhar mais humanizado e não perceber a suposta violência que está ocorrendo, a demora em relação ao tempo para iniciar o atendimento desses casos e a falta de conhecimento dos profissionais sobre a violência doméstica são apontados como fatores de risco, principalmente em relação ao agravamento das questões de saúde mental. As

profissionais também apontam que os serviços da Assistência Social acabam sendo o receptáculo dos outros serviços.

Outro fator apontado como risco seria a ausência de políticas públicas efetivas no atendimento dos adolescentes. De acordo com a profissional A: *“...muitos casos a gente chega e a rede já tá ali há muitos anos [...] a situação já tá tão crítica, que a gente não consegue, mesmo que tenha essa vaga [cursos ou núcleo], reverter isso com o adolescente”*, pois para B *“ele não tá motivado, né, já passou o momento”*.

Desta forma, a falta de opção em relação a atividades para adolescentes torna-se um fator de risco e a família fica sem alternativas para inserir o filho em atividades de proteção, como apontam as profissionais: *“ai você ouve do pai, da mãe assim... eu desisto, se vocês querem pode levar...”* (A), *“...vou levar pro Conselho...”*(I), *“...vou entregar pro Juiz! A gente não tem esse suporte atrás. O que fazer com esse adolescente? Nada...(A)”*.

De acordo com as profissionais dos Serviços Especializados são **fatores de proteção** para transtornos mentais nas crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica principalmente a existência de *“uma rede bem articulada, um centro de saúde, é, que tá junto... a criança que não vai só na escola, que vai em atividade extraescolar no período contrário...”*.

A realização de um tratamento efetivo também pode ser destacada como fundamental no trabalho de prevenção em relação à possibilidade de agravamento dos quadros de transtornos mentais nos sujeitos estudados. As profissionais identificam que os serviços, principalmente saúde e educação, não tem um trabalho efetivo no tratamento dessas crianças e adolescentes e que o Serviço Especializado (Assistência Social) atua *“fazendo esse meio de campo aí, entre o centro de saúde e a família, ou a escola e a família”* (A).

Na percepção das profissionais uma escola atenta aos sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes tem um papel fundamental de proteção, principalmente em relação à prevenção, pois as crianças/adolescentes frequentam a escola diariamente. Essa função vai desde um trabalho no sentido de evitar o agravamento dos transtornos emocionais daquela criança ou adolescente, quanto em relação à identificação das situações de violência doméstica sofridas por este sujeito.

Outro fator ressaltado como protetivo seria a rede de apoio familiar, ou seja, figuras significativas para aquela criança ou adolescente que possibilitem o estabelecimento de relações vinculares afetivas e seguras, como aponta B: “... *uma família, né, que dê um apoio, eu acho que uma família extensa pode contribuir [...] a própria comunidade, de repente tem algumas pessoas que acaba tutelando, é raro, mas tem*”. Estes seriam os tios, avós, irmãos, cunhados, ou mesmo figuras externas da comunidade.

Atividades socioeducativas, esportivas, ou comunitárias são consideradas por elas como fundamentais para o não agravamento dos quadros de transtornos mentais. Quando o jovem está inserido em atividades de capacitação ou atividades socioeducativas “...*além de ser um espaço protetivo, tem a questão de valores que eles estão recebendo, ele sai daquele ambiente da violência, ou só da comunidade. Acho que abre um pouco a mente*”, como aponta H.

6.2 A RELAÇÃO DA VIOLÊNCIA COM OS TRANSTORNOS MENTAIS

Durante o grupo focal as profissionais dos Serviços especializados também **analisaram** possíveis associações entre o tipo de violência doméstica sofrida pelas crianças e adolescentes e os transtornos mentais.

As profissionais destacaram que de forma geral as crianças que apresentaram diagnóstico de transtornos mentais (a partir da aplicação do SDQ) são vítimas principalmente de violência psicológica e negligência/abandono. Segundo a participante G: *“...as que deram anormal, a maioria eu to percebendo que tem a questão da violência psicológica e do abandono muito forte. Então assim, to fazendo uma correlação assim, muito grande, entre essas violências a esses tipos de transtorno”*.

Ainda em relação a essa questão as profissionais do grupo apontam que na relação entre os pais e filhos, o afeto trata-se do ponto principal e quando este é preservado, a consequência em relação à saúde mental é amenizada. Entretanto, quando as crianças e adolescentes sofrem violências como a negligência ou o abandono isso repercute em transtornos mentais mais graves.

Ao comparar a violência física às outras, quanto à sua repercussão em relação aos transtornos mentais, verifica-se em alguns momentos, na análise do grupo, que ela *“parece até [...] menos devastadora do que a psicológica e a negligência...”* (C). Entretanto, pode-se observar através dos dados quantitativos encontrados nesta pesquisa que os seus efeitos também são gravíssimos, dependendo do tempo de exposição das crianças e adolescentes a esse tipo de violência.

Em relação aos casos de violência sexual o papel de um cuidador que acredite na palavra da criança e que atue efetivamente através de uma função protetiva é fundamental para a forma como isso irá repercutir em relação a transtornos mentais nas crianças e adolescentes, como aponta a profissional I:

...as crianças que tiveram uma proteção [...] por parte da genitora, que o agressor foi afastado, [...] hoje estão melhores do que as que o agressor ainda está em casa. A criança apresenta menos sintomas e isso dá pra perceber, mas a

gente não tem dados... Porque ela não sofreu a questão de abandono, ou então da mãe não acreditar [...]. Porque eu acho que isso é que vai ser muito forte pra ela.

Segundo as profissionais do Serviço Especializado, a proteção em relação à violência sexual ocorreu principalmente por figuras femininas “*ou pela mãe ou por avó ... e em todos os casos é uma figura masculina o agressor*” (I).

Para elas as figuras masculinas (pai, avô, tio etc), que não estão envolvidos na situação de violência poderiam exercer a função de proteção da criança/adolescente. Entretanto, na maioria dos casos isso não tem ocorrido e elas supõem que isso pode estar relacionado a questões culturais e sociais. Segundo as profissional os homens “*...tem aquele pensamento, muitos têm aquele pensamento de que é assim, ah, hoje em dia uma adolescente de 14 anos já é uma mulher, então pode ser... não sei o que aconteceu*” (H), “*... ela ficou provocando...*” (B). Além disso, de acordo com o grupo, quando a criança/adolescente não tem essa proteção, esse suporte externo, muitas vezes após ter relatado sobre o episódio de violência sexual, volta atrás e nega que isso tenha ocorrido.

6.3 PRÁTICA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO ACOMPANHAMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SUAS FAMÍLIAS

Os resultados encontrados em relação à prática de atendimento foram coletados através do grupo focal e também das entrevistas abertas e semiestruturadas realizadas com as profissionais dos Serviços Especializados. Desta forma, serão apresentadas as questões abordadas sobre o fluxo de atendimentos dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes (VDCCA) no município de Campinas, sobre as técnicas utilizadas na prática desses serviços e também em relação à articulação com a rede de atendimentos.

6.3.1 FLUXO DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO

Retomando a questão do fluxo de atendimento e encaminhamento (vide Anexo 4) explicado no Capítulo Material e Métodos, pode-se apontar que de acordo com as profissionais do Serviço Especializado o Conselho Tutelar (CT) é o principal órgão que recebe as denúncias/notificações das situações de suposta violência doméstica contra crianças e adolescentes, avalia e encaminha o para o CREAS. Este realiza o diagnóstico inicial e direciona a família para acompanhamento psicossocial nos Serviços Especializados, realizado por uma dupla psicossocial (psicólogo e assistente social).

As notificações efetuadas no CT, de acordo com as profissionais são realizadas na maioria das vezes pelos serviços da rede como a escola, o centro de saúde, os núcleos socioeducativos, o CRAS ou então através do disque denúncia (anônima). Na percepção do grupo, quando a família chega para o acompanhamento no Serviço Especializado já foi atendida anteriormente em outros serviços da rede. Elas observam isso em função do relatório de encaminhamento que vem contendo muitos detalhes, com dados sobre o atendimento realizado, sobre o tipo de violência etc. Em 2007, quando o programa teve início, ainda no formato anterior a maioria das notificações chegava para o Serviço Especializado apenas com relatos do disque denúncia.

Apesar desses avanços da rede em relação uma maior identificação dos casos de VDCCA e de um encaminhamento mais detalhado, as profissionais relatam que a rede de serviços tem ficado apenas no papel de identificar e encaminhar. Além disso, o encaminhamento vem acompanhado de muita expectativa pelo profissional que encaminhou, principalmente em relação à resolutividade imediata do caso. Entretanto

quando é necessário um contato posterior são encontradas muitas resistências, como aponta

F:

... eles não sabem muito o que fazer com aquela situação [...] ai encaminha com uma expectativa [...] muitas vezes eles querem encaminhar direto pra gente [...] ai a gente orienta que não, tem o fluxo e tudo mais [...] [a participação da rede] é o encaminhamento. O depois, quando você quer ter esse contato, o falar com ela, ai ela já não está tão disponível.

Essa resistência posterior dos profissionais dos outros serviços ocorre principalmente pelo receio destes em envolver-se no acompanhamento dessas famílias em situações de violações de direitos. Os outros serviços se justificam como aponta F: *“eu tô aqui, pertinho da família, não quero me envolver... eu corro o risco... como se quando chega o caso pra nós e porque está no [Serviço Especializado], esse risco deixasse de existir....”*.

A equipe do Serviço Especializado avalia que os profissionais da rede criam uma expectativa irreal sobre o acompanhamento proposto nos Programas PAEFI Geral e PAEFI Sexual, uma vez que é esperada uma resolutividade imediata e também que os profissionais tenham uma análise pronta e finalizada sobre o caso. Segundo a profissional F isso é impossível, pois o profissional irá: *“escutar várias versões diferentes desse olhar, pra esse copo, que é essa criança e [...] tem que dar uma resposta pronta pra alguém”*. Este é um grande desafio para o serviço, pois *“nem sempre a gente consegue dizer quem tá certo e quem tá errado [...] quem tá falando a verdade, [...] isso não é o nosso papel [...] E a gente não é investigador...”* (F).

6.3.2 ESTRATÉGIAS OU TÉCNICAS DE ATENDIMENTO

Em relação às estratégias ou técnicas (nomeadas pelas profissionais como metodologias de atendimento) utilizadas no acompanhamento com as famílias, as profissionais dos Serviços Especializados ressaltam que existe um estudo inicial para cada caso e como ele será conduzido irá depender da história de cada família.

As principais técnicas utilizadas no atendimento, de acordo com o grupo são a entrevista domiciliar, o atendimento psicossocial, o atendimento psicológico e o atendimento social. Segundo B: *“Muitas vezes a dupla vai fazer a opção de ser o psicossocial, porque os responsáveis estão precisando muito mais naquele momento do que propriamente a criança, dependendo do tipo de violência, da situação e da dinâmica”*.

As profissionais também apontam que utilizam o atendimento em grupo, que têm sido realizados principalmente com os adolescentes e com crianças do mesmo grupo familiar. Com as crianças o foco tem sido principalmente o atendimento lúdico.

Além da função de acompanhamento às famílias, as profissionais também realizam o trabalho de articulação com a rede de serviços de atendimento (saúde, educação, esportes, assistência social etc.). Elas participam de reuniões intersetoriais distritais para discutir os casos e possibilidades de intervenções conjuntas.

Outra função é a realização do trabalho *“burocrático”* (H), ou seja, atualização dos prontuários de acompanhamento das famílias (sistema de computador), elaboração de relatórios para os determinados serviços da rede (CT, VIJ, entre outros), relatório instrumental mensal para a prefeitura sobre o atendimento realizado, SIGM (Sistema Integrado de Governança Municipal), que se trata de um Sistema Integrado da Prefeitura Municipal de Campinas, no qual são registradas as intervenções dos diversos serviços que são realizadas com a família em questão.

As profissionais apontam que é fundamental analisar sobre qual é a melhor técnica/ metodologia a ser utilizada com cada família, pois quando o acompanhamento tem início todos os envolvidos demonstram “*estar muito assustados*”, (F) com questões como ser denunciada ou se deparar com uma situação de violência no ambiente doméstico. O desejo principal das famílias é de que este acompanhamento seja o mais intenso (maior número de atendimentos) e breve, principalmente nos casos de violência sexual, como se verifica através da reflexão da profissional F:

Ela pode vir todo dia e isso pode ficar dois, três anos, e a gente não vai chegar a uma resposta final. E eu não sei também, eu me questiono também se a gente tem que chegar a essa resposta final ou se a gente tem que partir pra que essa criança tenha uma qualidade de vida melhor, né?! A partir do momento que ela dá entrada nesse serviço....

As profissionais ressaltam que o acolhimento inicial é fundamental no atendimento com as famílias. Esse momento é necessário para analisar na dinâmica familiar como os sujeitos estão se reorganizando a partir da descoberta da situação de violência sexual. De acordo com a profissional F é importante verificar:

... o que [a família] transfere pra essa criança e como essa criança vai fazer a digestão, junto com essa família desse assunto que, até então velado, ou era um assunto que... às vezes pode ser que nunca aconteceu. Aí ela passa a assumir uma coisa que nem nunca ocorreu...[sendo fundamental] não focar só no tipo de violência e no fato em si.

Por isso as profissionais ressaltam a importância do acompanhamento ser centrado na família como um todo. Destacam a importância do trabalho de sensibilização, que deve ir além do âmbito familiar, sendo necessário realizá-lo com outros serviços da

rede, desde o encaminhamento inicial até as outras etapas de articulação necessárias ao atendimento.

6.3.3 ARTICULAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS/ATENDIMENTOS E SEUS ENTRAVES

O trabalho de interação e articulação com a rede de atendimento tem ocorrido de formas diferentes de acordo com a região administrativa do município de Campinas, ou seja, segue a lógica de atendimento territorial. Desta forma, a família é encaminhada para atendimento com a dupla psicossocial que é a referência na região de sua moradia. Existem duplas de profissionais para atender as cinco regiões de Campinas (Leste, Norte, Sul, Sudoeste e Noroeste), de acordo com a demanda de notificações de cada uma delas tendo locais com mais ou menos profissionais.

Na região Leste existe apenas uma dupla responsável pelo atendimento, pois o número de notificações é o menor no município. Esta é uma região grande e uma das áreas mais antigas de Campinas, por isso tem muitos serviços instalados já há bastante tempo. Como apontou o grupo de profissionais, nesta região os serviços estão atentos à questão da violência doméstica contra crianças e adolescentes, tem uma boa articulação em rede e realizam encaminhamentos bem fundamentados. Entretanto, a expectativa e a necessidade de obter respostas sobre o acompanhamento também é maior.

Nesta região as reuniões intersetoriais encontram-se bem organizadas e nelas são discutidas questões gerais do território e de casos específicos que os profissionais dos diversos serviços atendem em comum. De acordo com o grupo, o trabalho de articulação com a rede de serviços é importante para a reflexão acerca das estratégias de atendimento em relação às famílias em acompanhamento, como exemplifica a profissional B:

Às vezes a gente tem algumas opiniões divergentes com relação à rede e de nós, enquanto serviço. Mas a gente procura estar próximo, pra tentar chegar num consenso com relação às ações com a família. E também isso é positivo, porque como a gente tá junto, se acontece alguma situação [...], nós somos informadas, se foi pro hospital a gente sabe, se morreu a gente sabe. Aconteceu alguma situação a gente acaba ficando sabendo, às vezes antes que a família.

Algumas profissionais são responsáveis pelo atendimento em mais de uma região e por isso, não conseguem participar de todas as reuniões intersetoriais que ocorrem no município, frequentando apenas aquelas que são necessárias, com objetivos previamente definidos, principalmente para discussão de casos importantes. Essa necessidade é avaliada a partir da demanda que surge no atendimento com a família.

O grupo aponta que nas regiões Sudoeste, Sul e Noroeste ocorrem poucas reuniões intersetoriais e que o número de serviços de atendimento na rede é insuficiente.

Na análise das profissionais a região Sudoeste tem o número de serviços de saúde e educação adequados e um número reduzido de núcleo socioeducativo. A região Sul tem poucos núcleos socioeducativos, mas em um número maior do que na Sudoeste, com um número insuficiente de serviços de saúde e educação. Na Noroeste o número de equipamentos (serviços de atendimento) é menor ainda, comparado às outras regiões e demanda da população, com problema principalmente em relação aos programas ou atividades para adolescentes. A região Norte encontra-se um pouco mais organizada em relação à rede de serviços e atendimento e conta com um número adequado em algumas áreas mais centrais, entretanto, em bairros que existem a menos tempo, principalmente oriundos de ocupações ilegais, a defasagem é muito grande.

A região Norte encontra-se um pouco mais organizada em relação à rede de serviços e atendimento e conta com um número adequado em algumas áreas mais centrais.

Entretanto, em bairros que existem a menos tempo, principalmente oriundos de ocupações ilegais a defasagem é muito grande.

De acordo com o grupo apesar de algumas regiões estarem mais organizadas e contarem com um número maior de serviços de atendimento nenhuma delas encontra-se adequada à demanda da população e com boa qualidade no acompanhamento oferecido.

As profissionais apontam que o principal problema dos serviços da rede tem sido na área da saúde e em relação à qualidade do atendimento. Segundo elas a demanda tem sido muito grande e a população fica esperando muito tempo para conseguir agendar uma consulta. Em relação ao atendimento em **Saúde Mental** a situação tem sido caótica, pois *“na maioria dos centros de saúde, [principalmente] na sul e na sudoeste tá faltando psiquiatra, não tem psicólogo, às vezes nem TO [terapeuta ocupacional], então assim, tá muito complicado essa questão da Saúde Mental”* (H).

Quanto aos serviços de educação, de forma geral, o grupo relata que o número de vagas nas escolas não tem sido insuficientes. Entretanto a qualidade deste serviço também não tem sido boa, como destaca A:

...não é [...] a escola que é estruturada, [...] acho que são os profissionais. [...] Porque muitas vezes tem escola que é muito fechada, mesmo ciente dessa situação da família e da criança. [Tem profissional que] não se sensibiliza, não colabora, não apoia, não ajuda... [...] [Tem outras que] às vezes já estão tão acostumadas naquela comunidade, já sabe da situação, já sabe como é que é a vulnerabilidade das famílias da área em que mora. Aí já são mais sensíveis... acolhe essa criança, até tenta fazer um trabalho, mas tem umas que assim, não quer nem ouvir falar, acha que o papel dela é a criança ir lá e voltar pra casa, porque não aprende...

Além disso, o grupo de profissionais percebe que os profissionais da educação ficam apreensivos em se envolver, se posicionar ou se comprometer, como aponta A: *“você fala, violência doméstica, nossa!”*. Demonstram receio da violência urbana, da violência doméstica e também da violência que possa ocorrer contra eles próprios, profissionais da educação, já que se encontram expostos, por atuarem no território onde a família mora.

De acordo com as profissionais, o trabalho de juntar e articular toda a rede que atende as famílias vítimas de violência doméstica tem sido função do Serviço Especializado, como exemplifica K: *“a família não traz a informação da rede, então você tem que procurar, tem que saber qual é a escola, qual que é a creche, porque minimamente às vezes a genitora consegue trazer essa informação no atendimento”*.

Para o grupo, existem alguns entraves no trabalho da articulação com a rede de serviços, que também estão relacionados à forma como o Serviço Especializado está organizado quanto ao fluxo de atendimento. Na transição do antigo Programa de atendimento à VDCCA para o PAEFI Geral e Sexual ocorreram algumas dificuldades iniciais. As profissionais precisam dar continuidade ao acompanhamento com famílias que já estavam em atendimento e, receber os novos casos do PAEFI Sexual. Quando chegam os casos de violência sexual, em função da gravidade, são encaminhados para a dupla de profissionais que tiver vaga, independente da região da qual são referência. Sendo assim, elas acabam atendendo muitas regiões diferentes ao mesmo tempo. Isso dificulta muito a articulação com os serviços da rede, pois são muitos locais para realizar os contatos e discutir os diversos casos existentes. Como aponta K:

Esse retrabalho da gente estar sempre recomeçando, de estar montando rede e é um trabalho grande porque [...] todo mundo tem uma expectativa, todos os outros profissionais tem uma expectativa que a gente que tem que chamar pra

reunião, que a gente que tem que fazer, acontecer, então isso eu acho que é bem cansativo pra nós.

Além disso, outro aspecto que dificulta o trabalho de articulação com a rede é o fato de uma mesma família estar inserida em vários tipos de serviços ou acompanhamentos, dentro da própria Proteção Social ao mesmo tempo. A maioria dos casos está recebendo acompanhamento da Proteção Básica através das atividades socioeducativas ou através dos Programas de Transferência de Renda. Quando o caso se agrava e é necessário um atendimento especializado esta família é encaminhada para a Proteção Social de Média Complexidade ou para o acolhimento institucional na Alta Complexidade. As profissionais do grupo destacam que a mesma família é acompanhada nos três níveis de complexidade, entretanto, muitas vezes as ações continuam sem efetividade ou não estão sendo potencializadas de forma assertiva, pressupondo que o trabalho de articulação entre a rede de atendimentos não esteja sendo eficaz.

O grupo também apontou sobre algo que elas denominaram como “*morosidade de encaminhamento*”. Isso seria a longa demora que famílias precisam esperar para receber qualquer tipo de atendimento. Isso vai desde o encaminhamento do Conselho Tutelar até o atendimento inicial no Serviço Especializado, durante o acompanhamento e também no processo de desligamento, quando é necessário realizar o encaminhamento para outros serviços da rede.

De acordo com as profissionais isso ocorre principalmente em decorrência da burocracia existente, como mostra o exemplo destacado por A: “*Ah, tem que esperar o momento, tem que ver se é isso mesmo... então muitas vezes tá aqui conosco ...eu quero o atendimento agora, pra comunidade terapêutica... chega lá já desistiu*”. Alguns serviços de acolhimento institucional, tanto para adultos quanto jovens dependentes de substâncias

psicoativas (SPA) ou álcool, solicitam a realização de muitos exames sobre as condições de saúde destes indivíduos para possibilitar a internação. Entretanto, a realização de tais exames demora aproximadamente um mês (quando solicitados com urgência). Isso dificulta o tratamento, pois a pessoa que é dependente de substâncias psicoativas ou álcool oscila muito quanto à decisão de ser internada. Durante o período de um mês o sujeito volta a consumir as SPA e quando surge finalmente a vaga, ele não consegue aderir ao tratamento, pois está em situação de rua ou não deseja mais a internação.

O grupo aponta que a articulação em rede tem tido retrocessos e não avanços. De acordo com elas Campinas enfrenta uma “*turbulência*”, com uma defasagem muito grande em relação a políticas públicas de atendimento, principalmente voltadas à prevenção. Isso reflete na demanda de atendimento para a Proteção Social de Média Complexidade, que também não irá “*dar conta de todos os casos!*”. Desta forma, os profissionais estão atendendo casos muito graves e não tem conseguido refletir acerca de estratégias de intervenção conjunta com os outros profissionais da rede.

6.4. DIFICULDADES E ENTRAVES NA ATUAÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO

As participantes do grupo ressaltam que existem algumas dificuldades e entraves na atuação do Serviço Especializado, que vão desde o trabalho realizado com as famílias, as relações internas de trabalho, como aquelas relacionadas à articulação com a rede de atendimento, já desatacadas no item anterior.

6.4.1 ATUAÇÃO NO ATENDIMENTO COM AS FAMÍLIAS

Em relação ao atendimento com as famílias, o grupo resalta que existe um limite para a intervenção profissional. A função do PAEFI, ou dos Serviços Especializados

é a de acompanhar os casos em que existem situações de violência doméstica para que este ciclo seja interrompido e a criança/adolescente seja protegida. Após este acompanhamento, algumas famílias não se encontram mais em situações de violações de direitos, entretanto ainda apresentam questões complexas, conflitos emocionais ou dificuldades no relacionamento familiar, mas não aceitam a intervenção dos serviços de acompanhamento da rede.

Sendo assim, tais famílias continuam inseridas no Programa de acompanhamento sem uma intervenção efetiva, sendo apenas monitoradas, com atendimentos ou entrevistas domiciliares mensais. Segundo o grupo, os profissionais de diversos serviços continuam tentando intervir por vários anos, entretanto muitas vezes não tem respostas efetivas de mudança na dinâmica familiar desses sujeitos, como exemplifica B sobre um caso *"...que acho que tem uns 10 anos"* que está em acompanhamento.

Muitas vezes essas famílias apesar da necessidade de continuarem em algum tipo de acompanhamento (Proteção Social Básica, Saúde, Saúde Mental, entre outras) não o desejam. Desta forma, o Serviço Especializado encaminha a família, mas precisa continuar monitorando para verificar se ela adere ao atendimento novo oferecido.

Os outros serviços da rede não atuam através da técnica de *"busca ativa"*. Desta forma, aguardam que os sujeitos busquem o atendimento, portanto, quando isso não acontece este fica sem nenhum acompanhamento. Sendo assim as profissionais não conseguem desligar tais famílias/indivíduos, pois apesar das situações mais graves de VDCCA terem sido minimizadas ainda corre-se o risco de novas situações ocorrerem.

Em função disso, o grupo apontou a necessidade de repensar sobre o acompanhamento dessas famílias, como ressaltou F:

... o serviço também precisa se rever em alguns aspectos e entender um pouco qual é esse limite, qual é o limite que a gente pode ir, até quando, né? [...] Eu entendo a questão da violência, eu entendo que, essa criança não pode ficar exposta, mas às vezes até a criança já saiu daquela situação, mas aí o problema é uma questão da família, mas até que ponto ela é ouvida e ela quer seguir daquele jeito, né? Até que ponto que a gente respeita esse espaço que é do outro?

As famílias com violações de direitos contra crianças e adolescentes não possuem escolha em relação a querer ou não o acompanhamento do Serviço Especializado. Isso dificulta o processo de vinculação com a família e a adesão desta ao acompanhamento. As profissionais ressaltam a importância deste papel em relação à proteção das crianças e adolescentes em situação de risco, entretanto destacam a necessidade de rever a própria atuação profissional, como tem sido a prática do acompanhamento e a necessidade de refletir sobre as estratégias metodológicas utilizadas.

Retomando a questão da “*morosidade de encaminhamento*”, apontada no item rede de atendimentos, o grupo reflete que, muitas vezes, quando a família chega para acompanhamento a situação de violência já ocorreu há algum tempo e, em função disso, há necessidade de intensificar os atendimentos. Para as profissionais isso interfere diretamente no acompanhamento com a família, como aponta K:

...intensificar alguma coisa que às vezes a gente também não vai conseguir. Então a gente fica lá, debruçados no CREAS discutindo essas coisas mais pontuais [...] e em alguns casos a gente tem discutido questões do abrigo mesmo, porque não tem condições, por conta da morosidade do encaminhamento.

Nestes casos existe uma dificuldade muito grande, pois a família deseja esquecer tal situação, principalmente em relação à violência sexual e, os profissionais

precisam fazer a família comparecer aos atendimentos e estabelecer vínculo, para que seja possível trabalhar as sequelas emocionais.

Outro aspecto apontado como um entrave envolve principalmente a autonomia em relação à forma de atuação, pois a gestão municipal do Serviço Especializado orienta sobre possíveis intervenções no trabalho a ser desenvolvido com as famílias. Segundo elas, no ano de 2012, está havendo uma exigência para ampliar o número de entrevistas domiciliares a todas as famílias em acompanhamento.

Na percepção do grupo a entrevista domiciliar é uma importante estratégia metodológica utilizada no trabalho realizado na Proteção Social, principalmente com aquelas famílias que apresentam dificuldade de adesão ao atendimento. Como aponta B: “... a visita, você vai lá, ela estando lá, de alguma maneira você vai ver a realidade, você vai dar alguma orientação. [...] É um atendimento a mais, né!”. E, por conta desta dificuldade de adesão, em alguns casos só é possível realizar o atendimento através de entrevista domiciliar, como destaca a profissional C: “*tem família, que é só através de visita, que recebe, mas tem umas que nem recebem a gente. Recebem a gente lá na frente, nem chama pra entrar. Muitas a gente vai e nunca encontra*”. Seria mais adequado que os profissionais de referência avaliassem a efetividade de cada estratégia metodológica a ser utilizada com cada família.

Ainda sobre a prática de atuação com as famílias, as profissionais ressaltam que a complexidade dos casos que chegam para atendimento é um dos maiores entraves na atuação, pois como aponta K: “[tem] *muitos casos que já deviam estar na Alta Complexidade ... e está conosco*”.

O grupo ressaltou que na Proteção Social Básica (CRAS e núcleos socioeducativos) existe um trabalho preventivo, que é realizado coletivamente, não

existindo trabalhos individuais. Sendo assim elas exemplificam que na Proteção Básica muitas vezes um profissional é responsável por 180 famílias. Desta forma, quando a família chega para atendimento, a situação está extremamente grave. A qualidade do atendimento fica comprometida em todos os níveis de complexidade.

O grupo questiona sobre como os profissionais da Proteção Social Básica estão analisando as situações de violência doméstica, pois com este número elevado de crianças, adolescentes e suas famílias em atendimento fica impossível ter um olhar individualizado para identificar questões tão complexas, como exemplifica F:

...às vezes eu acho que acaba virando uma rotina tão grande, aqueles atendimentos que são tantos [...], que não se dá conta, também né... não dá conta, é impossível, né?! Aí [o profissional que] passa pela [proteção] básica e vai trabalhar na média [complexidade atende novamente um] caso que atendeu há cinco anos e tá aqui também, né... Chegou aqui, e aí? Quem falhou?

6.4.2 FUNÇÕES DESEMPENHADAS, META DE ATENDIMENTO E CARGA HORÁRIA DE TRABALHO

Outra dificuldade apontada na atuação profissional do Serviço Especializado está relacionada ao fato de desempenharem muitas funções em relação à carga horária de trabalho. Observa-se que elas realizam o atendimento direto com a família (com questões muito complexas), além do trabalho administrativo (prontuários, relatórios, planilhas sobre o atendimento, instrumentais, sistemas etc) e também toda a articulação com a rede de atendimento.

A equipe do Serviço Especializado relata que o regime de contratação de trabalho varia conforme a instituição. Entretanto, a maioria delas trabalha 30 horas semanais. Cada dupla de profissionais (um psicólogo e um assistente social) atendem uma

meta de 30 famílias e o número médio de membros por família é de 4/5 pessoas, ou seja, uma média de 120 a 150 pessoas por dupla. A principal técnica utilizada no acompanhamento é o atendimento psicossocial familiar, portanto além da criança/adolescente vítimas de violência doméstica, os profissionais realizam atendimento com os pais/responsáveis, ou mesmo com pessoas da família extensa quando necessário. Além disso, em algumas famílias, cada criança/adolescente encontra-se sob a guarda de um responsável diferente, tendo sido separados como uma função protetiva. Nesses casos o acompanhamento é feito com todos os núcleos familiares.

De acordo com as diretrizes governamentais, na Proteção Social de Média Complexidade, o acompanhamento às famílias deveria ser estreito e sistemático (com frequência semanal). Entretanto, de acordo com o grupo, em decorrência da atual organização (carga horária de trabalho e número de famílias e de sujeitos) torna-se impossível atuar dentro dessas diretrizes. Sendo assim, elas apontam a necessidade de reavaliar a metodologia/ técnica de acompanhamento, adequando às condições de trabalho.

Quanto às dificuldades apontadas em relação às condições de trabalho, o grupo traz a necessidade de ter maturidade emocional para discutir e compreender tais questões, pois as mudanças dependem principalmente de um reordenamento no sistema no qual elas estão inseridas, que vão além de ações individuais e a importância do fortalecimento da equipe profissional na discussão de tais questões.

A qualidade de vida do profissional irá impactar diretamente no atendimento das famílias. Elas destacam que quando trabalham satisfeitas, as suas ações são muito mais assertivas, em contrapartida quando não, muitas coisas são deixadas para trás. Sendo assim, é necessário que ocorra este amadurecimento profissional e também coletivo, para apontar

a importância de refletir junto ao poder público sobre a necessidade de mudanças em relação às condições de trabalho do Serviço Especializado.

6.4.3 ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS NO SERVIÇO ESPECIALIZADO

Uma terceira questão ressaltada pelo grupo trata-se da rotatividade de profissionais no Serviço Especializado conveniado a Prefeitura Municipal. Algumas profissionais tiveram dificuldades na aplicação do questionário, pois ainda não tinham vínculo com a família, já que haviam começado a trabalhar no serviço há pouco tempo.

Estas famílias já apresentam dificuldades de adesão por conta das situações de violência doméstica. Quando chega um novo profissional, a resistência em relação ao atendimento aumenta ainda mais, *“ai ela fala, de novo, eu vou contar isso, né...?”* (K). Assim a criança ou adolescente e sua família pode acabar sofrendo revitimização também por parte do Serviço Especializado.

As dificuldades de atuação são agravadas pelas condições de trabalho que acarretam nesta rotatividade constante de profissionais. Desta forma, o grupo aponta que para poder refletir sobre mudanças metodológicas em relação à prática, primeiramente seria necessário reavaliar as condições de trabalho quanto à meta de atendimento, carga horária e questões salariais. Isso iria refletir diretamente na qualidade de vida de cada uma delas.

Trabalhar com a temática VDCCA é por si só extremamente complexo e muitas vezes gera um enorme desgaste emocional, que faz com que o profissional pense em desistir deste trabalho. Sendo assim, para que este possa continuar atuando nesta área é necessário que exista, no mínimo, condições de trabalho adequadas à prática profissional.

Na percepção do grupo, para que as ações com as famílias em situação de risco e violência tivessem avanços, as condições de trabalho dos profissionais do Serviço

Especializado precisariam ser modificadas. Isso significaria uma redução na meta de atendimentos, que fosse adequada à complexidade que envolve a demanda das famílias, melhores condições de trabalho e mais efetividade nos atendimentos dos diversos serviços que compõe a rede, de acordo com as necessidades dessas famílias em situação de violência doméstica.

6.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO

A ausência de políticas públicas efetivas de atendimento no município de Campinas foi uma questão discutida amplamente no grupo focal, tratando-se de um consenso entre as profissionais sendo apontada como a principal dificuldade de atuação.

Em primeiro lugar as profissionais destacaram que quase não existem ações/atividades de prevenção e de proteção para se oferecer aos adolescentes no município de Campinas. Como exemplifica D: *“com adolescente é um caos”*.

Em decorrência das dificuldades financeiras da maioria das famílias, muitos adolescentes menores de 16 anos começam a trabalhar e param de estudar. Nessa faixa etária ainda não é permitido trabalhar de acordo com a legislação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e muitos não tem a escolaridade necessária para entrar em Programas como o Jovem Aprendiz. Para participar dos Programas governamentais para adolescentes, como cursos ou programas de transferência de renda é exigida uma escolaridade mínima.

Como apontado pelo grupo, as vagas em curso para adolescentes estão praticamente escassas. Desta forma, a faixa entre 14 e 16 anos fica desassistida, pois os adolescentes não podem trabalhar e também não existem cursos de capacitação para eles. Além disso, não têm atividades adequadas para essa faixa etária de 14 a 16 anos nos

núcleos socioeducativos, que motivem os adolescentes a frequentá-las, e também existe um limite de idade para esses jovens frequentarem essas atividades, muitas vezes até 14, 15 ou 16 anos.

O grupo ressalta que os cursos ou atividades socioeducativas que existem para adolescentes estão atrelados aos programas de transferência de renda, como exemplifica B:

...quando tem, na verdade [...] ao invés de incluir, ele exclui. Por que se tá fora da escola, não pode entrar, se não tem uma idade x não pode entrar, se não tá participando sei lá do que não pode entrar, se não tem a habilidade x, não pode entrar...

Sendo assim, o Serviço Especializado fica sem alternativa de intervenção com essa faixa etária, como se verifica nesse diálogo das profissionais:

F: ...esperam que aconteça o pior, o tráfico domina, né, tem a questão da morte, chega até uma fatalidade, ou se não....

A: ... o acolhimento!!!

F: ... é, pra Fundação Casa, então a gente fica esperando, aguardando esse resultado, porque não tem mais o que fazer.

As profissionais colocam que esses adolescentes possuem uma baixa autoestima e uma ausência total de valores: “...não acredita mais em nada, nem na família e tem comportamento de risco mesmo. Eu vivo o hoje, o hoje é isso e pronto, né!” (A), “....se tiver amanhã ótimo, se não....”(F) “...se não é hoje que eu tô vivendo” (A).

O grupo aponta que os adolescentes que tem como características comuns conflitos com a lei ou abuso de substâncias psicoativas e acabam indo para a rua. Além disso, quando chegam para o atendimento a situação está tão crítica que fica difícil resgatá-lo do risco potencial que tem vivido, como exemplifica A:

...aí chega pra nós, o que nós vamos fazer? Aí se vai pra rede, não tem nada...Ação Jovem, sessenta reais, né ... e tem que estar atrelado a escola, a um curso, aí você até consegue essas coisas... Que atrativo tem pro adolescente, se aqui na “biqueira” ele ganha isso por dia, vamo supor, né? Ou até mais, daí a gente ouve isso deles, né! Aí não vem pro atendimento. Então assim, a questão de adolescente há anos em Campinas tem sido falada nas Conferências da Assistência, só que o quadro não vem mudando, só vem se agravando.

Em relação a toda essa problemática que envolve os adolescentes o grupo aponta que o principal problema é a ausência de políticas públicas efetivas em todas as áreas, saúde, promoção social, educação principalmente com foco na prevenção. O importante seria evitar que a situação chegasse a esse ponto, quando se torna praticamente impossível reverter o quadro, além de demandar um investimento financeiro muito maior do poder público.

Por conta da ausência de investimentos em políticas públicas de prevenção, a situação atual tornou-se “caótica”, como apontaram as profissionais. Sendo assim, tem ocorrido um maior investimento no atendimento de Proteção Especial de Média Complexidade e que na análise geral do grupo é algo extremamente difícil de reverter.

Novamente elas destacam que seria importante ter um maior investimento na Proteção Social Básica, principalmente com foco no trabalho preventivo. Sendo assim, como proposta de atuação I exemplifica:

se existisse um trabalho de conscientização [...] em escola, de movimentar pais, movimentar os alunos, com relação à proteção, a prevenção, talvez a gente não chegaria nesse ponto. Porque aí já vem de pequenininho. Então depois que já tá tudo distorcido, tá tudo mal feito, não tem como concertar, às vezes.

Na percepção das profissionais do Serviço Especializado, quando o caso chega para atendimento na Proteção Social de Média Complexidade é porque teve uma falha de atuação na Proteção Social Básica. Isso é consequência da ausência de efetivas políticas públicas em todos os níveis e por essa razão a Média Complexidade tem atendido casos gravíssimos que deveriam estar em acompanhamento na Proteção Especial de Alta Complexidade.

Outro fator destacado pelo grupo em relação às políticas públicas de atendimento é o fato de algumas responsabilidades ficarem depositadas na Assistência Social. Ou seja, os outros serviços não atendem a demanda específica de sua área, como por exemplo, questões relacionadas às dificuldades de aprendizagem na educação e, as questões de **Saúde Mental** na saúde. Essa sobrecarga acarreta em problemas no atendimento direto com a família.

Pela não implementação de políticas públicas resolutivas nas diversas áreas, os profissionais ficam extremamente sobrecarregados com grande número de sujeitos em acompanhamento. Sendo assim, quando uma família apresenta muita dificuldade em aderir ao atendimento ou demora muito tempo para ter uma mudança efetiva “...a própria rede acaba desistindo” (F). Nesse momento, “...a gente [proteção social especial de média complexidade] tem que ir lá e fazer a rede acreditar de novo” (F).

Essa situação fica ainda mais complicada quando existe alguma problemática em relação à Saúde Mental, pois essa relação entre os serviços de atendimento e a família que não adere torna-se mais difícil com o passar do tempo, como exemplifica A:

*...o postinho fala... lá vem aquela mãe, né, com aquelas crianças..., né e tal.
Então assim... isso é o histórico, vem vindo lá de trás, desde que a mãe era*

criança, adolescente, começou a ter os filhos, ai vem vindo, a questão de saúde mental vem vindo lá de trás, né.

Em relação aos serviços de saúde de forma geral, as profissionais destacam que existe uma falta de qualidade grande e isso está relacionada à grande demanda, como destaca H em sua fala:

...demora pra conseguir as consultas [...] a gente tem tido muita dificuldade é pra questão de Saúde Mental, então a maioria dos centros de saúde na sul e na sudoeste tá faltando psiquiatra, não tem psicólogo, às vezes nem TO, estão assim, tá muito complicado essa questão da Saúde Mental.

Como apontado anteriormente nos resultados quantitativos encontrados, observa-se que em média de 65,5% das crianças e adolescentes desse estudo apresentam possíveis transtornos mentais. Esses dados apresentam relação com a análise do grupo, que destaca como principal demanda dos sujeitos atendidos no Serviço Especializado o atendimento psicoterapêutico individual. Entretanto, essa não é a proposta do PAEFI, que preconiza a Proteção Social, principalmente através do atendimento psicossocial familiar. Nesses casos as profissionais têm encontrado muita dificuldade no encaminhamento para atendimento nos serviços de saúde mental.

De acordo com o grupo, o foco do atendimento no Serviço Especializado é a violação dos direitos das crianças e adolescentes, como explica C:

[É fundamental] legitimar a partir do atendimento com a criança aquela violência a que ela foi submetida. [Para] que ela possa ter um espaço pra poder ser ouvida e que aquilo seja considerado. [...] Ela passou por uma violação de direitos, então isso tem que ficar evidente e ela tem que saber que tem alguém trabalhando por ela, nesse sentido... a parte de proteção, e a partir disso responsabilizar a família.

Muitas vezes as profissionais identificam que em alguns casos não existem mais violações de direitos em relação às crianças e adolescentes e as questões de violência doméstica nas famílias em acompanhamento foram sanadas. Nesses casos, para dar continuidade ao tratamento seria necessário realizar um encaminhamento para um atendimento psicoterapêutico, na Saúde Mental. Em decorrência da ausência de vagas, A explica: *“a gente segura um pouco o desligamento porque não conseguimos encaminhar pra Saúde Mental”*.

O grupo avalia que no atendimento realizado pelo Serviço Especializado não é possível trabalhar especificamente e individualmente os transtornos psiquiátricos desencadeados pelas situações de violência doméstica, como se verificou nas crianças e adolescentes deste estudo. Além de não ser o foco do acompanhamento nos serviços da Assistência Social, a meta de atendimento não permite esse acompanhamento sistemático pela complexidade dos casos.

Elas destacam que os serviços de saúde mental deveriam ser os responsáveis por essa especificidade no atendimento, entretanto também não conseguem atender essas crianças e adolescentes individualmente e muitas vezes realizam atendimentos grupais, ou com frequência mensal. Isso ocorre pela ausência de profissionais atuando na rede de serviços, como exemplifica K:

...isso tudo vai impactar na qualidade de vida dessa família, [...] e eu acho que isso agrava quem tem essa disposição, infelizmente pra ter os quadros clínicos, né?! Eles vão se intensificar, desde a criança mais nova até o pai, a mãe, os avós, os responsáveis. E aí, não adianta ficar tentando, a maioria de nós tenta encaminhamento, mas tem 400 na lista de espera prum atendimento psicológico [...] E tem casos que não vão ser atendidos nem daqui a um ano.

Ainda em relação a essa questão de ausência de vagas nos serviços de saúde, as profissionais apontam que tal situação fica ainda mais grave por conta da dificuldade que as famílias em violação de direitos apresentam, principalmente quanto à adesão ao tratamento.

Como explica A:

...a lógica da saúde é outra, não é essa busca ativa, que a gente vai lá casa, faz visita. Não foi no atendimento no centro de saúde com a psicóloga, ela não vai ficar ligando, olha fulano, vem, semana tal, vou reservar um horarinho pra você, não é essa lógica. E a gente até entende isso, né, que tem que partir do ser humano e tal. Só que alguns casos, a gente precisa ter isso junto, essa parceria junto da saúde...

De acordo com elas deveria existir um trabalho conjunto com essas famílias nos diversos serviços, corroborado também pelo alto índice de transtornos mentais encontrado nesta pesquisa, pois esses sujeitos tem tido um acompanhamento psicológico, social e psicossocial, entretanto o foco principal do atendimento nos Serviços Especializados não contemplam as questões de saúde mental e a psicoterapia individual.

6.6 PROPOSTAS DE MUDANÇAS NO ATENDIMENTO/ ACOMPANHAMENTO

As profissionais do Serviço Especializado apontaram propostas de mudanças em relação ao atendimento/acompanhamento para obter uma maior efetividade. Ressaltaram que primeiramente seria necessária uma redução na meta de atendimento em relação ao número de famílias acompanhadas. A partir dessa primeira mudança seria possível repensar as técnicas/ metodologia utilizada e as propostas de acompanhamento para as famílias e indivíduos com violações de direitos, pois com menos casos em acompanhamento o tempo despendido a cada família seria maior e, assim seria possível realizar uma articulação mais efetiva com a rede de serviços.

Além disso, seria importante rever as condições de trabalho dos profissionais do Serviço Especializado, pois isso causa um impacto direto na rotatividade destes.

Em relação aos serviços públicos da rede, as profissionais apontam que seria fundamental existir um aumento de funcionários. No CREAS isso seria fundamental pra potencializar a ação diagnóstica, na Saúde Mental para atender a demanda real e realizar atendimentos de forma sistemática e na Proteção Básica a realização de trabalhos efetivos de prevenção.

Quanto à articulação da rede de serviços, seria fundamental realizar um trabalho de fortalecimento de ações conjuntas, principalmente com as áreas da saúde e educação, para que estas estejam **qualificadas** tanto para identificar os casos de VDCCA, quanto acolher a família e trabalhar tais questões naquilo que for necessário.

Entretanto, o grupo aponta que não seria suficiente uma reflexão e uma mudança apenas na articulação dos profissionais que atuam diretamente com as famílias. Seria necessária uma articulação entre as diversas instâncias da gestão municipal. Tal reflexão sobre a efetividade das políticas públicas de atendimento à VDCCA já foi iniciada em instâncias superiores, entretanto ainda não obtiveram muitos resultados. Segundo o grupo essa articulação tem envolvido o Ministério Público e a Vara da Infância e Juventude e não apenas o Serviço Público Municipal, mas na análise das profissionais, ela deve ir além, e envolver todas as áreas de atendimento à população vítima de violência doméstica.

A fala do grupo aponta a necessidade de reflexão em todos os sentidos: em relação a políticas públicas efetivas de atendimento, à qualidade dos serviços, quanto às condições de trabalho dos profissionais que atendem questões tão complexas, assim como a necessidade de fortalecimento e articulação entre os diversos serviços da rede de atendimentos.

DISCUSSÃO

1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO: GERAL E EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA

Na **caracterização geral da população** em relação à faixa etária observou-se um aumento do número de crianças/adolescentes nas faixas de maior idade. Pode-se pressupor que com o crescimento e o desenvolvimento as crianças/adolescentes expostas a situações adversas vão apresentando um maior número de sintomas emocionais e os serviços da rede que os acompanham (saúde, educação, assistência social) podem identificar mais facilmente uma suposta situação de violência doméstica. Desta forma, ocorre o aumento de notificações/ denúncias sobre tais situações e conseqüentemente isso reflete na demanda de atendimento (o número de sujeitos seguiu a proporção do número de atendidos no município de Campinas).

Autores (Poletto et al., 2009, Goodman et al., 2007) destacam que alguns fatores como a renda familiar, a escolaridade dos responsáveis, assim como a sua inserção no processo produtivo, a violência comunitária, conflitos intrafamiliares, envolvimento dos responsáveis com a criminalidade, punição física severa, ser órfão ou vivenciar condições precárias de saúde na infância e adolescência podem significar um alto risco para o desenvolvimento psicoafetivo de crianças e adolescentes.

Com relação aos aspectos socioeconômicos 70,9 % dos responsáveis pelas crianças e adolescentes estudados encontram-se na categoria sem rendimento até dois (2) salários mínimos, 68, 3% conta com auxílio de benefícios sociais, a minoria possui trabalho formal e mais da metade cursou apenas até o 9º ano do ensino fundamental. Desta forma, verifica-se que a maior parte destes sujeitos apresenta dificuldade socioeconômica e pouco acesso a educação que possibilitaria melhoria dessas condições. O fator socioeconômico é um aspecto que gera maior vulnerabilidade social, podendo se tornar um risco para o agravamento das situações de violência. Apesar de este não ser fator único, nem ter

consequência direta, a forma como as desigualdades sociais, a ausência de acesso bens e equipamentos de lazer, esporte e cultura operam na especificidade da cada grupo social podem desencadear comportamentos violentos (Abramovay et al., 2002).

Ainda em relação à caracterização da população quanto ao aspecto religioso verificou-se que mais da metade da população não frequenta nenhuma atividade. A religião ou tais atividades comunitárias são apontadas pela literatura como um fator de proteção tanto em relação à saúde mental, quanto à violência. As redes de proteção são informais e se formam espontaneamente através da vinculação de pessoas e grupos de referência, isso possibilita a conscientização e mobilização social, voltada à proteção e cuidados com crianças e adolescentes, junto às famílias e comunidade, indicadas para o enfrentamento dos problemas psicossociais e de saúde (Costa e Bigras, 2007).

Em relação à configuração familiar verificou-se um grande número de famílias monoparentais, compostas principalmente pela genitora como a única responsável. Pode-se relacionar este dado ao fato do principal agressor dos sujeitos estudados ser a genitora. Além disso, a maioria das famílias estudadas apresentou histórico de violência intrafamiliar transgeracional (os responsáveis também foram vítimas de violência doméstica).

A violência se reproduz a partir de um ciclo (Walker, 1979), podendo-se pressupor que assumir as responsabilidades familiares, socioeconômicas e educativas de um filho, sozinha, torna-se um fator de maior vulnerabilidade, principalmente quando associada ao histórico de violência doméstica vivenciado por essas genitoras. Neste contexto, verifica-se que o risco para a reprodução do ciclo de violência pode-se repetir.

As famílias monoparentais sofrem um impacto mais severo de inúmeros fatores de risco e a mulher, na maioria das vezes chefiando famílias monoparentais está exposta a mais situações de estresse (American Psychological Association, 2003). Entretanto, é

fundamental ressaltar que o simples fato de viver em famílias monoparentais não implica necessariamente no surgimento de situações de risco. As dificuldades socioeconômicas, a responsabilidade pela educação e cuidado com os filhos em conjunto a uma rede de apoio ineficaz (ausência de suportes externos) podem ser indicativos de maior exposição a fatores de risco como o aumento de situações de violência (Gallo e Williams, 2005).

Quanto à **caracterização da violência doméstica** verificou-se que a maioria das crianças e adolescentes deste estudo sofreu pelo menos dois ou mais tipos diferentes concomitantemente. Desta forma, é importante ressaltar que na maioria das vezes uma criança ou adolescente não sofre um único episódio ou tipo de violência. Os diferentes tipos ocorrem associados (Bazon, 2008), e a violência psicológica está presente na maioria dos casos.

Um estudo de revisão bibliográfica mundial aponta associação entre a violência psicológica vivenciada na infância e juventude com problemas de saúde mental, principalmente como um sinalizador de futuros impactos na vida adulta destes sujeitos. A violência psicológica muitas vezes não é percebida e para que seja compreendida é necessário que saia da invisibilidade, pois se trata de um fator extremamente grave e preocupante em relação aos quadros psicopatológicos (Abranches e Assis, 2011).

O grupo de profissionais analisou que quando a violência doméstica caracteriza-se principalmente como a negligência/abandono ou violência psicológica, mesmo que associada a outros tipos de violência as consequências emocionais são “...devastadoras”. Ou seja, a ausência de figuras que protejam e possibilitem um suporte emocional durante o processo de desenvolvimento psicoafetivo da criança causam muitos prejuízos.

Na negligência, por conta do abandono total de cuidados, o que ocorre é a ausência de uma pessoa (a mãe ou um cuidador) que exerça a função de figura significativa em relação ao bebê ou a criança através de um envolvimento afetivo total, por um determinado período, necessário para promover o suporte emocional que possibilita para este indivíduo um desenvolvimento saudável (Winnicott, 1994; Winnicott, 2002; Rutter, 1987; Werner, 1989).

Em relação à violência sexual sofrida na infância/adolescência, pode-se analisar a partir da experiência das profissionais do Serviço Especializado, que esta, no momento seguinte ao episódio desperta um grande sofrimento emocional e um sentimento de desamparo, sendo fundamental para a criança/adolescente que a mãe ou um cuidador exerça sua função protetiva. A função desta figura significativa é fundamental para que a criança/adolescente que sofreu algum trauma possa retomar a capacidade de se envolver emocionalmente a partir de uma relação de proteção, como ocorreu nos primeiros estágios da vida do bebê, onde sua mãe era capaz de protegê-lo (Bowlby, 1990; Winnicott, 2002; Zenah, 1997).

Em relação à violência física, apesar de o grupo apontar que em alguns momentos a violência psicológica e a negligência podem ser “mais devastadoras”, principalmente quanto à questão do afeto, pode-se analisar que a esta também causa transtornos mentais extremamente graves (Afifi et al., 2012).

2. PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS INFANTO – JUVENIS EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

Os resultados do presente estudo mostram uma alta prevalência (65,5%) de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no

município de Campinas em relação à população geral internacional e nacional, que apresentam índices que variam principalmente entre 10% e 20% (WHO, 2005; Brasil, 2005a; Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004).

As regiões Sul (76,4%) e Leste e (75%) apresentaram maior prevalência de transtornos psiquiátricos nas crianças e adolescentes estudados do que nas regiões Sudoeste (64,1%), Noroeste (55,8%) e Norte (53,8). Pressupõe-se que estes índices podem estar relacionados às diferentes estruturas de atendimento oferecido à população nas cinco do município em relação às áreas de atuação (saúde, educação, assistência social etc).

O município de Campinas apresentou nas últimas décadas um crescimento populacional significativo em decorrência da chegada de imigrantes e pelo intenso processo de urbanização, com isso ocorreu a ocupação irregular de várias áreas públicas e privadas (chegam a mais de 100 áreas). Entretanto, esse crescimento não foi acompanhado pela extensão dos serviços básicos de infraestrutura e tais áreas de ocupação irregular representam uma reação popular à ausência de políticas públicas de habitação adequadas à necessidade da população (Cunha et al., 2006).

Ainda de acordo com os autores, na década de 90 o crescimento demográfico ocorreu de forma bastante desigual no município, tendendo a ser maior nas áreas mais periféricas e com maior grau de precariedade. A região sul do município apresenta ausência de serviços básicos de qualidade e de condições adequadas de moradia, sendo definida como um dos grupos populacionais mais vulneráveis de Campinas.

A região Leste possui melhor desenvolvimento socioeconômico e demográfico, em decorrência de ser próxima à região Central, além de ser uma das mais antigas. Apesar de, nesta região, existir também áreas que foram sendo ocupadas de forma irregular e com pouca infraestrutura. Na região central e em bairros como Botafogo existem muitos prédios

antigos ocupados de forma irregular (Cunha e Oliveira, 2001).

Por ser uma região que existe há bastante tempo no município, pode-se pressupor que, a Leste possui uma rede de serviços mais estruturada em relação às outras. O grupo focal apontou que os profissionais dessa região têm identificado mais rapidamente os casos de violência doméstica, principalmente aqueles agravados por questões de Saúde Mental e, pelas prevalências encontradas tais crianças e adolescentes têm sido encaminhadas para atendimento.

A região Sudoeste também apresenta um alto índice de vulnerabilidade social com intensificação de ações de criminalidade. A região Norte, apesar de possuir um polo de desenvolvimento tecnológico e econômico, composto pela região de Barão Geraldo e da UNICAMP, também possui uma área com grande concentração rural e com pouca infraestrutura. A região Noroeste, principalmente a área do Campo Grande, possui um adensamento populacional cercado por terras ociosas com ausência de planejamento (Cunha et al., 2006; Cunha, 2001; Campinas, 2006). Desta forma, o alto índice de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica nessas regiões (mesmo não sendo as prevalências mais elevadas) refletem a ausência de políticas públicas que acompanhassem o crescimento populacional e de uma rede de serviços bem articulada, como apontado pelas profissionais dos Serviços Especializados.

Apesar de existir uma maior organização em algumas regiões nenhuma delas está suficientemente articulada para atender todas as necessidades da população, segundo as colocações no grupo focal. Isso pode estar relacionado ao crescimento populacional desordenado que ocorreu no município de Campinas e a ausência de políticas públicas que acompanhassem essa demanda. Ou seja, os serviços ainda não conseguiram se adequar a tais mudanças (Cunha et al., 2006).

Quanto à prevalência dos problemas de saúde mental em relação às faixas etárias observa-se que nas crianças de 4-7 anos foi de 54,8%, na de 8-11 foi de 73,5% e nos adolescentes de 12-16 anos foi 65,4%. Deve-se destacar o índice bastante elevado já na faixa etária de 4-7 anos apontando para a necessidade de intervenções efetivas e específicas, objetivando prevenir o desenvolvimento de transtornos mais graves nestas crianças. A diminuição na faixa etária de 12-16 anos, segundo informações dos Serviços Especializados, pode ter ocorrido, pois os adolescentes que apresentavam maior risco para problemas de saúde mental não compareceram às entrevistas para aplicação dos questionários, sendo necessário substituí-los. Pode-se supor que a prevalência de possíveis transtornos psiquiátricos poderia ter sido mais elevada nesta faixa etária, por estarem mais tempo expostos a situações adversas, maiores seriam os riscos para o desenvolvimento de algum transtorno psiquiátrico (Goodman et al., 2007). Esses adolescentes que não aderiram ao atendimento, também não frequentam os outros serviços de tratamento, de proteção e de prevenção estando expostos a mais situações de risco, pois a ausência de redes de apoio social e afetiva também é apontada como condição negativa (Koller e Lisboa, 2007).

3. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

De acordo com Rutter (1987) e Werner (1989), são fatores de risco e proteção para transtornos psicopatológicos, tanto na presença quanto na ausência: 1) Traços de personalidade e atributos individuais, como a qualidade da autoestima, nível de sociabilidade, inteligência, entre outros; 2) Coesão familiar ou figuras significativas que promovam suporte emocional em situações de privação ou discórdia (pais, irmãos, tios, avós, esposa ou marido etc.); 3) Disponibilidade de sistemas de suporte externos que

encorajem e reforcem os esforços ou as tentativas positivas da criança, assim como suas competências.

Na população estudada foram encontrados fatores de risco destacados na literatura e também pelos profissionais do Serviço Especializado com uma alta frequência (cada um deles acima de 15%), mas com exceção do uso preocupante de bebida alcoólica por um dos responsáveis e situação trabalhista dos responsáveis (os que não trabalham, os desempregados, os aposentados e os beneficiários do BPC) não apresentaram associação com os transtornos mentais.

Nessa pesquisa, identificou-se que sofrer um ou mais fatores de risco são igualmente prejudiciais para os transtornos psicopatológicos em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. Frente à caracterização encontrada de alto risco social, a violência doméstica vivenciada na infância e juventude é por si só um risco potencial para possíveis transtornos psicoafetivos e psicopatológicos, independentemente da presença ou ausência de outros fatores de risco associados.

A literatura aponta a psicopatologia dos pais como preditor de transtornos mentais nos filhos (Anselmi, 2008). Em um estudo com genitores que apresentavam diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, verificou-se maior risco para o desenvolvimento de transtornos mentais em seus filhos, com prevalência de 71,4% (Zappitelli et al., 2011).

Nesse estudo, apesar de não ter sido realizada uma análise específica sobre tal relação encontrou-se associação entre o uso preocupante de álcool dos genitores e risco para problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes estudados.

Outra associação encontrada foi entre o genitor estar ausente do processo produtivo e problemas de saúde mental nos filhos. Esses dados são confirmados pela literatura, pois situações de incerteza quanto ao emprego ou estar inserido apenas em

trabalhos informais podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de transtornos psiquiátricos como a ansiedade e depressão (Ludemir, 2005).

Apesar de não ser possível estimar exatamente o tempo de exposição das crianças e adolescentes as situações de violência doméstica, pois este dado muitas vezes é contado após a notificação, destaca-se este fator como um agravante no acometimento de transtornos psiquiátricos. No instrumento utilizado para triagem, SDQ, verificou-se que a maioria dos sujeitos apresentou mais de um sintoma de saúde mental. E, no diagnóstico mais aprofundado através da utilização do Questionário DAWBA verificou-se que a maior parte dos sujeitos apresentou mais de dois transtornos psiquiátricos. Destes, 69,4% estavam nas faixas etárias de 8-11 anos (73,7%) e de 12-16 anos (75%), encontrando-se associação entre o aumento da idade e maior incidência de comorbidades psiquiátricas. Portanto, pressupõe-se que quanto mais tempo expostos a situações adversas, mais elevados os níveis de risco para transtornos psiquiátricos, pois as comorbidades aumentaram significativamente com o aumento da idade (Koller e Lisboa, 2007).

Ao analisar esses dados, verifica-se que, da faixa etária de 8-11 anos para a faixa etária de 12-16 anos houve um pequeno aumento. Como já apontado anteriormente, os adolescentes que apresentaram problemáticas mais graves (segundo relato das profissionais que os acompanham) não aderiam aos atendimentos não sendo possível avaliá-los. Estes se encontram muitas vezes em situações de dependência de SPA, moradia na rua, evasão escolar ou reclusos em instituições para aplicação de medidas socioeducativas. Desta forma, pode-se pressupor que os índices de transtornos psiquiátricos, inclusive de comorbidades, poderiam ter sido mais alto nos adolescentes.

De acordo com Assis et al. (2009b), as comorbidades psiquiátricas têm sido verificadas como uma característica importante em relação as desordens psiquiátricas,

sendo identificadas ainda em etapas iniciais do desenvolvimento, sendo fundamental e necessário aprofundar estudos relacionados a tais questões. Quando não tratadas as psicopatologias podem se agravar com o passar do tempo, tornando-se cada vez mais difícil sensibilizar o jovem sobre a importância do tratamento. As profissionais do Serviço Especializado, no relato de experiências no grupo focal, colocaram que em muitos casos, quando iniciam o acompanhamento com as famílias, a situação do adolescente se tornou tão caótica, que este recusa receber qualquer tipo de orientação ou intervenção terapêutica.

Gallo e Williams (2005) realizaram um estudo de revisão bibliográfica sobre os fatores de risco para conduta infracional em adolescentes e identificaram que a violência doméstica trata-se de um fator extremamente significativo no ato infracional. Outros fatores que foram destacados pelos autores foram os pais cometerem algum tipo de crime ou contravenção, consumo excessivo de álcool e drogas, ou pais com psicopatologias severas. Isso compromete as suas funções parentais no controle, no estabelecimento de limites e no envolvimento afetivo com os filhos (American Psychological Association, 1997).

Na avaliação de rastreamento com o SDQ, identificou-se que os sintomas mais frequentes nas crianças e adolescentes estudados foram problemas de conduta, seguidos pelos emocionais e de relacionamento e por último mais não com muita diferença os problemas de atenção e hiperatividade.

Quanto à avaliação diagnóstica dos tipos de transtornos psicopatológicos realizada neste estudo, não se observou associação. Houve maior frequência primeiramente do TEPT, seguido pelos Transtornos Externalizantes, pelos Transtornos Internalizante, por fim os Outros Transtornos e os Transtornos Alimentares.

O TEPT tem sido apontado como o tipo de transtorno psiquiátrico mais frequente em estudos nacionais e internacionais com crianças e adolescentes expostos às

situações traumáticas (Borges et al., 2010; Serafim et al. 2011;). Em estudos no Brasil com vítimas de violência doméstica, principalmente abuso sexual, o TEPT tem sido encontrado com prevalências de 60 a 70% (Borges, 2007; Habigzang, 2008).

No presente estudo deve-se ressaltar que o TEPT esteve presente principalmente nas faixas etárias de 8-11 e nos adolescentes e com uma frequência média de 55,1%. O Transtorno de estresse pós-traumático quando não tratado, torna-se um fator de risco para o desenvolvimento posterior de patologias psiquiátricas mais graves (Castillo et al., 2000).

Os transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes podem ocorrer por vários fatores, entretanto tem sido verificada associação entre problemas de comportamento (como os transtornos externalizantes) e variáveis do ambiente familiar. A quantidade ou qualidade de eventos adversos ou negativos que ocorrem no âmbito familiar, como a violência doméstica, são apontados como prejudiciais ao desenvolvimento psicoafetivo, podendo ser predisponente aos transtornos externalizantes ou problemas comportamentais (Assis et al., 2009b). Deve-se destacar tal relação com os dados encontrados nessa pesquisa, tanto no rastreamento dos problemas de saúde mental, quanto no diagnóstico mais aprofundado, em ambos os transtornos de conduta forma os mais frequentes.

Em relação aos transtornos externalizantes, o TC foi maior nos adolescentes. Tais resultados apresentam associação em um estudo de revisão bibliográfica, que aponta associação entre a idade e o ato infracional, ou seja, jovens de 12-18 anos apresentam mais comportamentos hostis e persistentes, violam os direitos básicos dos outros ou das normas sociais, sendo estas características dos transtornos de conduta (Gallo e Cavalcanti, 2005).

Já o TDO e o TDAH foram maiores na faixa etária de 8-11 anos. O transtorno desafiador de oposição é caracterizado por um padrão global de desobediência, desafio e

comportamento hostil, entretanto é definido por violações menos graves que o TC, que inclui roubo, agressão, crueldade com animais e pessoas. Além disso, deve-se ressaltar que existe uma alta prevalência de TDAH e transtornos disruptivos do comportamento como o TDO e o TC, entre 30% a 50%. Na adolescência o TDAH pode se agravar, principalmente quando associado à comorbidades psiquiátricas como, por exemplo, o TDO ou TC, tornando-se nestes casos um fator de risco importante para o indivíduo se dirigir ao abuso de SPA (Pinheiro et al.,2004; Rohde, 2000).

Sendo assim, verifica-se nos resultados dessa pesquisa que a alta frequência de TDO e TDAH associados, na faixa etária de 8-11 anos, se torna um fator de risco significativo para o acometimento de transtornos psiquiátricos e de abuso de SPA na adolescência.

Além disso, o alto índice de TC nos adolescentes estudados torna-se um prognóstico preocupante, principalmente associado à análise das profissionais dos Serviços Especializados, que apontaram sobre dificuldades de intervenção terapêutica nesta faixa etária. Desta forma, pode-se pressupor que os jovens que não aderiram ao acompanhamento (por encontrarem-se em situação de rua, abuso de SPA ou cometendo atos infracionais), provavelmente apresentariam diagnóstico de TC.

Os termos TC e o TDO são aplicados aos jovens de 12-18 anos, enquanto o transtorno de personalidade antisocial é aplicado aos adultos com mais de 18 anos (Bordin e Offord, 2000).

Em relação aos transtornos internalizantes os adolescentes apresentaram altos índices de DM, AG, TOC e FS e em muitos casos associados ao TEPT, sendo este resultado semelhante aos dados apresentados em uma pesquisa realizada com vítimas de abuso sexual com sintomas de Transtornos Internalizantes como Ansiedade e Depressão,

concomitantemente ao TEPT (Borges, 2007).

Os outros transtornos, que incluem as dificuldades de aprendizagem, um caso de suspeita de retardo mental, um caso de ansiedade e depressão não diferenciada e os transtornos alimentares estiveram mais presentes na faixa etária de 8-11 anos. De acordo com Assis et al. (2009) seria necessário a realização de estudos que investigassem os diferentes tipos de transtornos infanto-juvenis, assim como suas especificidades. No nosso estudo foi realizada essa análise a partir do foco da violência doméstica.

Como verificado nos dados desta pesquisa, de maneira geral os transtornos psiquiátricos foram se tornando mais graves com o aumento da idade, principalmente associado com maior índice de comorbidades nos adolescentes, com o TEPT associado a maioria dos transtornos psiquiátricos. Sendo assim, é fundamental que as intervenções terapêuticas ocorram brevemente para evitar o agravamento destes quadros. (Koller e Lisboa, 2007).

Em relação ao sexo não foi identificadas associações significativas, entretanto foram encontradas algumas psicopatologias mais frequentes no sexo masculino. O TEPT não apresentou diferença significativa entre os sexos. Já os transtornos externalizantes ocorreram com maior frequência no sexo masculino. Autores apontam que estes costumam estar mais presentes em crianças e adolescentes do sexo masculino e tendem a diminuir com o aumento da idade. Entretanto, quando relacionado com o histórico de violência verificou-se que estes transtornos como o TDO, o TDAH ou mesmo o TC foram aumentando com a idade (Assis et al., 2009b).

Os transtornos internalizantes também foram mais frequentes no sexo masculino, com exceção da Ansiedade de Separação. O transtorno de ansiedade generalizada não apresentou diferença quanto ao sexo. De acordo com Assis et al. (2009b),

os transtornos internalizantes são mais frequentes no sexo feminino e costumam apresentar um aumento com a idade. Neste estudo foi identificado que quando associado à violência doméstica o sexo masculino apresentou maior prevalência de problemas de saúde mental, inclusive nos transtornos internalizantes, apesar de não apresentar associação estatística. Pode-se pressupor que a gravidade das situações de violência vivenciadas torna-se um fator de risco para maior índice de transtornos no sexo masculino.

Quanto a possíveis associações entre os tipos de transtornos psiquiátricos e o tipo de violência sofrida pelas crianças e adolescentes desse estudo, o TEPT foi mais frequente nos sujeitos vítimas de violência física (66,7%) e sexual (75,0%). Os índices de TEPT encontrados nessa pesquisa foi semelhante e até superior as pesquisas com vítimas de abuso sexual já citadas anteriormente (Borges, 2007; Habigzang, 2008).

Nos Transtornos Externalizantes os que sofreram violência física apresentaram mais sintomas de TDO e TDAH e os que sofreram violência sexual apresentaram TC. Quanto aos Transtornos Internalizantes não houve muita diferença quanto ao tipo de violência sofrida.

Deve-se ressaltar que os únicos dois casos de Transtornos Alimentares (Bulimia e Hiperfagia) foram identificados apenas na faixa etária de 8-11 anos, no sexo feminino e em vítimas de abuso sexual. Alguns estudos apontam o abuso sexual como um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Esta associação deve ser compreendida dentro de uma perspectiva multifatorial e indica a necessidade de um aprofundamento de pesquisas qualitativas ou estudos clínicos para uma melhor compreensão da questão (Navaz e Oliveira, 2009).

Os fatores de proteção destacados na tabela 14 (atividade sociocultural e esportiva da criança, adolescente e sua família e os serviços de atendimento à família que

fazem parte da rede de proteção) e caracterizados na tabela 1 (renda familiar mensal, situação trabalhista dos responsáveis, atividade religiosa e escolaridade dos responsáveis), são apontados pela literatura como tendo as funções de: reduzir o impacto dos riscos, alterando assim a exposição da pessoa à situação adversa; reduzir as reações negativas que ocorrem após a exposição do indivíduo à situação e que surgem em cadeia; estabelecer e manter a autoestima e auto eficácia, através de estabelecimento de relações vinculares afetivas e seguras que facilitem o cumprimento de tarefas com sucesso; e criar oportunidades para reverter ou reparar os efeitos do estresse causado (Noronha et al., 2009).

Pode-se analisar a variável situação trabalhista dos responsáveis enquanto inserção no processo produtivo como um fator de proteção, assim como de risco em situações como o desemprego. Neste caso, pode-se pressupor que o trabalho proporciona algumas possibilidades potenciais ao indivíduo como melhores condições de renda, além de estabelecer e manter tanto a autoestima quanto o sentimento de autoeficácia dos responsáveis. Enquanto um fator de proteção, este pode ser destacado uma vez que o responsável pode exercer a função de figura significativa que promove suporte emocional e afasta as crianças e adolescentes potencialmente de possíveis situações de privação ou de risco.

Ludermir e Melo Filho (2002) em estudo sobre condições de vida e estrutura ocupacional encontraram que indivíduos em situação de exclusão do mercado formal de trabalho apresentaram maior prevalência de associada a transtornos mentais comuns caracterizados por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

Em relação aos outros possíveis fatores de proteção, verificou-se que grande parte da população estudada não frequenta atividades socioculturais, nem atividades

religiosas, sendo a televisão a principal fonte de lazer. Pode-se verificar neste caso a ausência de suportes externos para o desenvolvimento de potencialidades (Rutter, 1987; Werner, 1989).

Ao analisar a exposição da população deste estudo a fatores de risco, verificou-se uma homogeneidade, ou seja, tanto as crianças e adolescentes que apresentaram possíveis transtornos psiquiátricos, quanto aquelas que não apresentaram sintomas estão expostas as mesmas situações adversas. Nesse sentido ressalta-se que apenas 35,5% das crianças e adolescentes estudados apresentaram condições saudáveis em relação ao desenvolvimento psicoafetivo. Pode-se pressupor que esses sujeitos possuem uma capacidade de resiliência, por conseguir responder e construir-se positivamente frente às adversidades da vida, às situações estressoras ou à exposição a traumas (Noronha et al., 2009; Rutter, 1985; Rutter, 1987). Este conceito pode contribuir com o desenvolvimento de um trabalho preventivo a partir dos avanços na investigação em torno das características e dos comportamentos resilientes, dos conhecimentos em torno dos fatores e mecanismos protetivos, assim como as possíveis formas de promoção da resiliência (Kotliarenco et al., 1997).

Quanto à Rede de Proteção, destacada na tabela 14 verificou-se uma ausência na efetividade das políticas públicas de atendimento, pois não houve associação entre não apresentar transtornos psiquiátricos e frequentar serviços de atendimento ou de proteção. A maioria da população estudada frequenta serviços protetivos como saúde, educação, assistência social, cultura, esporte e órgãos de proteção aos direitos das crianças e adolescentes (CT, VIJ, MP, DDM, DIJ), sendo apenas 3,6% das famílias que não aderem a nenhum outro tipo de atendimento que não o CREAS. Desta forma, pode-se analisar que apesar dessas famílias serem acompanhadas por profissionais das diversas áreas, existe a

necessidade de refletir acerca de estratégias metodológicas mais efetivas de acompanhamento.

Outro fator a se destacar é que, as famílias deste estudo estão inseridas em um Programa de atendimento especializado que tem como objetivo minimizar ou reduzir as situações de violência doméstica contra crianças e adolescentes, com tempo médio de 2,5 anos, não sendo possível afirmar se após a alta, ou o desligamento do atendimento haveria uma diminuição ou não na prevalência dos problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes atendidos.

Nos resultados encontrados, verificou-se uma alta frequência de crianças e adolescentes que apresentaram uma boa capacidade pró-social para o enfrentamento das situações adversas (85,7%) através do instrumento SDQ. Deve-se analisar tal questão, ressaltando a necessidade de investir em políticas públicas de atendimento efetivas, pois quando o sujeito é capaz de contar com uma rede de apoio efetiva, com reais possibilidades de mudanças, e adquire a percepção de que se é capaz de superar desafios e barreiras, existe a possibilidade de desenvolvimento emocional.

4. PRÁTICA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E SEUS ENTRAVES

O atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica é algo muito complexo e de difícil atuação. Este deve compreender uma equipe multiprofissional, que envolva todas as áreas ou serviços, como a promoção social, saúde, educação, cultura, esporte, trabalho e renda, habitação, entre outras. Desta forma, é fundamental iniciar a discussão sobre a prática profissional retomando o conceito de Rede de Proteção, sendo este uma articulação de pessoas, organizações ou instituições que tem como objetivo comum compartilhar causas ou projetos. Essa forma de organização deve estar baseada na

cooperação mútua, realização de ações conjuntas assim como na divisão de responsabilidades e competências. Portanto, deve existir primeiramente uma articulação política eficaz (Oliveira, 2006).

Verificou-se nessa pesquisa que no fluxo de atendimento no município de Campinas, o CT tem sido o principal órgão que recebe as notificações e encaminha os casos para atendimento nos Serviços Especializados (vide Anexo 4). Como se observa nos resultados a percepção dos profissionais dos serviços que compõe a rede de atendimento se modificou nos últimos anos em relação às suspeitas de violência doméstica. Principalmente os serviços de saúde, promoção social e educação tem realizado um estudo mais aprofundado dos casos antes de realizar o encaminhamento. Sendo assim, verifica-se que os Programas vinculados ao CREAS no atendimento às violações de direitos estão sendo eficazes na articulação com a rede de atendimento, principalmente em relação à identificação dos casos de violência doméstica.

Entretanto, como destacaram as profissionais ainda é necessário que a rede se aproprie dos casos de violência doméstica e entenda que nessas situações é importante que seja realizado um trabalho articulado entre todas as áreas, promoção social, saúde, educação, cultura, esporte, trabalho e renda e em todos os níveis de complexidades (proteção básica, média e alta) social, etc. Ainda é necessário que a rede seja capacitada, não apenas para identificar tais casos, mas também em relação à continuidade deste trabalho. Muitos profissionais que trabalham nas comunidades têm muito receio da violência urbana e de como isso os afeta.

Pode-se analisar pelas falas das profissionais que construir uma Rede de Proteção Social articulada, que funcione efetivamente não é uma tarefa simples, pois envolve muita participação, divisão de responsabilidades, mas principalmente mudança de

paradigmas quanto à metodologia de trabalho que rompa a tradição de ações isoladas e setorizadas (Oliveira, 2006).

A rede de serviços espera também uma resolutividade imediata nos casos de violência doméstica, entretanto, o trabalho a ser realizado é demorado, pois irá focar em questões muito profundas que acompanham essas famílias a gerações. Como aponta Gomes et al.(2002), muitos profissionais deixam de realizar as notificações necessárias no CT, em decorrência da descrença quanto à resolubilidade dos casos e por receio em vir a sofrer represálias.

Como pode ser identificado, a maioria das famílias tem histórico de violência transgeracional. Esse aspecto fica mais complexo quando envolve a violência sexual, pois a criança fica intimidada pelo agressor em função do vínculo e muitas vezes a violência não é identificada tão claramente. Entretanto, os profissionais da rede ficam com muitas expectativas quanto à resolutividade e o diagnóstico que será realizado pelos Serviços Especializados.

Guimarães et al. (2006), em uma pesquisa realizada com famílias incestuosas, apontam que no abuso sexual familiar existe o pacto do silêncio, baseado em sentimentos ambivalentes como o medo, a cumplicidade e o vínculo. Quando ocorre a revelação do abuso este pacto é quebrado, surge uma situação emergencial, que se for tratada de forma desarticulada ou fragmentada pelos diferentes fluxos, leva a família a um retorno, uma (re) acomodação, como se tudo voltasse ao que era antes e o pacto do silêncio volta a prevalecer.

Desta forma, o trabalho com famílias em que existem situações de incesto é muito complexo e demorado, e o profissional que atende deve estar bem próximo à família, suficiente para o estabelecimento do vínculo, da confiança, pois sem isso raramente os

segredos são revelados (Guimarães et al., 2006). O papel fundamental do acompanhamento é oferecer uma escuta atenta a essa família que está sofrendo. O acolhimento possibilita aplacar as angústias e gerar uma modificação no discurso do sujeito, e este adquire um novo sentido, assim a família pode seguir outro caminho a partir desse novo significado dado as situações de violência vivenciadas.

Quando colocada no grupo focal a questão da função deste Serviço Especializado, as participantes se deparam com a própria impotência diante de casos tão graves de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Tanto a rede que encaminha quanto a própria família criam expectativas deste acompanhamento e transferem para os profissionais todas as suas frustrações e angústias diante da situação. Para Wirtz (1990) o profissional que lida diretamente com pessoas que sofreram ou cometeram abuso sexual utiliza-se do recalque como mecanismo de defesa a fim de evitar as próprias reações contratransferências (sensações, sentimentos ou percepções que manifestam no profissional a partir da relação com paciente), para não se sentir exposto em relação às próprias dificuldades emocionais. Sendo assim, aquele que identifica a violência sexual e encaminha o caso, muitas vezes deposita suas angústias no profissional que irá ser a referência da família como o Serviço Especializado, querendo se ver “livre” dos sentimentos conflituosos que nele foram despertados.

Na percepção das profissionais do Serviço Especializado o bom resultado do acompanhamento com as famílias em situação de violação de direitos ainda encontra-se centrado nas ações individuais de cada profissional e não dos serviços. A forma como o profissional acolhe a família ou a criança faz toda a diferença no acompanhamento, pois isso funciona como um fator de proteção, um suporte externo que possibilita em alguns

momentos a expressão de respostas positivas frente a inúmeras situações adversas (Noronha et al, 2009).

A educação, para o Serviço Especializado é o serviço que está mais centrado nessa questão do profissional enquanto referência e não no serviço como um todo. As escolas ainda têm muito receio em relação à violência doméstica por atuarem no território onde a família, e também não se encontram preparadas para esse trabalho, uma vez que as crianças e adolescentes que sofrem maus tratos apresentam muitos transtornos emocionais (e até psiquiátricos) em decorrência dessas situações e manifestam tais expressões no dia a dia na escola, sendo muito difícil quebrar os conceitos enraizados, assim como os paradigmas (Oliveira, 2006).

Em uma pesquisa realizada com profissionais da saúde também foram identificados os mesmos sentimentos, como temor às represálias, o problema do narcotráfico e o receio de uma possível vingança por parte dos agressores, por isso, às vezes tais profissionais preferem não se envolver nos casos (Andrade et al., 2011).

De acordo com Felizardo et al. (2006) é necessário direcionar o olhar para os trabalhadores que estão realizando o atendimento, pois o indivíduo que cuida das vítimas de violência também precisa ser cuidado, em decorrência desta carga de desgaste emocional que é provocado durante o acompanhamento. É fundamental que isso seja considerado por aqueles que formulam as políticas públicas de enfrentamento à violência.

Como aponta Nunes et al. (2009) é fundamental que o profissional seja capacitado para atuar na abordagem de questões que envolvam a VDCCA. Nesse sentido, a formação acadêmica em áreas como a saúde, educação, as ciências humanas e sociais deve contemplar conteúdos voltados à violência doméstica, pois é fundamental que o profissional compreenda que tal fenômeno implica múltiplos fatores e toda uma dinâmica

relacional, não se limitando apenas aos aspectos fisiopatológicos.

Através do discurso das profissionais dos Serviços Especializados pode-se verificar que a construção de um trabalho efetivo com famílias em violação de direitos é algo “moroso” (K) e extremamente desgastante, pois além da especificidade que envolve trabalhar com famílias em situação de violência é necessário preparar, sensibilizar e articular toda a rede de atendimento. Isso por si só já seria extremamente trabalhoso, entretanto as mudanças e recomeços dentro do próprio Serviço Especializado dificultam ainda mais.

Seria fundamental nas mudanças que estão ocorrendo nas divisões entre PAEFI Geral e Sexual que, antes de receber os casos novos os serviços pudessem se estruturar e iniciar a construção dessa articulação em rede. Entretanto, em situações de violações de direitos os casos são sempre urgentes e o atendimento precisa começar rapidamente. O que ocasiona distorções como verificou nessa pesquisa apesar de o profissional ser referência de apenas uma região, está atendendo casos de várias outras, em função da urgência, o que torna mais difícil o processo de articulação com a rede de serviços.

Em decorrência dessas questões, trabalhar com famílias em situação de violação de direitos trata-se de um difícil acompanhamento. A dinâmica da própria família encoraja o profissional a desistir dela, pois além da complexidade de fatores de risco que envolve esses indivíduos, muitas vezes a família rejeita o acompanhamento, muda de bairro ou de cidade e assim pode-se perceber que o profissional se sente recomeçando a todo instante (Felizardo et al., 2006).

Outra questão a se ressaltar é que a maioria das famílias deste estudo está sendo acompanhada em serviços dos diversos níveis de Proteções (Básica, Média e Alta) ao mesmo tempo, mas sem ações realmente efetivas. Pressupõe-se que isso ocorra em primeiro

lugar pela complexidade dos casos, que gera uma dificuldade de adesão das famílias e um demorado processo para o estabelecimento do vínculo necessário para o acompanhamento. Isso gera nos profissionais sentimentos de frustração diante das inúmeras tentativas sem sucesso e assim o fazem querer desistir desta família e deixá-la sob responsabilidade de outro serviço que também a acompanha simultaneamente.

Um segundo fator seria a ausência de tempo para realizar a articulação com os diversos serviços que acompanham a família e assim estabelecer um projeto terapêutico comum, onde cada serviço ou nível de complexidade teria um papel específico e as ações seriam complementares. Pode-se perceber que o número excessivo de famílias em acompanhamento nos Serviços Especializados dificulta a efetividade das ações com cada família. Todos os níveis de complexidade ou serviços acompanham um grande número de sujeitos ou famílias e, frequentemente não conseguem atuar efetivamente com cada uma delas.

O trabalho em rede é essencial durante todo o processo de acompanhamento nos Serviços Especializados. Verifica-se a necessidade de um trabalho específico durante o desligamento das famílias que não se encontram mais em situações de violações de direitos. Nesse momento estas ainda apresentam questões complexas como conflitos emocionais ou dificuldades no relacionamento familiar, sendo fundamental que esses aspectos pudessem ser trabalhados para evitar que novas situações de violência voltassem a ocorrer, ou mesmo que as sequelas emocionais daquelas já vivenciadas pudessem ser tratadas, como nos casos de transtornos psiquiátricos. Como apontado pelas profissionais dos Serviços Especializados não existem serviços de saúde, saúde mental, assistência social, educação, esporte, cultura, etc para onde elas possam encaminhar tais famílias, assim continuam

mantendo-as em acompanhamento, entretanto sem ações efetivas de acordo com as necessidades naquele momento de encerramento deste processo.

Muitas vezes essas famílias encontram-se saturadas em relação ao tema violência doméstica e precisariam de um outro tipo de trabalho, algo que possibilitasse um olhar para aquilo que elas possam produzir de positivo e não apenas para o que elas já produziram de negativo. Um acompanhamento em áreas como a cultura, o esporte funcionariam como fatores de proteção e como o suporte externo necessário para o desenvolvimento da resiliência (Rutter, 1987; Werner, 1989).

Ainda em relação à rede de atendimentos, deve-se ressaltar o discurso das profissionais do Serviço Especializado, que aponta para uma “*morosidade de encaminhamento*” (K), ou seja, quando vão dar início ao atendimento com a família, muitas vezes a situação de violência já aconteceu há muito tempo e a família apresenta o desejo de esquecer tais situações, principalmente no caso de violência sexual.

A demora para encaminhar os casos, no início do processo, no decorrer (quando é necessário um outro tipo de atendimento, por exemplo, na saúde, educação, proteção social ou mesmo quando é necessária uma internação para DSP), ou durante o desligamento (para que essa família continue tendo algum suporte) dificulta o processo de vínculo e agrava situações de risco. O Ministério da Saúde (Brasil, 2010a), prioriza o atendimento às vítimas de violência como de urgência e emergência, sendo fundamental que este ocorra de forma mais rápida possível, a fim de evitar outras sequelas emocionais em decorrência da morosidade no atendimento.

Outra questão ressaltada pelas profissionais e que seria necessário uma reflexão trata-se da questão da escolha das famílias ou indivíduos em relação ao acompanhamento proposto pelos Serviços Especializados. Como se verificou a proposta de atuação deste tipo

de atendimento é a de **proteção** das crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, assim a família não escolhe frequentar ou não o serviço. O ECA (2004, 1990, p.11), art.18, assegura que “é dever de todos zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.” Se a família não adere ao atendimento existe a **busca ativa**, através do contato com a rede de atendimento ou de entrevistas domiciliares (Lemke e Silva, 2010).

O conceito de **busca ativa** teve início com movimentos de saúde, na Reforma Sanitária e que o princípio era **ir em busca** de focos de doença. Entretanto, esse conceito foi ampliado para as práticas sociais e de saúde coletiva e visa, sob a ótica da integralidade do cuidado atender às necessidades de saúde que vão além da demanda espontânea dos sujeitos. Sendo assim, a **busca ativa** se tornou um princípio político que abre um campo de possibilidades de práticas sociais e de saúde no território (Lemke e Silva, 2010).

Apesar de necessário esse tipo de intervenção, no momento do desligamento seria fundamental que a família pudesse estar pronta para escolher o tipo de acompanhamento que gostaria de receber já que muitas vezes estas famílias com violações de direitos não possuem escolha em relação a querer ou não um acompanhamento especializado. Isso dificulta o processo de vinculação com a família e a adesão desta ao acompanhamento. As profissionais ressaltam a importância deste papel em relação à proteção das crianças e adolescentes em situação de risco, entretanto destacam a necessidade de rever a própria atuação profissional, como tem sido a prática do acompanhamento e a necessidade de refletir sobre as estratégias metodológicas utilizadas.

Em relação à metodologia/ técnicas de acompanhamento com as famílias, as profissionais utilizam principalmente a abordagem psicossocial, que consiste no acompanhamento do psicólogo e do assistente social em conjunto. Entretanto, nesse

trabalho com famílias em situação de violação de direitos é fundamental avaliar individualmente cada caso e verificar qual a melhor metodologia a ser utilizada com cada uma delas. E assim, priorizar se é melhor utilizar o atendimento familiar, o psicológico individual, o social, o psicossocial ou suas associações (Bastos e Alcântara, 2006).

A entrevista domiciliar também é utilizada como um importante recurso, uma vez que as profissionais realizam a **busca ativa** às famílias (Lemke e Silva, 2010). Existem casos que a família apresenta dificuldade em aderir ao acompanhamento e essa técnica torna-se necessária.

Um aspecto apontado também como entrave envolve principalmente a autonomia em relação à forma de atuação, pois a gestão municipal do Serviço Especializado orienta sobre possíveis intervenções no trabalho a ser desenvolvido com as famílias. Segundo elas, no ano de 2012, está havendo uma exigência para ampliar o número de entrevistas domiciliares às famílias em acompanhamento.

Outras dificuldades que interferem diretamente na atuação dos profissionais são as condições de trabalho como meta de atendimento, carga horária em relação ao número de famílias atendidas, assim como a questão salarial. Observa-se, pelo discurso das profissionais, que elas desempenham muitas funções, que vão desde o atendimento com as famílias, questões administrativas, assim como toda a articulação com a rede de serviços. Pelo elevado número de famílias em atendimento, este acaba não seguindo as diretrizes governamentais, que seria de um acompanhamento estreito e sistemático (com frequência semanal). Desta forma, mais uma vez seria fundamental rever tais questões e poder oferecer aos trabalhadores condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho, pois isso reflete diretamente na atuação do profissional no trabalho com as famílias.

Em uma pesquisa realizada com profissionais da saúde foi identificado que o papel destes seria, além de identificar as situações de maus tratos, o de orientar tais indivíduos e famílias. Também ressaltam que a excessiva carga de trabalho e o pequeno número de profissionais, restringem a sua produtividade. Ou seja, quando este presta assistência superficial, não identifica situações de violência, além do fato da formação acadêmica não discutir tal tema de modo satisfatório, a fim de prepará-lo para a prática profissional (Andrade et al., 2011; Rosa et al, 2010).

Essas dificuldades encontradas na prática geram uma rotatividade grande de profissionais e isso prejudica o trabalho com as famílias, uma vez que o estabelecimento do vínculo no acompanhamento é algo difícil e demorado, principalmente pela vulnerabilidade emocional que tais sujeitos já vivenciam no seu dia a dia (Brasil, 2010a).

5. POLÍTICAS PÚBLICAS E PROPOSTAS DE MUDANÇAS

Na percepção das profissionais dos Serviços Especializados a ausência de implementação de políticas públicas efetivas de atendimento seria o principal problema encontrado e isso reflete em todas as outras problemáticas que envolvem a atuação profissional.

Em relação aos adolescentes, essa é uma questão preocupante, podendo-se pressupor os altos índices de transtornos e comorbidades encontradas nessa faixa etária como um reflexo da ausência de ações e implantação de políticas de atuação tanto em relação à prevenção quanto ao tratamento. Na fala das profissionais, além da ausência de atividades para essa faixa etária, aquelas que existem não vão ao encontro dos interesses dos adolescentes e não os motivam a querer frequentá-las. Um estudo realizado com jovens que frequentam atividades socioeducativas no terceiro setor destaca que tais projetos, “na

prática, ao invés de promover a experiência de inclusão para a convivência social, operam principalmente na inclusão das diferenças apenas para melhor governá-los” (Zucchetti e Moura, 2010, p.15).

A falta de perspectivas dos jovens trata-se de algo preocupante e a percepção das profissionais corrobora os resultados quantitativos encontrados, uma vez que os jovens estão se colocando em situações de risco, como por exemplo, abuso de SPA e envolvimento com a criminalidade. Isso é reflexo da ausência de implementação de políticas públicas de atendimento principalmente de prevenção ou de tratamento no início do problema (se identificado previamente). Pois como apontam as profissionais, quando é possível intervir (Média Complexidade), a situação encontra-se “caótica” sendo impossível o estabelecimento da vinculação com esse jovem para reverter tal situação.

Quanto às políticas públicas de atendimento em violência doméstica contra crianças e adolescentes pode-se verificar de acordo com a percepção das profissionais, que o maior investimento tem sido na Proteção Especial de Média Complexidade. Entretanto, investir apenas nesse tipo de atendimento e tratamento não dará conta de sanar as outras problemáticas, pois seria importante ter um investimento em prevenção para que a situação não se agravasse tanto a ponto de precisar de intervenções de Média e Alta Complexidades. Além disso, seria fundamental repensar a efetividade deste tipo de atendimento, priorizando um número menor de famílias por profissionais de referência para que seja possível uma mudança em relação à dinâmica familiar.

Estudos realizados no Brasil apontam que existem propostas de ações, principalmente individualizadas de implementação de atendimentos especializados, entretanto muitas dessas não se concretizam ou não têm continuidade. Tais pesquisas mostram problemas semelhantes aos identificados neste estudo relacionados ao

atendimento em VDCCA, como: dificuldades na articulação intersetorial, assim como dificuldades no estabelecimento de fluxos intrasetoriais para o atendimento; desconhecimento dos gestores de saúde acerca das políticas setoriais de enfrentamento à VDCCA; ausência de acompanhamento ao autor de violência e falta de capacitação para os profissionais (Minayo e Deslandes, 2007; Paixão e Deslandes, 2011).

Sendo assim, seria fundamental ocorrer um investimento maior em políticas públicas efetivas de prevenção e tratamento, não apenas na Promoção Social, mas em todas as outras áreas, como saúde, educação, esportes, cultura, cidadania, entre outras. E, além disso, seria necessário um trabalho efetivo na articulação entre a **rede** de atendimentos, para que o acompanhamento ocorra de forma multiprofissional, com todos os serviços dialogando e assumindo cada um o seu papel.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2010a), a estruturação em rede da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias é fundamental, é um passo importante para assegurar o cuidado e a proteção social desses sujeitos. Isso não significa a necessidade da implantação de um novo serviço, mas de uma nova concepção de trabalho, que requer uma articulação intrasetorial e intersetorial, integrando todas as políticas públicas e ações governamentais e não governamentais em âmbito local. Para ocorrer essa estruturação em rede, cada município deve analisar suas características e serviços, de cada um de seus territórios, assim como as especificidades das políticas sociais em todas as áreas (saúde, educação, assistência entre outras).

Delfini e Reis (2012) ressaltam a necessidade de articulação entre serviços de saúde, destacando que em locais onde as equipes trabalham de forma articulada, quando os profissionais se conhecem, estabelecem laços pessoais e criam espaços para o contato

quando se faz necessário, o trabalho voltado aos cuidados com a saúde mental se torna menos problemático.

Como já discutido anteriormente, para o profissional que atua com famílias em situação de violação de direitos as questões são extremamente complexas e, para isso este precisa ter claro o seu papel, além de trabalhar todas as emoções que nele desencadeiam. Eles também precisam de cuidados, orientação, supervisão especializada para poder lidar com tantas situações caóticas e é claro uma boa formação profissional durante a graduação (Nunes et al. 2009). O profissional deve ser bem treinado e orientado quanto ao trabalho com família em situação de violação de direitos, mas também deve receber apoio técnico e emocional para a realização de ações integradas na sua atuação (Brasil, 2010a).

Além dessas questões é fundamental ressaltar sobre a necessidade de tais crianças e adolescentes receberem acompanhamento psicoterapêutico especializado. A Promoção Social e a Saúde Mental não tem realizado uma articulação adequada nesses casos, entretanto esses sujeitos, de acordo com os dados quantitativos e qualitativos, necessitam de um tratamento com profissionais especializados em saúde mental e violência doméstica. Aponta-se para a necessidade de repensar sobre as ações desenvolvidas e refletir sobre estratégias metodológicas que envolvam a proteção das crianças e adolescentes, mas também que seja possível trabalhar os transtornos psiquiátricos, já desencadeados nessa etapa da vida e como consequência de situações de violência doméstica.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2010a, p.81):

O suporte no âmbito da saúde mental às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência pode ser um importante fator de cuidado e proteção, tanto no que diz respeito ao fortalecimento dos indivíduos e dos grupos familiares para o rompimento da cadeia da violência quanto para o acompanhamento de

possíveis sequelas psíquicas e emocionais resultantes das situações a que estão expostas.

Quanto às propostas de mudanças no atendimento/acompanhamento para que este funcionasse de forma efetiva, verificou-se a necessidade de reavaliar e investir nas políticas públicas de todas as áreas, mas antes disso, seria fundamental algumas mudanças internas em relação à atuação dos Serviços Especializados. A primeira delas seria de alterar a meta de atendimento, reduzindo o número de famílias por profissional.

O número de famílias/indivíduos preconizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome⁶, que devem ser acompanhadas nos CREAS é de **50 famílias/indivíduos** para municípios de pequeno e médio porte. A equipe de referência deve ser composta por: um (a) coordenador (a), um (a) assistente social, um (a) psicólogo (a), um (a) advogado (a), dois profissionais de nível superior ou médio (abordagem dos usuários) e um (a) auxiliar administrativo (a). Para municípios de grande porte, metrópole e Distrito Federal devem ser acompanhadas **80 famílias/indivíduos**, com uma equipe de referência de: um (a) coordenador (a), dois (duas) assistentes sociais, dois (duas) psicólogos (as), um (a) advogado (a), quatro profissionais de nível superior ou médio (abordagem dos usuários) e dois (duas) auxiliares administrativos (as).

O CREAS do município de Campinas, assim como os Serviços Especializados estariam atendendo um número adequado de famílias/indivíduos por dupla de profissionais de referência de acordo com as diretrizes do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Entretanto, os resultados encontrados nessa pesquisa explicitam a necessidade de rever e reavaliar tais políticas públicas e a efetividade deste tipo de

⁶ <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protacao-social-especial/creas-centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social/creas-profissionais>

acompanhamento, pois a meta de atendimento tem sido apontada pelos profissionais como excessiva e prejudicial para o atendimento que deve ser estreito e sistemático.

Outra reavaliação, manifestada pelo grupo focal, foi as condições atuais de trabalho dos profissionais, em relação a salário. Essas questões refletem diretamente na prática profissional e no atendimento às famílias. Ocasiona rotatividade de profissionais e atrapalha o vínculo estabelecido com as famílias, uma vez que tem sempre um novo profissional recomeçando.

Apesar dos avanços existentes através da implantação do SUAS no município de Campinas, assim como de mudanças de percepção da rede em relação a violência doméstica contra crianças e adolescentes, ainda há muito a se fazer principalmente quando se objetiva qualidade de atendimento e mudança de paradigma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se neste trabalho que a violência doméstica vivenciada por estas crianças e adolescentes é por si só um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias na infância e juventude, sendo agravado pelo uso preocupante de bebida alcoólica ou situação trabalhista dos responsáveis (que não trabalham, desempregados, aposentados e beneficiários do BPC).

Identificou-se que quanto maior a idade, maiores são os riscos de transtornos psiquiátricos, principalmente de comorbidades. Os adolescentes apresentaram maior risco, pressupõe-se que isso possa estar relacionado a um maior tempo de exposição às situações adversas e também pela ausência de ações efetivas de cuidados. Essa faixa etária encontra-se vulnerável em decorrência da não implementação de políticas públicas efetivas de prevenção e tratamento.

A ausência de fatores de proteção efetivos, além da situação trabalhista do responsável (quando tinham alguma forma de emprego), dificulta o desenvolvimento e a promoção da resiliência ou da capacidade do indivíduo desenvolver respostas positivas às adversidades, principalmente em relação à violência doméstica e suas consequências.

Por serem crianças e adolescentes em seguimento em **Centro de Referência** nesta problemática, é indispensável que sejam avaliadas e revistas as políticas públicas de enfrentamento à violência e de tratamento especializado em Saúde Mental para as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica que já apresentam sequelas em etapa precoce da vida; e também rever e avaliar as políticas públicas efetivas de prevenção nas áreas da saúde, educação, assistência social básica, promoção de cultura e cidadania, esporte, entre outras, além dos órgãos de proteção judicial.

Verificou-se também a necessidade de mudanças em relação às condições de trabalhos dos profissionais dos Serviços Especializados, sendo fundamental a realização de

um trabalho efetivo de articulação em rede visando a mudança de paradigma sobre o fenômeno da violência doméstica na infância e juventude, a fim de garantir a integralidade do cuidado e o avanço na efetivação dos direitos das crianças e adolescentes.

Constata-se também nesse trabalho a importância de investimentos em estudos que reavaliem estratégias integradas de metodologias nas áreas sociais e de saúde mental que tenham como foco o tratamento especializado em Saúde Mental para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramovay M, Castro MG, Pinheiro LC, Lima FS, Martinelli CC. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO, BID; 2002. 192p.

Abranches CD, Assis SG. A (in) visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. Cad. Saúde Pública. 2011; 27 (5): 843-54.

Afifi TO, Mota NP, Dasiewicz P, MacMillan HL, Sareen J. Physical Punishment and Mental Disorders: Results From a Nationally Representative US Sample. Pediatrics (Online). 2012; 130 (2): 1-9.

American Psychological Association. Advocate: the child, youth, and family services. Bulletin of the Division 37. Washington, DC: Autores; 2003.

American Psychological Association. Reducing violence: a research agenda. APS Observer Report, n. 5. Washington, DC: Autores; 1997.

Andrade EM, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA e Martin D. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. Saúde Soc. São Paulo. 2011; 20 (1): 147-55.

Anselmi L. Psicopatologia no início da adolescência: prevalência, continuidade e determinantes precoces. [Doutorado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AMB, Araújo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010; 45 (1): 135-42.

Assis GS, Avancini JQ, Pesce RP. Editorial. Ciênc Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2009a; 14 (2): 346-6.

Assis GS, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes, LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência doméstica. Ciênc Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2009b; 14 (2): 349-61.

Associação Psiquiátrica Americana (APA). DSM IV TM – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos. 4ª. ed. Porto Alegre: Ed.Artes Médicas. 1995.

Azevedo MA, Guerra VNA. A violência doméstica na Infância e na Adolescência. São Paulo: Robe Editorial. 1995; 125p.

Azevedo MA, Guerra VNA. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 3ª ed. São Paulo: Cortez. 1998; 262p.

Azevedo MA, Guerra VNA. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um cenário em desconstrução. In: UNICEF. Direitos negados: a violência contra a criança e o adolescente no Brasil. Brasília: UNICEF. 2006; 14p.

Bastos ACS, Alcântara MAR. Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes Sujeitos à Violência Intrafamiliar (Cap. VIII). In: Lima CA et al. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006; 87-01.

Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24 (2): 323-32.

Benetti SP, Ramires VRR, Schneider AC, Rodrigues, APG, Tremarin D. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. Cad Saúde Pública. 2007; 23 (6): 1273- 82.

Bordin AS, Offord DR. Transtorno da conduta e comportamento antissocial. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22 (2): 12-5.

Borges JL. Abuso sexual infantil: consequências cognitivas e emocionais [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-graduação em psicologia; 2007.

Borges JL, Zoltowski APCZ, Zucatti APN, Dell' Agllio DD. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e adolescência: prevalência, diagnóstico e avaliação Aval Psicol. 2010; 9(1): 87-98.

Bowlby J. Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo (v1). 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 1990. (Original publicado em 1969); 424p.

Bowlby J. Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo (v1). 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 1990. (Original publicado em 1969); 424p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2005a.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social (SUAS, Norma Operacional Básica (NOB/SUAS) – Construindo as Bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança no Modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003 – 2006.

Projetos, Programas e Relatórios Brasília – DF. 2007. Série C.

Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz. Vol III.

Brasília – DF. Organização Pan Americana da Saúde. 2008. 60p (Painel de Indicadores do SUS, nº. 5).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de

Violência: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília (DF). 2010a. Série F.

Comunicação e Educação em Saúde.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social (SUAS): Manual informativo para jornalistas, gestores e técnicos Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social [online] 2012a.

[Acesso em 30/08/2012]. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5242/162/abuso-sexual-e-o-segundo%3Cbr%3E-maior-tipo-de-violencia.html>.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social [online] 2012b. [Acesso em 04/07/2012]. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protecao-social-especial/creas-centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social/creas->

[profissionais.](#)

Campinas. Plano Diretor – Termo de Referência. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. [online] 2006. [Acesso em 04/07/2012]. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/plano-diretor-2006/>

Campinas. Plano Municipal de Assistência Social: Propostas e Diretrizes para a Política de Assistência Social no Município de Campinas 2010-2013. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. [online]. 2010. [Acesso em 28/06/2012]. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/cidadania/ATT00085.pdf>

Campinas. Secretaria Municipal da Saúde [online]. 2009. [Acesso em 28/06/2012]. Disponível em <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>

Campinas. SISNOV/SINAN. Sistema de Notificação de Violência em Campinas [online]. 2012. [Acesso em 04/07/2012]. Disponível em http://177.43.213.48:85/sisnov/pdf/quebrando_o_silencio_fluxo.pdf

Canino G, Shrou EP, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramírez R et al .The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. Arch Gen Psychiatry. 2004; 61: 85-93.

Castillo ARGL, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de Ansiedade. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22 (2): 20-23.

Cicchetti D, Valentino K. An Ecological-Transactional Perspective on Child Maltreatment: Failure of the Average Expectable Environment and Its Influence on Child Development. In: Developmental Psychopathology, v. III: Risk, Disorder, and Adaptation. New Jersey, Canada: John Wiley e Sons, Inc. 2006.

Costa COM, Bigras M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12 (5): 1101-09.

Costa MC, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12 (5): 1129-41.

Couto, MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr: Artigo Especial*. São Paulo. 2008; 30 (4): 390-8.

Cunha, JMP, Oliveira AAB. População e espaço intra-urbano em Campinas. In: HOGAN, D. J. et al. (Org.). *Migração e ambiente nas aglomerações urbanas*. Campinas: Nepo/Unicamp. 2001. 393p.

Cunha, JMP, Jakob AAE, Hogan DJ, Carmo RL. A vulnerabilidade social no contexto metropolitano: o caso de Campinas. In: CUNHA, J. M. P. da (Org.). *Novas metrópoles paulistas: população, vulnerabilidade e segregação*. Campinas: Nepo/Unicamp. 2006; p.143-68.

DAWBA – Development and Well-Being Assessment [online]. 2009. [Acesso em 12/09/2009]. Disponível em <http://www.dawba.com/>

Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiqui Rio Gd Sul*. 2003; 25 (1): 09-21.

Delfini PSS, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(2): 357-66.

Duarte CS, Bordin IAS. Instrumentos de Avaliação. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22 (2): 55-58.

Duarte C, Hoven C, Berganza C, Bordin, Bird H, Miranda CT. Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *Int J Psychiatry Med*. 2003; 33(3): 203-22.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei nº 8.069, de 13 de julho 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes (CMDCA). Edição revisada e atualizada com índice temático, notas, comentários e instruções. 13ª. Ed. São Paulo: Indica. 2004; (versão original 1990).

Felizardo D, Zürcher E, Melo K. Violência Sexual: Conceituação e Atendimento (Cap. VI). In: Lima CA et al. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006; p. 69-80.

Fleitlich-Bilyk B, Cortazar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto Rev Neuropsiquiatr Infanc. Adolesc*. 2000; 8: 44-50.

Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Epidemiologia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22 (2): 2-6.

Fleitlich-Bilyk B, Goodman, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ*. 2001; 323: 599-00.

Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43: 727-34.

Fu IL; Curatolo E, Friedrich S. Transtornos Afetivos. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22 (2): 24-27.

Gallo AE, Williams LCA. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. Psicol teor prat. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie. 2005, 7 (1): 81-95.

Gallo EAG, Anselmi L, Dumith SC, Scazufca M, Menezes AMB, Hallal PC et al. Tamanho ao nascer e problemas de saúde mental aos 11 anos em uma coorte brasileira de nascimentos. Cad. Saúde Pública. 2011; 27 (8): 1622-32.

Gomes R, Junqueira MFPS, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(2): 275-83.

Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. J Child Psychol Psychiatry. 1997; 38: 581-86.

Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001; 40, 1337-45.

Goodman R, Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V. Child, Family, School and Community Risk Factors for Poor Mental Health in Brazilian Schoolchildren. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46 (4): 448-56.

Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. J Child Psychol Psychiatry. 2000; 41: 645-55.

Goodman R, Santos DN, Nunes APR, Miranda DP, Fleitlich-Bilyk B, Almeida Filho N. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40(1):11-7.

Guimarães NA, Farias EP, Barbosa ANFC. O Incesto como Problema de Violência: Atendimento e Estratégias de Interrupção (Cap. VII). In: LIMA, C.A. et al. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde.* Brasília: Ministério da Saúde. 2006; p. 81-86.

Habigzang LF, Corte, FD, Hatzemberger R, Stroehrer F e Koller SH. Avaliação Psicológica em Casos de Abuso Sexual na Infância e Adolescência. *Psicol Reflex Crit.* 2008; 21(2): 338-44.

Hackett R, Hackett L, Bhakta P, Gowers S. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *J Child Psychol Psychiatry.* 1999; 40(5): 801-7.

Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla M. Estado de Arte en Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) e CEANIM Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer; 1997.

Koller SH, Lisboa C. Brazilian approaches to understanding and building resilience in at-risk populations. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2007; 6 (2): 341-56.

Leung PW, Hung SF, Ho TP, Lee CC, Liu WS, Tang CP, Kwong SL. Prevalence of DSM-IV disorders in Chinese adolescents and the effects of an impairment criterion: a pilot community study in Hong Kong. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008; 17(7):452-61.

Lemke RA, Silva RAN. A busca ativa como princípio das práticas de cuidado no território. *Estud pesqui psicol. UERJ, RJ.* 2010; Ano 10 (1): 281-95.

Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36 (2): 213-21.

Ludermir AB. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Bras Psiquiatr.* 2005; 54(3): 198-04.

Martins FFS. Crianças negligenciadas: A face (in-) visível da violência familiar [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2006.

Meneghel SN, Giuliani EJ, Falceto O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14 (2): 327-35.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. ed. São Paulo: Hucitec. 2008, 407p.

Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 1994; 10(1): 07-18.

Minayo MC, Deslandes SF. Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para a Redução de Acidentes e Violências. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007, 349p.

Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes, R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 19ª. Ed. Rio de Janeiro: Vozes. 2001; 80p.

Munist M, Santos LH, Kotliarenco MA, Ojeda ENS, Infante F, Grotberg E. Manual de identificacion y promocion de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington, USA:

Organización Panamericana de La Salud e Organización Mundial de La Salud: Fundación W.K. Kellogg e Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI). 1998.

Narvaz M, Oliveira LL. A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: uma revisão. *Interam. j. psychol.* 2009; 43 (1).

Noronha MG, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14 (2): 497-06.

Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22 (Especial - 70 Anos): 903-8.

Oliveira VLA, Pfeiffer L, Ribeiro CR, Gonçalves MT, Ruy IAE. Redes de proteção: novo paradigma de atuação – experiência de Curitiba (Cap. XIII). In: LIMA, C.A. et al.

Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006; 143-50.

Organização Mundial de Saúde (OMS). CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (V1, n.5). 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo. 1997.

Paixão ACW, Deslandes SF. Abuso Sexual Infanto-Juvenil: ações municipais da Saúde para a garantia do atendimento. *Ciênc e Saúde Coletiva.* 2011; 16 (10):4189-98.

Paula CS, Duarte CS, Bordin IAS. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29 (1): 11–17.

Paula CS, Vedovato MS, Bordin IAS, Barros MGSM, D'Antino MEF, Mercadante MT.

Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42 (3): 524-28.

Pinheiro MAS, Schmitz M, Mattos P, Souza I. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(4): 273-76.

Poletto M, Koller SH, Dell'Aglio DD. Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2009; 12 (2): 455-66.

Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37 (1): 8-14.

Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk GV. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22 (2): 7-11.

Rosa R, Boing AF, Schraiber LB, Coelho EBS. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. 2010; 14 (32): 81-0.

Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*. London: Institute of Psychiatry. 1987; 57(3): 316-31.

Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *BJP*. 1985; 147 (6): 598-11.

SDQ – Strengths e Difficulties Questionnaires. [online]. 2009. [Acesso em 12/09/2009].

Disponível em: <http://www.sdqinfo.com/>

Serafim AP, Saffi F, Achá MFF, Barros DM. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Rev. psiquiatr. clín. 2011; 38 (4): 143-47.

Souza ER, Cervený CMO. Resiliência: introdução à compreensão do conceito e suas implicações no campo da psicologia. Rev ciênc hum Taubaté. 2006; 12 (2): 21-29.

Souza MTS, Jorge MHPM. Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras: Magnitude da Morbimortalidade (Cap. II). In: LIMA, C.A. et al. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006; 143-50.

SPSS – Statistical Package for Social Sciences versão 16.0. SPSS Inc: Chicago, IL, EUA.

Srinath S, Girimaji SC, Gururaj G, Seshadri S, Subbakrishna DK, Bholá P, Kumar N. Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas of Bangalore, India. Indian J Med Res. 2005; 122 (1): 67-79.

UNICEF – United Nations Children’s Fund. Violence Against Children in Tanzania Findings from a National Survey 2009. United Nations Children’s Fund U.S. Centers for Disease Control and Prevention Muhimbili University of Health and Allied Sciences United Republic of Tanzania. August 2011.

U.S. Department of Health and Human Services. Family violence: an overview. Washington: (mimeo). 1991.

Walker L. The Battered Woman. New York: Harper and Row. 1979.

Werner EE. High-Risk children in Young adulthood: A Longitudinal study from birth to 32 years. *Am J Orthopsychiatry*. Davis: University of California. 1989.

WHO – World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. 2002.

WHO – World Health Organization. Child and adolescent Atlas: resources for child and adolescent mental health. Geneva: World Health Organization. 2005.

WHO – World Health Organization. Report of the consultation on child abuse prevention. Geneva: World Health Organization. 1999.

Winicott D. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes. 1994; 98p.

Winicott D. Privação e Delinquência. São Paulo: Martins Fontes. 2002; 322p.

Wirtz U. Seelenmord: incest und therapie: Zürich: HRSG, Kruez-Verlag. 1990.

Zappitelli LMC, Bordin IA, Hatch JP, Caetano SC, Zunta-Soares G, Olvera RL, Soares JC. Lifetime psychopathology among the offspring of Bipolar I parents. *Clin Sci*. 2011; 66(5): 725-30.

Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant developmental risk: a review of past 10 years. Special Article. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36 (2): 165-77.

Zucchetti DT, Moura EPG. Práticas socioeducativas e formação de educadores: novos desafios no campo social. *Ensaio: aval. pol. públ.* 2010; 18 (66): 9-28.

ANEXOS

ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I

Autorizo a participação de _____, assim como a utilização das informações coletadas, na pesquisa realizada por Natália Amaral Hildebrand, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, por meio da aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e do Questionário de “Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes” (DAWBA), ambos na versão brasileira validada. Estes são instrumentos de avaliação da saúde mental de crianças e adolescentes e poderão ser aplicados nas três versões existentes: com a criança/adolescente acima especificado, com um de seus responsáveis e com um de seus professores.

Em crianças menores de 11 anos, serão aplicadas as versões apenas para os pais e/ou professores (SDQ e DAWBA). Em crianças e adolescentes de 11 a 16 anos, serão aplicados o SDQ apenas na versão individual de auto-avaliação e o DAWBA nas três versões (de auto-avaliação, de avaliação de pais e de professores). Na abordagem com os professores, para coleta de dados, serão realizados previamente contatos telefônicos para agendarmos as entrevistas e explicar os objetivos e procedimentos da pesquisa, assim como posteriormente para aplicação do questionário SDQ e, quando necessário do questionário DAWBA.

Também serão utilizados dados coletados nos atendimentos psicológicos e psicossociais com a criança e/ou adolescente abaixo especificado e sua família, realizados em um Centro de atendimento.

Tanto no relatório da pesquisa quanto nas publicações derivadas dela será assegurada a não identificação da criança, adolescentes e de seus familiares e responsáveis.

Caso eu não concorde em assinar esta autorização, não haverá qualquer prejuízo aos atendimentos realizados neste centro de atendimento.

Qualquer dúvida a respeito desta pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores através dos telefones: (19) 3521.7111/ 3287.7351. Qualquer reclamação ou denúncia sobre aspectos éticos desta pesquisa poderá ser efetuada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP através do telefone: (19) 3521.8936.

Data: ____/____/____

Nome da criança/adolescente: _____ D.N: ____/____/____

Nome do responsável: _____

Parentesco com a criança: _____ R.G. do responsável: _____

Assinatura do Responsável

ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II

Autorizo a utilização das informações coletadas, na pesquisa realizada por Natália Amaral Hildebrand, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, por meio da aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e do Questionário de “Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes” (DAWBA), ambos na versão brasileira validada. Estes são instrumentos de avaliação da saúde mental de crianças e adolescentes e poderão ser aplicados nas três versões existentes: com a criança/adolescente, com um de seus responsáveis e com um de seus professores.

Em crianças menores de 11 anos, serão aplicadas as versões apenas para os pais e/ou professores (SDQ e DAWBA). Em relação às crianças e adolescentes de 11 a 16 anos, serão aplicados o SDQ apenas na versão individual de autoavaliação e o DAWBA nas três versões (de autoavaliação, de avaliação de pais e de professores).

Em relação à coleta de dados no que se refere aos professores das crianças e adolescentes em acompanhamento serão realizados previamente contatos telefônicos com os diretores das escolas solicitando uma entrevista com os professores responsáveis pelos sujeitos em atendimento para explicar os objetivos e procedimentos da pesquisa. Em seguida, agendaremos uma segunda entrevista para aplicação do questionário SDQ e, se necessário realizaremos uma terceira entrevista para aplicação do questionário DAWBA.

Tanto no relatório da pesquisa quanto nas publicações derivadas dela será assegurada a não identificação dos professores das crianças e adolescentes sujeitos desta pesquisa, assim como da escola, a qual estes estão vinculados.

Caso eu não concorde em assinar esta autorização, não haverá qualquer prejuízo profissional em relação à instituição de ensino ao qual possuo vínculo empregatício.

Qualquer dúvida a respeito desta pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores através dos telefones: (19) 3521.7111/ 3287.7351. Qualquer reclamação ou denúncia sobre aspectos éticos desta pesquisa poderá ser efetuada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP através do telefone: (19) 3521.8936.

Data: _____/_____/_____

Nome do (a) professor (a): _____

R.G. do (a) professor (a): _____

Assinatura do Professor (a)

ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido III

Autorizo a utilização das informações coletadas, na pesquisa de título “**Fatores de Risco e Proteção para transtornos mentais em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica**”, realizada pela pesquisadora Natália Amaral Hildebrand, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, por meio da técnica de Grupo Focal, no qual participarei como sujeito da pesquisa.

O Grupo Focal terá como participantes os psicólogos que acompanham as crianças, adolescentes e suas famílias nas instituições co-financiadas pelo Programa de Enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes, do Município de Campinas. O grupo focal terá no mínimo 01 encontro baseado em um roteiro com questões semiestruturadas ou abertas com temas sobre concepção de saúde e violência. Os objetivos serão contribuir com o diagnóstico clínico, analisar risco e resiliência para transtornos mentais em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, assim como refletir sobre o encaminhamento proposto de atendimento visando à promoção da saúde.

Além disso, autorizo também a utilização dos dados contidos nos prontuários de acompanhamento psicossocial da instituição de referência que já foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e abertas realizadas com as crianças, adolescentes e outros membros da família, durante os atendimentos pelos profissionais que os acompanham. O objetivo é realizar uma caracterização e contextualização da população que fará parte desta pesquisa.

Tanto no relatório da pesquisa quanto nas publicações derivadas dela será assegurada a não identificação dos profissionais que realizam os atendimentos com as famílias.

Caso eu não concorde em assinar esta autorização, não haverá qualquer prejuízo aos atendimentos realizados neste centro de atendimento, bem como da relação profissional com a instituição a qual possui vínculo empregatício.

Qualquer dúvida a respeito desta pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores através dos telefones: (19) 3521.7111/ 3287.7351. Qualquer reclamação ou denúncia sobre aspectos éticos desta pesquisa poderá ser efetuada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP através do telefone: (19) 3521.8936.

Data: ____/____/____

Nome do Profissional: _____

CRP do Profissional: _____ R.G. do Profissional: _____

Assinatura do Profissional

ANEXO 5: Roteiro Grupo Focal

- 1 – Entrega do TCLE e esclarecimento de dúvidas.
- 2 – Solicitar o uso dos gravadores e da filmadora.
- 3 – Início do Grupo.

A) Breve apresentação: explicações sobre

- Técnica utilizada: Grupo Focal
- Modalidade Temática
- Duração do encontro: aproximadamente 2 horas de duração.

B) Exposição dos resultados encontrados na aplicação do SDQ com o objetivo de nortear a discussão.

C) Grupo Focal

TEMAS:

1. Percepção das profissionais sobre os dados apresentados em relação à possibilidade de desenvolvimento de transtornos mentais em crianças vítimas de violência doméstica.
2. Análise das profissionais sobre os Fatores de Risco e Proteção para o desenvolvimento de Transtornos Mentais em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica.
3. Percepção e análise das profissionais sobre a prática de atendimento realizada com as famílias atendidas.
 - Frequência do atendimento (por famílias e indivíduos);
 - Número de famílias atendidas;
 - Quais são as atividades que englobam o acompanhamento?
 - Qual é a concepção de Saúde/Saúde Mental - Promoção da saúde
4. Qual é o modelo utilizado na prática das profissionais em relação à promoção de saúde para essas famílias?
5. Concepção de saúde/saúde mental e sua relação com a violência doméstica.
6. Propostas de Intervenção/acompanhamento para as famílias, diante da concepção das profissionais de saúde, violência e de fatores de risco e proteção.
7. Breve análise/opinião sobre a própria participação (profissionais) nesta pesquisa.

ANEXO 6: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – Versão Pais (4-16 anos)

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses ou durante o ano escolar em curso.

Nome da Criança: Masculino/Feminino

Data de Nascimento:

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelo sentimento de outras pessoas			
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição; se mexe muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas			
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, barriga ou enjoo			
Tem vontade de compartilhar doces, brinquedos, lápis...com outras crianças			
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra			
É solitário, prefere brincar sozinho			
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem			
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo			
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal			
Está sempre agitado balançando as pernas ou mexendo as mãos			
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga			
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta			
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso			
Em geral, é querido por outras crianças			
Facilmente perde a concentração			
Fica inseguro quando tem que fazer uma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo			
É gentil com crianças mais novas			
Frequentemente engana ou mente			
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no			
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)			
Pensa nas coisas antes de fazê-las			
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares			
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças			
Tem muitos medos, assusta-se facilmente			
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração			

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado

**ANEXO 7: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – Versão de Auto
Avaliação (11-16 anos)**

Instruções: Por favor, marque para cada item um dos três quadrados: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. Ajudaria-nos se você respondesse a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou que a pergunta pareça-lhe estranha. Dê sua resposta baseado em como as coisas têm sido nos últimos seis meses.

Nome:

Masculino/Feminino

Data de Nascimento:

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros			
Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas			
Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo			
Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)			
Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência			
Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha			
Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem			
Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo			
Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal			
Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos			
Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga			
Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero			
Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso			
Em geral, os outros jovens gostam de mim			
Facilmente perco a concentração			
Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo			
Sou legal com crianças mais novas			
Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear			
Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'			
Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças)			
Eu penso antes de fazer as coisas			
Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares			
Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade			
Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente			
Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção			

Nome completo (em letra de forma):Data.....

Muito obrigado pela sua colaboração

© Robert Goodman, 2005

ANEXO 8: DAWBA – Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes – Versão Pais e Autoaplicação⁸

Índice das sessões do questionário DAWBA⁹:

1. Escala de Aptidões Sociais;
2. Questionário de Amizades;
3. Sessão de Desenvolvimento (dificuldades com linguagem, rotinas, brincadeiras ou habilidade social);
4. Sessão A: Ansiedade de Separação [medo de ser separado de (nomeie)];
5. Sessão B: Fobia Específica [medo de (de B1)];
6. Sessão C: Fobia Social [medo de (de C2)];
7. Sessão D: Ataques de Pânico (crises de ansiedade) e Agorafobia (evitar ficar no meio de multidões, sair sozinho etc);
8. Sessão E: Estresse Pós-Traumático (angústia desencadeada pela experiência (de E2));
9. Sessão F: Compulsões e Obsessões (rituais ou obsessões)
10. Sessão G: Ansiedade Generalizada [excesso de preocupações a respeito de (de G4)];
11. Sessão H: Depressão
 - A) Irritabilidade
 - B) Perda de Interesse
 - C) Auto-Agressão
12. Sessão J: Hiperatividade (dificuldades com o nível de atividade e atenção)
13. Sessão K: Comportamentos Desagradáveis e Difíceis
 - A) Comportamento Desagradável (comportamentos como)
 - B) Comportamento Difícil (comportamentos como)
 - C) Problemas com a Polícia
14. Sessão P: Alimentação, Peso e Forma Corporal
 - A) Muito magro/a
 - B) Preocupa-se com comida e com peso
 - C) Perda de controle
 - D) Evita ganho de peso
15. Sessão Q: Tiques
 - A) Tiques motores
 - B) Tiques vocais
16. Sessão L: Outras Preocupações (Preocupações a respeito de)
17. Seção N Capacidades

⁸ Os itens 1,2 e 3 não estão incluídos na versão de autoaplicação.

⁹ O DAWBA não foi reproduzido em sua totalidade, pois contém 67 páginas. Por isso será apresentado apenas o índice de abertura das sessões.

Em cada uma das sessões existe uma pergunta de abertura que indica ou não sintomas em relação àquela sessão. Quando a resposta é afirmativa, o sistema irá automaticamente abrir novas perguntas a respeito daquele problema, explorando todos os sintomas, contendo no final, perguntas com a possibilidade de respostas abertas para que os pais/adolescente possam explicar com as suas palavras o sintoma presente. Quando a resposta é negativa, o próprio sistema pula para a próxima sessão.

ANEXO 9: DAWBA – Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes – Versão Professores¹⁰

1. Sessão A: Emoções

Para cada item, faça um X no quadrado correspondente. Seria importante que você respondesse a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo não tendo certeza absoluta ou se o item parecer bobo. Por favor, dê as suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos 6 meses ou no presente ano letivo.

	Falso	Às vezes verdadeiro	Verdadeiro
A1 – Excesso de preocupação			
A2 – Tensão ou incapacidade de relaxar			
A3 – Excesso de preocupação em suas habilidades (ex. Acadêmicas, esportivas ou sociais)			
A4 – Particularmente ansioso para falar ou ler em voz alta			
A5 – Relutante em se separar da família para ir à escola			
A6 – Infeliz, triste ou preocupado			
A7 – Perdeu o interesse em continuar com suas atividades			
A8 – Sente-se desvalorizado ou inferiorizado			
A9 – Concentração afetada por preocupações ou tristeza			
A10 – Outras dificuldades emocionais (ex. medos aparentes, ataques de pânico, obsessões ou compulsões)			*

***A11 – Por favor, descreva brevemente:**

Se você assinalou “Verdadeiro” para alguma das questões de A1 a A10, por favor complete o quadro abaixo. Se não vá para o próximo item.

Estas dificuldades....

	Nada	Um Pouco	Muito	Extremamente
A12 – incomodam ou aborrecem a ele/a?				
A13 – interferem no relacionamento com os colegas?				
A3 – interferem com o seu aprendizado?				
A4 – São um peso para você ou para a classe				

2. Sessão B: Atenção, Atividade e Impulsividade:

Na sala de aula, quando ele/a está fazendo algo que gosta e tem bom rendimento, seja lendo, desenhando ou qualquer outra tarefa, quanto tempo normalmente ele/a se mantém na atividade?

- 1 – Menos de 20 minutos
- 2 – De 2-4 minutos
- 3 – De 5-9 minutos
- 4 – De 10-19 minutos
- 5 – 20 minutos ou mais

¹⁰ O DAWBA, versão para professores é menos extenso do que a versão para pais e de autoaplicação. Por isso optou-se por apresentá-la em sua totalidade.

	Falso	Às vezes verdadeiro	Verdadeiro
B2 – Comete erro por descuido			
B3 – Falha em prestar atenção			
B4 – Perde o interesse no que está fazendo			
B5 – Parece não ouvir			
B6 – Falha em terminar o que começou			
B7 – Desorganizado			
B8 – Tenta evitar tarefas que requeiram pensar			
B9 – Perde coisas			
B10 – Se distrai facilmente			
B11 – Esquecido			
B12 – Irriquieto			
B13 – Não pode ficar sentado quando lhe pedem			
B14 – Corre ou sobe nas coisas quando não deveria			
B15 – Tem dificuldades em jogar/brincar em silêncio			
B16 – Acha difícil ficar calmo quando lhe pedem			
B17 – Deixa escapar respostas antes de terminarem a pergunta			
B18 – Difícil para ele/a esperar sua vez			
B19 – Interrompe os outros, intromete-se nas conversas ou atividades			
B20 – Continua falando se alguém pede para parar.			

Se você assinalou “Verdadeiro” para alguma das questões de B1 a B19, por favor, complete o quadro abaixo. Se não vá para o próximo item.

Estas dificuldades....

	Nada	Um Pouco	Muito	Extremamente
B21 – incomodam ou aborrecem a ele/a?				
B22 – interferem no relacionamento com os colegas?				
B23 – interferem com o seu aprendizado?				
B24 – São um peso para você ou para a classe				

3. Sessão C: Comportamentos Difíceis e Problemáticos:

	Falso	Às vezes verdadeiro	Verdadeiro
C1 – Crises de choro ou ataques de raiva			
C2 – Discute muito com adultos			
C3 – É obediente na escola			
C4 – Deliberadamente faz coisas para perturbar os outros			
C5 – Culpa os outros pelo próprio erro			
C6 – Facilmente perturbado/a pelos outros			
C7 – Zangado ou recentido			
C8 – Maldoso			
C9 – Vingativo			
C10 – Mentira ou trapaceia			
C11 – Começa Brigas			
C12 – Ameaça/Intimida os outros			
C13 – Mata aulas			
C14 – Usa armas quando briga			
C15 – Foi fisicamente cruel, tendo realmente ferido alguém			
C16 – Deliberadamente cruel com animais			
C17 – Começa incêndios deliberadamente			
C18 – Rouba coisas			*
C19 – Vandaliza propriedades ou destrói coisas pertencentes a outros			*
C20 – Apresenta comportamento sexualizado inadequado			*
C21 – Tem ou já teve problemas com a Lei			*

***C22 – Por favor, descreva brevemente (se assinalar uma das 4 últimas questões):**

Se você assinalou “Verdadeiro” para alguma das questões de A1 a A10, por favor complete o quadro abaixo. Se não vá para o próximo item.

Estas dificuldades....

	Nada	Um Pouco	Muito	Extremamente
C23 – incomodam ou aborrecem a ele/a?				
C24 – interferem no relacionamento com os colegas?				
C25 – interferem com o seu aprendizado?				
C26 – São um peso para você ou para a classe				

4. Sessão D: Outras Preocupações:

	Falso	Às vezes verdadeiro	Verdadeiro
D1 – Tiques, contrações, ruídos ou grunidos involuntários			*
D2 – Regimes em excesso			*

D3 – Existe algum outro aspecto do desenvolvimento psicológico dele/a que realmente lhe preocupe?

Sim –

Não –

D4 – Por favor, descreva-o:**D5 – Comentários adicionais sobre a criança (opcional):****Muito obrigado pela sua colaboração**

© Robert Goodman, 2005