

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

JANIARA TAVARES DE MOURA

SAÚDE MENTAL: análise preliminar entre a relação da violência e os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes.

São Luís
2019

JANIARA TAVARES DE MOURA

SAÚDE MENTAL: análise preliminar entre a relação da violência e os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Ma. Melcka Yulle Conceição Ramos

São Luís
2019

Moura, Janiara Tavares de

Saúde Mental: análise preliminar entre a relação da violência e os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes / Janiara Tavares de Moura -. São Luís, 2019.

Impresso por computador (fotocópia)

19 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) Faculdade LABORO. -. 2018.

Orientadora: Profa. Ma. Melcka Yulle Conceição Ramos

1. Violência. 2. Saúde mental. 3. Infância. 4. Adolescência. I. Título.

CDU: 613.86

JANIARA TAVARES DE MOURA

SAÚDE MENTAL: análise preliminar entre a relação da violência e os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Psicossocial e Saúde Mental da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Melcka Yulle Conceição Ramos

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Melcka Yulle Conceição Ramos (Orientadora)
FACULDADE LABORO

Examinador 1

Examinador 2

SAÚDE MENTAL: análise preliminar entre a relação da violência e os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes.

JANIARA TAVARES DE MOURA¹

RESUMO

O presente aborda sobre a relação da violência em crianças e adolescentes e suas consequências frente à saúde mental neste público, realizando inicialmente a contextualização sobre a violência contra crianças e adolescentes; a análise das consequências na saúde mental de crianças e adolescentes vítimas de violência; e a atuação da Política de Saúde Mental e seus órgãos de atendimento a este público, na realidade de São Luís - MA. A postura metodológica se baseou na perspectiva dialética, com a aproximação do objeto de estudo a partir de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, visando a compreensão dos impactos causados pelas violências na saúde mental de crianças e adolescentes. Este estudo demonstrou o importante papel dos profissionais que lidam diretamente com a violência e os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Violência. Saúde mental. Infância. Adolescência.

ABSTRACT

The present article deals with the relationship between violence in children and adolescents and their consequences for mental health in this public, initially contextualizing violence against children and adolescents; the analysis of the consequences on the mental health of children and adolescents victims of violence; and the performance of the Mental Health Policy and its organs of care to this public, in the reality of São Luís - MA. The methodological approach was based on the dialectical perspective, with the approach of the object of study based on bibliographical research and documentary research, aiming at understanding the impacts caused by violence in the mental health of children and adolescents. This study demonstrated the important role of professionals who deal directly with violence and mental health problems in children and adolescents.

Key words: Violence. Mental health. Childhood. Adolescence.

¹ Especialista em Gestão e Docência do Ensino Superior, 2019.

1 INTRODUÇÃO

A criança e o adolescente, como pessoa em desenvolvimento, possuem necessidades diferenciadas e particularizadas, demandando dos profissionais um atendimento que considere as suas especificidades e que compreenda o desenvolvimento cognitivo, requisitando um acompanhamento sistemático, frente aos diversos tipos de violência sofridos por este público.

Assim, o presente artigo tem como objetivo a análise da relação da violência sobre a saúde mental de crianças e adolescentes, realizando a reflexão entre os seus impactos no desenvolvimento cognitivo desses usuários, a partir da compreensão da contextualização da violência sofrida por crianças e adolescentes; da análise das consequências na saúde mental deste público; e da atuação da Política de Saúde Mental e seus órgãos de atendimento ao público infante juvenil, destacando a realidade de São Luís- MA.

A escolha do tema mostrou-se relevante na atuação profissional exercida como Assistente Social, no atendimento de crianças e adolescentes na Proteção Social de Média Complexidade da Política de Assistência Social, especificamente no CREAS, onde esta demanda vem crescendo paulatinamente. Tal experiência profissional refletiu no interesse de compreender os impactos causados pelas violências na repercussão na saúde mental desses indivíduos.

A postura metodológica se baseou na perspectiva dialética, a partir da aproximação do objeto de estudo e da revisão de literatura acerca de categorias teóricas pertinentes ao tema, sendo as seguintes: violência, saúde mental, infância e adolescência. Utilizou-se como coleta de dados a pesquisa documental e a bibliográfica, a partir da leitura de documentos, portarias, orientações, legislações e publicações relacionadas ao tema.

Desejando que o conteúdo apresentado sirva aos estudiosos interessados, e que seja aprofundado e ampliado a partir de outras contribuições, esta pesquisa ressalta a necessidade de pesquisas sobre violações e sua relação com saúde mental, visando conhecimentos para os profissionais em geral; em especial para os oriundos da política de Saúde Mental, pois lidam com vários tipos de transtornos que podem ter sua origem na violência sofrida ainda no período da infância e da adolescência.

O trabalho foi organizado da seguinte forma, o primeiro capítulo aborda sobre a questão da violência no público infante juvenil; o segundo, a saúde mental de crianças e adolescentes frente à violência; e o terceiro, a política de saúde mental para crianças e adolescentes, destacando a realidade de São Luís- MA.

2 VIOLÊNCIA NO PÚBLICO INFANTO JUVENIL

O exercício do poder sobre crianças e adolescentes que são vítimas de violência, encontra repouso em várias circunstâncias, entre elas: em uma ideologia de gênero, cujo apoio ocorre no descaso e tolerância da sociedade; pela ausência de políticas públicas e programas sociais em alguns municípios; pela existência de um orçamento restrito para esta demanda; pelos poucos órgãos de defesa, como o Conselho Tutelar; e pela quase a inexistência de instituições de acolhimento institucional, para a proteção, quando a família é o local de violação.

A abordagem sobre a questão de gênero se refere ao modo comportamental de homens e mulheres, os quais recebem valores diferenciados na sociedade, cujos papéis são determinados e pré-estabelecidos. As mulheres, na questão do gênero, se encontram em desvantagem, sendo consideradas indivíduos frágeis e usadas para satisfação dos desejos masculinos, tal postura é iniciada, muitas vezes a partir da infância, sendo cristalizados e alicerçados por uma cultura machista. Enquanto que os homens devem possuir uma postura de virilidade, em que se sobressai quem demonstra força dos demais, predominando a cultura de dominação e submissão, respalda no abuso de poder de uma pessoa sobre a outra, a partir da desigualdade de gênero e de dominação pelo uso da força.

Diante desse contexto o público infante juvenil sofre com o abuso de poder dos adultos, o qual se torna um poder abusivo, opressor e muitas vezes violento que considera o outro indivíduo como sua propriedade, agredindo inicialmente a parte cognitiva da vítima, a partir da violência psicológica, até no extremo da violência física, ocasionando danos físicos.

Os dados de atendimento às vítimas de violência apresentados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN, do Ministério da Saúde, caracterizam situações violentas vividas pelas crianças e adolescentes, e revelam que no ano 2011 os atendimentos femininos por violências representaram cerca de 60% das notificações; maior ainda na faixa dos 10 aos 14 anos de idade: 68%.

Violências físicas representaram 40,5% do total de atendimentos, especialmente concentrados na faixa dos 15 aos 19 anos de idade, mas relevante em todas as faixas (WAISELFISZ, 2012).

No que diz respeito aos agressores, o mapa da violência destaca que na maior parte dos casos foi um amigo ou conhecido da criança ou da família – 28,5% dos atendimentos, com incidência elevada em todas as faixas etárias, especialmente dos 5 aos 14 anos de idade das vítimas. Desconhecidos configuram a segunda categoria individual em ordem de relevância, com 17,9% de frequência, com grande incidência dos 15 aos 19 anos, indicados em 44,2% dos atendimentos. Também, com menor intensidade, os desconhecidos apresentam elevada incidência como agressores de crianças com menos de 1 de idade. (WAISELFISZ, 2012).

O quadro da violência se agrava com as desigualdades sociais e econômicas, em que as crianças e adolescentes se encontram inseridas, promovendo a manutenção das formas de violência, tais como: física, psicológica, sexual, exploração sexual, abandono intelectual e a negligência.

Em todas elas, ocorrem a existência e predominância de uma situação de dominação, ocasionando uma relação de poder, que em sua maioria surge no âmbito familiar, sendo perpetrado por pessoas que deveriam proporcionar e assegurar proteção e integridade física desse público. Torna-se constante e repetitiva, quando o pacto do silêncio predomina, por meio de ameaças e punições.

O poder familiar por vezes é um poder autoritário, alicerçado em uma disciplina, recheada por castigos físicos, constrangimentos e em cobranças infundadas, ocasionando como consequências comportamentos diversos, desde uma apatia até uma postura desafiadora e rebelde da vítima. A violência sexual é um exemplo de violação intrafamiliar que mais promove danos físicos e cognitivos, ultrapassando em alguns casos, os limites do domicílio familiar, no caso de violência extrafamiliar.

Para uma atuação eficaz de combate a violação de direitos junto ao público infante juvenil deve ter inicialmente a compreensão da definição dos tipos de violências, como a violência doméstica, negligência, violência psicológica, violência física, abuso e exploração sexual.

A violência doméstica é todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que sendo capaz de provocar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado numa transgressão do

poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação de direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (CHIOQUETTA, 2014).

A negligência representa uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente para o seu desenvolvimento. Configura-se quando os pais ou responsáveis e o Estado falham em termos de prover as necessidades físicas de saúde, educacionais, higiênicas de seus filhos e/ou de supervisionar suas atividades de modo a prevenir riscos e quando tal falha, não é o resultado das condições de vida além de seu controle. (ABRAPIA, 1992).

Violência Psicológica se refere à rejeição, isolamento, depreciação, discriminação, desrespeito, ameaças, corrupção, expectativas não realísticas, ataques físicos aos objetos da criança/adolescente, brigas e violências (dos pais) e utilização destes como objeto do adulto, para atender suas necessidades emocionais não resolvidas na infância e adolescência. As cobranças e punições exageradas são formas de abuso psicológico que podem trazer grandes danos ao desenvolvimento psicológico, físico, sexual e social da criança/adolescente. (ABRAPIA, 1992).

A violência física se refere ao uso da força física de forma intencional, ou os atos de omissão intencionais, não-acidentais, praticados por pais ou responsáveis pela criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar e disciplinar esta criança/adolescente, deixando ou não marcas evidentes. (ABRAPIA, 1992).

A violência sexual é sempre um ato de força, quer seja física, psicológica ou moral, praticado contra criança e adolescente pelo violentador que detém sobre eles poder de autoridade, dominação, coerção e coação, para satisfação unilateral de seus desejos (prazer sexual) e para tirar vantagens (lucros, bens, coisas). (CEDECA/BA)

O abuso sexual é uma situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, baseado em uma relação de poder que pode incluir desde carícias, manipulação de genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyerismo, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência (ABRAPIA, 1992).

O abuso sexual pode ser intrafamiliar e extrafamiliar. O primeiro é uma violência ocorrida no seio familiar. O segundo é praticado por pessoas fora do seio

familiar, podendo ser realizada por um conhecido ou pelos não conhecidos da vítima.

Cabe mencionar que o abuso sexual é denominado exploração sexual quando refere-se à indução, coerção, ou utilização da criança ou adolescente no trabalho ilegal ou em outras atividades sexuais, para o benefício de outras pessoas, incluindo a prática de atividades sexuais ilegais, prostituição, práticas de pornografia ou o uso em materiais pornográficos, mediante pagamento ou para finalidades lucrativas ou comerciais, criando uma dependência e submissão ao poder econômico ou como alternativas de sobrevivência e dominância.

3 SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES FRENTE À VIOLÊNCIA

A violência para Chauí (1999) significa toda ação impulsionada pelo uso da força contra a natureza de algum ser; é todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); é todo ato de transgressão contra o que alguém ou uma sociedade define como justo e como direito de alguém.

A violência sofrida por crianças e adolescentes pelos seus pais, responsáveis ou pessoas de confiança, prejudica a compreensão desse público, com relação às relações afetivas, papéis e funções sociais que estão sendo construídas. Esse contexto é mais evidente geralmente em famílias com forte desigualdade de poder entre pais e filhos; com a presença da relação de poder geracional (idade) baseado na subordinação; e pelo desequilíbrio ou transtorno psíquico dos abusadores.

[...] dentre as várias consequências da violência intrafamiliar, estão as relativas à saúde mental que, comumente, referem-se às repercussões na autoestima, na competência social e na resolução de problemas de crianças e adolescentes (BENETTI; et al., 2010, p. 109).

O público infante juvenil quando afetado por abusos possuem vários sintomas e sinais típicos como transtorno do sono; pesadelo; insônia; isolamento social; depressão; falta de confiança em adultos; baixo rendimento escolar; aversão ao contato físico; perda de apetite, obesidade e mudança de hábito alimentar; lesão ou dor genital; hiperexcitação sexual, masturbação compulsiva; comportamento autodestrutivo (automutilação); mudanças repentinas de humor e irritabilidade;

conduta agressiva; dificuldade de concentração; choro fácil; pouca retenção da urina e fezes, frente situações estressantes; tentativa de suicídio, dentre outros.

Crianças e adolescentes se encontram em desvantagem, coagidos e muitas vezes em um estado de sítio, pelo predomínio de uma situação de cumplicidade, onde o agressor se prevalece da dependência e da falta de condições da vítima em conseguir avaliar ou analisar os fatos, por não ter alcançado o seu completo desenvolvimento psíquico, bem como da dependência afetiva existente em algumas dessas situações.

A violência sexual é considerada uma das formas mais grave de violência no público infante juvenil. Em alguns casos, a relação sexual é completa e de forma repetitiva, respaldada pelo pacto de silêncio entre o abusador e a vítima; e da inexistência de uma relação de confiança estabelecida entre mãe e/ou responsável e filho(a). Assim, quanto mais proximidade houver entre vítima e agressor, e a duração dessa violação, mais sequelas serão geradas.

A dinâmica sexual entre adultos e o público infante juvenil ocorre em cinco fases separadas. A primeira fase refere-se à fase do envolvimento, em que o perpetrador começa a buscar o acesso à criança ou ao adolescente, através de estratégias de sedução, utilizando a recompensa e apresentando atividades como se fossem jogos ou algo divertido. E quanto mais hábil for o perpetrador, menos ameaças serão usadas para seduzir a vítima, sem descartar a existência o uso da força física, principalmente quando o abuso ocorre dentro de uma família violenta.

A segunda fase é a de interação sexual, em que o agressor inicia uma ação de proximidade sexual com a vítima, desde a exposição do corpo do adulto ou de ambos, para posteriormente a progressão gradativa de outros tipos de contatos, como a masturbação e carícias, ocasionando em alguns casos, o ato sexual propriamente dito.

A terceira fase é a do sigilo, em que o agressor impõe a vítima o silêncio, respaldado por intimidações e ameaças. E outro fato que proporciona o silêncio da vítima é a presença de uma família que não protege e dificilmente acredita na revelação, o que reforça a posição de inércia da criança ou o adolescente que sofreu a violência.

A quarta fase é a da revelação, que pode ser de forma acidental ou proposital. A acidental se refere quando alguém verifica que algo está errado, seja pelo comportamento da vítima, ou quando se percebe os danos físicos, como

sangramentos nos órgãos genitais; doenças sexualmente transmissíveis; e gravidez. E pela revelação proposital, quando a vítima decide quebrar o pacto do silêncio, relatando a violência para alguém de sua confiança.

A quinta fase se refere à negação, sendo o movimento contrário a anterior, onde a violência passa a ser negada, principalmente quando o fato ocorre no âmbito familiar, pois os seus membros desejam distanciar-se da realidade do abuso, tentando afastar instâncias legais frente à violência sofrida, pois dispara o sentimento de culpa e dúvidas quanto à capacidade de proteção à criança e ao adolescente.

As fases enunciadas dão a dimensão que a violência sexual, ocorre a partir de uma dinâmica de confiança e afetividade entre vítima e agressor, sendo um processo de conquista até a consumação do ato. E as consequências geradas pela violência, em especial a sexual, no público infanto juvenil, depende do grau da relação que a vítima possui com o agressor; o nível de violência utilizada; e suas implicações físicas e psicológicas: ferimentos, gravidez, aborto, relação incestuosa, tortura, mutilações, comportamentos suicidas e ansiedade.

As sequelas ocasionadas em longo prazo podem ser o alcoolismo; o uso de drogas; a prostituição; a promiscuidade; atividade criminal; depressão; distúrbios psíquicos, dentre outros. A criança e o adolescente que são vítimas de situações violentas possuem a sua parte emocional, comportamental e a percepção de mundo afetadas negativamente, ocasionando consequências graves na fase adulta, caso não ocorra intervenção profissional.

Os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes predispõem a problemas de comportamento. As vítimas de violência são compreendidas em três grupos diagnósticos na psiquiatria infantil, sendo as desordens emocionais, que são os problemas internalizantes; as desordens de comportamento disruptivo e as de problemas externalizantes, como os transtornos de conduta-agressividade; transtornos do desenvolvimento; e problemas de aprendizagem, dentre outros.

Existem estudos brasileiros destinados à aferição de transtornos mentais na saúde de crianças e adolescentes que foram submetidos a situações de violência, como o *Self-Reported Questionnaire SRQ-20*, validado no Brasil por Mari e Williams, para aferir transtornos psiquiátricos menores, bem como outras escalas utilizadas como a *Child Behaviour Checklist* e a *Development and Well-Being Assessment DAWBA*.

O Self-Reported Questionare SRQ-20 foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994) e validado para o Brasil por Mari e Williams (1986), composto por 20 questões dicotômicas (0=Não; 1=Sim) que avaliam sintomas de transtorno mental, tais como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Pontuações altas estão relacionadas a um pior nível de saúde mental. (PAIXÃO; PATIAS; DELL'AGLIO, 2018, p. 109).

Em um artigo relacionado às relações entre violência intrafamiliar, clima familiar e sintomas de transtorno mental na adolescência, intitulado *Relações entre violência, clima familiar e transtornos mentais na adolescência*, participaram 359 adolescentes de 13 a 19 anos, que responderam questões sobre violência no contexto familiar, o Inventário do Clima Familiar (ICF) e um questionário para avaliar sintomas de transtornos mentais (SRQ-20). Os resultados indicaram diferença significativa entre os sexos no SRQ, no qual as meninas possuem médias mais altas, que os meninos.

O ambiente familiar contribui significativamente para o aparecimento de transtornos mentais, seja os internalizantes (depressão e ansiedade) e disruptivo ou externalizantes (comportamentos agressivos e antissociais) (SIQUEIRA; DELL'AGLIO 2010).

De fato, os estudos realizados na área de exposição à violência em diversos contextos têm indicado que vivências negativas na infância e adolescência, especialmente situações experienciadas no contexto familiar, aumentam o risco do adolescente, a curto, médio e longo prazo, se expor a situações de vulnerabilidade, dificultando o seu processo de desenvolvimento (GABALDA, THOMPSON; KASLOW, 2010, p. 109).

4 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SÃO LUÍS-MA

No combate as violências sofridas por crianças e adolescentes, a legislação brasileira o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, complementa o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, que considera a criança e o adolescente como prioridade absoluta no atendimento nas políticas públicas brasileiras.

Os atendimentos devem ser preferencialmente destinados a este público, bem como o de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias. O atendimento junto à criança e ao adolescente. Deve ocorrer a partir do acesso e das

ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como encontra escrito no artigo 5º do Estatuto da Criança e do adolescente:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (BRASIL,1990, p. 1).

Existe uma diferenciação na atualidade nos atendimentos ao público infanto juvenil acabam registrando dados diferenciados diante das violências sofridas. De acordo com estudo do mapa da violência de 2012, as diversas formas de violência sexual registram 19,9% dos atendimentos acontecidos em 2011, sendo um total de 10.425 crianças e adolescentes, a grande maioria do sexo feminino, cerca de 83,2%, sendo na faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade. A violência sexual mais frequente foi o estupro: 7.155 casos, de elevada participação em todas as faixas etárias e responsável por 59% do total de atendimentos por violências sexuais. O assédio sexual e atentado violento ao pudor demandam entre 15 e 20% dos atendimentos, demandando atendimento no sistema de saúde.

Destaca-se que esse público torna-se diferenciado para o recebimento dos atendimentos e acompanhamentos das políticas públicas, por ser considerado vulnerável e com necessidade da intervenção de uma pessoa adulta que o auxilie na garantia de seus direitos, seja através de seus familiares ou responsáveis; incluindo os profissionais, como os professores, assistentes sociais, educadores, psicólogos, médicos, dentre outros. A análise diante desse fato é que a estatística somente ocorre quando este público é atendido e contabilizado, em alguma política pública, sendo que o número de violações podem ser maiores das enunciadas em pesquisas.

Diante da violação de direitos do público infanto juvenil, existe os planos de enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, no âmbito nacional, estadual e municipal, o qual é dividido em seis eixos: análise da situação; articulação e mobilização; prevenção; atendimento; defesa e responsabilização; e protagonismo juvenil. Em cada eixo, estão distribuídos os órgãos competentes direcionados que compõem o Sistema de Garantia de Direitos, pertencentes as políticas sociais da saúde, justiça, assistência social e educação, que possuem atribuições para o atendimento, acompanhamento, defesa e garantia de direitos de crianças e adolescentes,

Em São Luís, capital do estado Maranhão, possuem os órgãos pertencentes ao Sistema de Garantia de Direitos para os casos de combate a violência contra criança e ao adolescente, sendo uma realidade, possuindo o Complexo de Proteção à Criança e ao Adolescente ligado a Secretaria de Estado da Segurança Cidadã, composto pela Delegacia de Proteção a Criança e Adolescente – DPCA e pelo Centro de Perícias Técnicas para a Criança e o Adolescente – CPTCA, localizados no mesmo local, facilitando o atendimento junto ao público, no que diz respeito à denúncia, a perícia psicossocial e o prosseguimento do processo pela justiça. O Complexo se localiza em frente à Praça Maria Aragão no centro da cidade.

A existência dos órgãos pertencentes ao Complexo ocorreu a partir de vários momentos de discussões como foi o caso do Centro de Perícias, oriundo da Campanha Contra o Abuso e Exploração Sexual desenvolvida no Estado do Maranhão durante os anos de 1996 e 1997.

Posteriormente, o caso é encaminhando para as políticas de atendimento e acompanhamento, sendo a política de saúde: Hospitais e postos de saúde, para o uso da medicação que se fizer necessária e exames; a Política de Assistência Social: quanto ao atendimento psicossocial, pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS e para aquisição de benefícios socioassistenciais, a partir dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS; e na política de saúde mental, nos Centros de Atendimento Psicossocial Infantil - CAPSi, quando se fizer necessário.

Anteriormente, a criança ou o adolescente quando sofria algum tipo de violência, o atendimento inicial era realizado em qualquer delegacia. Quando se relacionava aos casos de abuso sexual, o caso era prontamente encaminhado para o IML, localizado na Universidade do Maranhão, demandando a necessidade de deslocamento da vítima e de sua família para o local, tendo uma estrutura inadequada, sem profissionais capacitados no atendimento e acolhimento junto a este público e sua família, ocorrendo corriqueiramente uma situação de constrangimento, na realização do exame de conjunção carnal.

Atualmente o fluxo de atendimento a esses casos podem ser iniciados em qualquer dos órgãos pertencentes ao Sistema, mas faz-se sendo necessária a denúncia a partir da Delegacia de Proteção a Criança e Adolescente – DPCA, onde será produzido um boletim de ocorrência, dando continuidade do atendimento com o encaminhamento para a CPTCA, composta de peritos na área social, psicológica e

médica que a partir de atendimento sistematizados irão atestar se houve violência contra a criança e ao adolescente.

O laudo pericial emitido pelo Centro de Perícias não se limita somente se houve o desvirginamento, mas se estende a situação de abusos psicológicos, que ocorreram a pequeno e longo prazo, utilizando técnicas que dão consistência no processo penal, que possibilitem a construção de dados introdutórios para um corpo de delito, e que auxiliem no preenchimento das lacunas nos processos jurídicos.

No que diz respeito ao atendimento psicossocial realizado junto à criança e ao adolescente em São Luís, existem 5 (cinco) Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS e somente 1(um) Centro de Atendimento Psicossocial Infantil – CAPSi. Os CREAS têm os seus recursos humanos baseados nos parâmetros da NOB/RH, onde em razão da complexidade das situações atendidas, a equipe deverá ter uma qualificação técnica compatíveis com a natureza e os objetivos dos serviços ofertados.

Para as crianças e adolescentes que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, existe o Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil - CAPSi, o qual atende crianças e adolescentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (BRASIL, 2011)

Os órgãos de atendimento psicossocial junto a esses casos e suas respectivas famílias, em particular os CAPS, possuem uma equipe multiprofissional cujo trabalho se norteia na construção de um projeto terapêutico singular para cada paciente, onde ocorrerá uma avaliação periódica do desenvolvimento do caso.

O Projeto Terapêutico Singular – PTS é o instrumento utilizado para a condução de cada paciente, visando à efetividade do planejamento das ações. O Projeto Terapêutico é “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.” (BRASIL, 2009, p. 40).

Neste projeto, existe a necessidade de articulação com as outras políticas públicas, na compreensão da necessidade de alcançar as metas traçadas no acompanhamento de cada indivíduo, nas políticas públicas existentes.

Assim, os órgãos pertencentes ao Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente devem ter como foco o trabalho em rede, na perspectiva de integração das políticas sociais, partindo da articulação entre as instituições que atuam no mesmo território e tendo uma postura de diálogo e cooperação, visando o fortalecimento das ações, bem como o acompanhamento das famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, pela violação de direitos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental de crianças e adolescentes vítimas dos mais variados tipos de violência, deve ser compreendida pelos profissionais da área da saúde, como uma questão de extrema importância, que compreendam a intensidade e o histórico das vitimizações; o tipo de relação existente entre o agressor e a criança ou o adolescente; o contexto no qual a situação violenta ocorreu; o entorno dessas vítimas; as características individuais deles e de seus cuidadores; e na prevenção a partir da articulação com os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

Nesse sentido, este estudo demonstrou o importante papel dos profissionais que lidam diretamente com a violência e os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes.

O público infante juvenil acaba demandando o atendimento junto a Política de Saúde Mental, a partir de sintomas físico e comportamentais que surgem a partir da violência sofrida, seja psicológica, física e sexual. As situações podem ser depressão, ansiedade, agressividade, mutilações, pesadelos, irritabilidade, choro compulsivo, distúrbios do sono e tendência ao suicídio, afetando a parte cognitiva, extrapolando para a sua vida cotidiana. E caso não seja acompanhado por profissional especializado, pode haver repercussão na fase adulta de outra forma, seja por comportamentos desafiadores, agressividade e em alguns casos reproduzindo a violência sofrida, passando a serem os futuros agressores.

A violência em crianças e adolescentes é pouco abordada, seja porque a infância e a adolescência possuem particularidades, que acabam passando despercebidas para os seus cuidadores; seja pela postura de desprestígio do discurso destas quando são violentadas; ou quando os seus responsáveis acreditam

que nenhuma intervenção deve ser realizada, na compreensão que o fato pode ser esquecido e superado se não for lembrado ou tocado no assunto.

Posturas de desqualificação das denúncias verbalizadas do público infante juvenil pelos seus responsáveis são muito comuns, principalmente quando a violação é cultural no âmbito familiar; e predominante em brincadeiras no âmbito escolar, mas nunca justificadas, sendo primordial a denúncia e o seu atendimento para a quebra da continuidade da violação. Podendo ser necessário a tomada de medidas drásticas como o acolhimento institucional para a recolocação na sua família extensa ou em último caso, para a adoção, na inexistência de um familiar ou responsável pela criança ou pelo adolescente, que seja apontado na proteção e cuidado da vítima.

O desafio existente quanto à prevenção das violências sofridas por crianças e adolescentes ocorre na relação à tolerância diante desses atos, os quais em sua maioria se encontram em âmbito familiar, onde os demais indivíduos não interferem, não protegem e acabam sendo coniventes, por considerarem um ato disciplinar e que não devem sofrer interferências de pessoas externas. Assim, constantes e repetidas situações de violências podem alcançar grandes proporções.

Surge assim, a postura de “naturalização”, em que a sociedade se torna tolerante diante da violação de crianças e adolescentes, tendo como justificativa, a culpabilização da vítima, a partir de discursos machistas e discriminatórios, principalmente quando é do sexo feminino, onde a vestimenta ou suposta provocação, legitima as violências sofridas.

Nota-se que mesmo diante desse desafio, o atendimento psicossocial às crianças e adolescentes, a partir de órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, obteve avanços, mas ainda precisa de ampliação e investimentos, quanto a estrutura física de suas instalações, bem como suas localizações, que devem possuir acessibilidade para todos os usuários.

Diante de todo o trabalho exposto verifica-se que o tema é bastante amplo e fecundo para discussão e análise, mas pouco abordado, possuindo somente dados sistematizados e pontuais de pesquisas regionalizadas, que correlacionem os transtornos mentais junto à dinâmica de violência sofrida por crianças e adolescentes.

O desafio se encontra a nível nacional, estadual e municipal, no que diz respeito a coleta e sistematização de dados, junto aos órgãos de atendimento, para

análise e atuação sobre essa temática com esse público, na perspectiva que a infância e adolescência deve ser prioridade para uma construção de um ser adulto saudável e capaz de gerenciar seu estado psíquico e social, no tratamento de sequelas, para a promoção de sua saúde mental e da sociedade em geral.

Outra lacuna ocorre na questão do atendimento ao agressor, que a partir de uma análise minuciosa, pode ter sido uma vítima, mas pela falta de acompanhamento psicossocial passou a reproduzir a violência sofrida, naturalizando-a. Neste caso ocorre, na maioria das vezes, a punição na forma da lei, promovendo a sua repetição caso não haja nenhuma intervenção profissional.

Ambas são demandas desafiadoras para a Política de Saúde Mental, quanto à questão de ampliação de atendimento para a vítima; e de implementação de políticas de atendimento, com relação a questão do agressor.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Maus-tratos contra criança e o adolescente. Proteção e Prevenção. Guia de Orientações para professores. Autores & Agentes & Associados. Rio de Janeiro, 1992.

BASSANI, Elizabete. **As políticas quantificadoras da educação e as “novas” formas de exclusão:** os “inclassificáveis”. (Tese de Doutorado). Vitória, 2013.

BENETTI, S. P. C et al. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. **PsicoUSF**, v. 15, n. 3, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>
Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências, 1990.

CHAUÍ, Marilena. **Uma ideologia perversa:** explicações para a violência que a violência real se torne compreensível. Folha de São Paulo, 1999. (Caderno Mais).

CHIOQUETTA, Rafaela Dotti. violência doméstica contra crianças e adolescentes: o berço do crime Brasil. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília Paraná**, 2014.

GABALDA, M. K.; THOMPSON, M. P.; KASLOW, N. J. Risk and Protective Factors for Psychological Adjustment among Low-Income, African American Children. **Journal of Family Issues**, v. 31, n. 4, 2010.

PAIXÃO, R. F.; PATIAS, N. D.; DELL'AGLIO, D. D. Relações entre Violência, Clima Familiar e Transtornos Mentais na Adolescência. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 11, n. 1, 2018.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. Retornando para a família de origem: fatores de risco e proteção no processo de reinserção de uma adolescente institucionalizada. **Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 3, 2007.

SIRELLI, Nilda Martins; MAURANO, Denise. Função e campo do recalque e do luto no contexto da cultura: reflexões sobre o racismo, o banzo e o blues. **Revista Ágora - Estudos em Teoria Psicanalítica**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/agora/v21n2/1809-4414-agora-21-02-158.pdf> > Acesso em: 18 maio 2019.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2012 crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf > Acesso em: 19 maio 2019.