

VIOLÊNCIA INFANTIL E SUA INTERFACE NO TRABALHO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Child violence and their interface at work in psychosocial attention to children and adolescents: Health professional's perceptions

Fabiane Machado Pavani¹

Luciane Prado Kantorski²

Aline Neutzling Brum³

Christine Wetzel⁴

Aline Basso da Silva⁵

Artigo encaminhado: 30/12/2018

Aceito para publicação: 26/04/2020

RESUMO: Objetivo: descrever e analisar as percepções de profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSij) acerca da violência infantil e sua interface com o trabalho em saúde mental. **Metodologia:** estudo transversal de abordagem quanti-qualitativa, realizado em um CAPSij no Rio Grande do Sul, entre outubro e novembro de 2016. Nesse artigo foram utilizados os dados da etapa qualitativa, produzidos mediante entrevistas semiestruturadas com profissionais do CAPSij. A análise ocorreu a partir da perspectiva proposta por Minayo, dividida em três momentos distintos: organização dos dados, classificação dos dados e análise final. **Resultados:** os profissionais percebem que as violências física e sexual impactam suas práticas no serviço; reconhecem a interface entre violência infantil e saúde mental, sendo

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). fabianepavani04@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). kantorski@uol.com.br

³Bióloga. Doutora em Ciências. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). neutzling@live.de

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. cwetzel@ibest.com.br

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. alinee_basso@hotmail.com.

necessário considerar os contextos de vida das crianças e adolescentes. Identificam a construção de vínculo e a escuta como importantes instrumentos de trabalho na prática psicossocial infantojuvenil. **Conclusões:** o estudo permitiu refletir sobre a importância do CAPSij integrar a assistência às vítimas de violência infantil, como serviço que acolhe possíveis consequências do trauma, mas também a partir das experiências de seus profissionais, imprescindível na discussão e construção de um cuidado em saúde mental às crianças e adolescentes vítimas de violência junto aos pontos da rede de atenção psicossocial e outros setores.

Palavras-chave: Saúde Mental. Violência Infantil. Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT: Objective: to describe and analyze the perceptions of professionals who work in a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij) about child violence and its interface with mental health work. **Methodology:** a cross-sectional study with quantitative-qualitative approach, carried out in a CAPSij in Rio Grande do Sul, between October and November 2016. This article uses data from the qualitative step, produced through semi-structured interviews with CAPSij professionals. The analysis took place from the perspective proposed by Minayo, divided into three distinct moments: data organization, data classification and final analysis. **Results:** professionals perceive that physical and sexual violence affect their practices in the service; recognize the interface between child violence and mental health and has needed to consider the life contexts of children and adolescents. They identify as important instruments of work in the psychosocial practice of children and youth the creating bond and listening. **Conclusions:** the study allowed us to reflect on the importance of CAPSij to integrate assistance to child violence victims. A service that welcomes the possible consequences of the trauma, but also by the experiences of its professionals, essential in the discussion and construction of mental health care to children and adolescents who are victims of violence along the psychosocial care network and other sectors.

Keywords: Mental Health. Child Abuse. Mental Health Services.

1 INTRODUÇÃO

A infância e a adolescência são consideradas um período do desenvolvimento humano em que situações vivenciadas acabam por influenciar na saúde física e mental do sujeito (GARBIN, DIAS, ROVIDA, & GARBIN; 2015).

Entre as situações de vulnerabilidade que acarretam sofrimento está a exposição à violência infantil. Estimativas sobre a violência infantil indicam que, aproximadamente, de cada um quarto da população adulta no mundo, cerca de 22,6% sofreram violência física, 36,3% sofreram violência psicológica, e 16,3% sofreram negligência durante a infância (OMS, 2014).

Diversos fatores acabam por influenciar os atos de violência infantil, entre os quais estão os que envolvem as características pessoais da vítima, do agressor, o ambiente físico e o social em que estes estão inseridos. Outro fator importante é a aceitação da violência infantil por parte da sociedade, sendo naturalizada nos contextos do ensino e aprendizagem.

Historicamente, o uso do castigo físico como prática pedagógica, e a disciplina por meio de punições físicas e humilhantes às crianças eram frequentemente consideradas normais, principalmente quando não provocavam lesões visíveis ou duradouras (ASSIS, AVANCI, PESCE, & XIMENES, 2009).

Segundo o Ministério dos Direitos Humanos⁶ (2018) a violência é classificada em duas formas, a primeira quanto à prática: a violência praticada contra si mesmo (autoprovocada, geralmente o suicídio); por indivíduos ou grupos (interpessoal, comum à existência de xingamentos, humilhações e agressões físicas intrafamiliar), e por organizações maiores (coletiva, caracterizada por qualquer distinção, exclusão ou restrição) praticada por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas.

⁶O Ministério dos Direitos Humanos foi extinto em 2019, suas atribuições passaram a compor organograma do então Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), que tem sua origem a partir das antigas Secretarias Especiais da Presidência da República: a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) e a Secretaria Nacional da Juventude (SNP).

Já a segunda forma de classificação esta relacionada à natureza: violência física definida pelo uso da força física de forma intencional e não acidental; a violência psicológica ou emocional como ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança/adolescente; violência sexual o ato ou jogo sexual com intenção de estímulo sexual a criança/adolescente, para obter satisfação sexual; e negligência definida como omissões dos adultos ao deixarem provir às necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças/adolescentes (BRASIL, 2018).

Em estudo realizado na Inglaterra, relacionando violência infantil e saúde, observou-se que a violência física foi relatada em 40,5% dos atendimentos de crianças e adolescentes, tendo prevalência entre 15 a 19 anos. Já a violência sexual é o segundo tipo de violência, que acomete crianças e adolescentes de cinco a 14 anos. A violência psicológica/emocional esteve presente em 17% dos atendimentos; a negligência, ou abandono, foi relatada em 16% dos casos, tendo predomínio entre as crianças de zero a quatro anos de idade (BEBBINGTON et al., 2011).

O estudo de coorte Jonson-Reid et al (2012), que incluiu crianças de baixa renda de Saint Louis, Estados Unidos, apresenta que muitas vítimas de violência na infância, desenvolvem transtornos psiquiátricos graves, como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático, além de apresentarem impacto significativo e a longo prazo na capacidade em se adaptar à vida adulta.

Bebbington et al (2011) apresentou uma associação estatisticamente representativa ($p < 0,001$) entre psicose e a ocorrência de violência infantil, principalmente quando envolvia violência sexual. Essa associação foi testada a partir da variável gravidade da violência, em que se criou quatro níveis para a violência sexual: sem abuso; desconforto ao falar; tocar como a forma mais grave de violência; e relações não consensuais. Durante a análise logística, conseguiu-se identificar que as chances de a vítima desenvolver psicose são proporcionais a cada nível de gravidade da violência sexual sofrida.

No Brasil, a violência infantil é considerada um fenômeno social e de saúde pública, que muito preocupa todos os setores de proteção ao desenvolvimento infantojuvenil. A partir das notificações do “Disque 100”, entre os anos de 2011 e 2014, totalizaram 41.842 casos registrados de violência contra a criança, (HADDAD; BENITO, 2016). Em uma revisão de literatura, Nunes e Sales (2016) corroboram trazendo que há o predomínio da violência tipo negligência (50%), seguindo pela física (33,3%), psicológica (8,3%) e sexual (8,3). Quanto ao gênero, é possível observar a preponderância do sexo masculino (41,7%) em relação ao feminino (25%).

Para responder a esse fenômeno, no Brasil, políticas de assistência social, juntamente com políticas de saúde, vêm sendo construídas como estratégias de enfrentamento e combate à violência infantil, incluindo os contextos sociais e culturais dessa população, principalmente no que se referem às situações de vulnerabilidade. A inclusão de ações de prevenção, tratamento e acompanhamento da violência infantil na atenção à saúde mental é considerada de extrema relevância para qualidade de vida na infância e adolescência e impactos na vida adulta (MATOS et al, 2015; MATTIOLI et al, 2010).

Entre as políticas de enfrentamento à violência infantil estão a criação da Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNDCA) é responsável pela condução da política nacional de promoção, proteção e defesa dos direitos das crianças e adolescentes, vinculada à pasta dos Direitos Humanos; a linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, que traz orientações para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de violências que mais afetam crianças e adolescentes, destacando a importância do trabalho junto às famílias (BRASIL, 2018).

Diante disso, é necessário a construção de um caminho possível para a atenção integral ou da integralidade do cuidado a vítimas de violência infantil, que busque articular a produção do cuidado entre os níveis de atenção, especialidades e os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes.

No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) são serviços essenciais presentes no modelo da atenção psicossocial para o cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, os quais direcionam o cuidado para além da psicopatologia, ao considerar fatores e necessidades individuais, sociais, políticos e culturais que estão imbricados no processo de saúde-doença. Ressalta-se que os CAPSij não são serviços de referência para o atendimento de casos de violência, entretanto devem acompanhar indiretamente os casos, auxiliando na identificação e no suporte da rede de serviços que atendem crianças e adolescentes – rede intersetorial – na direção de garantir, construir e implementar as políticas públicas de combate e prevenção da violência infantil (BRASIL, 2010).

2 OBJETIVOS

Identifica-se a necessidade de ampliar a discussão dos casos de violência infantil para além das instâncias da assistência social e judicial, abrangendo o cuidado em saúde, em especial a saúde mental infantojuvenil. Diante disso, foi realizada a pesquisa intitulada “Violência infantil no âmbito da Atenção Psicossocial: um estudo no Sul do Brasil” tendo como questão norteadora: “qual a prevalência da violência infantil em usuários de um CAPSij, e as percepções de como ocorre?”. Esse artigo, tem como objetivo descrever e analisar as percepções de profissionais que atuam na atenção psicossocial infantojuvenil acerca da violência infantil e sua interface com o trabalho na atenção em saúde mental.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, intitulada “Violência infantil no âmbito da Atenção Psicossocial: um estudo no Sul do Brasil”, realizada no período de outubro a novembro de 2016, num CAPSij, em um município no sul no estado do Rio Grande do Sul. Esse serviço tem seu funcionamento desde maio de 2011, das 8h às 18h, sendo o único na cidade e referência para uma população de aproximadamente 300 mil habitantes. No momento da pesquisa, 350 crianças/adolescentes, de 3 a 18 anos,

estavam sendo acompanhado por uma equipe formada por 19 profissionais das áreas de psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, artes, educação física, administração e serviços gerais, composição que resulta de uma parceria entre prefeitura do município e uma universidade privada. Quanto ao tempo de trabalho no CAPSij, numa média de 2 anos e 2 meses, havia profissionais que atuavam desde a sua inauguração, até recém contratados. Em relação à experiência todos os profissionais relataram trabalhar na área e alguns, previamente, em outros serviços de saúde mental como CAPSij de outros municípios e CAPS adulto.

A abordagem quantitativa ocorreu a partir da consulta aos prontuários de todos os usuários do serviço, com auxílio de um questionário pré-codificado, entre as variáveis investigadas estavam a prevalência e as características da violência infantil nos usuários do CAPSij estudado. Os dados quantitativos apontaram uma prevalência de 31,4%(n=110) de casos de violência infantil registrados.

Essa informação sinalizou para a necessidade de se buscar maior compreensão sobre esse fenômeno no contexto estudado, à medida que instigou questões sobre o modo com que os profissionais percebem essas situações de violência infantil e quais as relações que estabelecem com o cuidado em saúde mental realizado. Diante disso, houve um segundo momento da pesquisa, conduzido numa abordagem qualitativa, cujos resultados são trabalhados nesse artigo.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais que compunham a equipe no momento da coleta de dados, e que aceitaram participar da pesquisa, sendo excluídos estagiários ou profissionais transitórios, totalizando cinco participantes.

As entrevistas foram realizadas mediante um roteiro com questões que abordaram o contato do entrevistado com as situações de violência infantil no seu cotidiano, as formas de identificação e as relações que o profissional estabelecia com a saúde mental. As entrevistas foram individuais, gravadas em áudio e após transcritas e codificadas com a letra "P" de profissional, seguida pelo número da entrevista.

O material coletado foi analisado na perspectiva proposta por Minayo (2012), dividido em três momentos distintos: organização dos dados, classificação dos dados e análise final. Na organização dos dados, as entrevistas foram transcritas, fez-se a releitura do material empírico a fim de buscar homogeneidades e diferenciações por meio de comparações e contrastes. Na classificação dos dados foi feita uma leitura horizontal e exaustiva de cada uma das entrevistas, anotando-se as primeiras impressões que levaram à construção de algumas estruturas de relevância iniciais. Após, foi realizada a leitura transversal, a qual permitiu um processo de classificação a partir de fragmentos das entrevistas, sendo agrupados nas seguintes unidades temáticas que emergiram a partir das entrevistas: as percepções de como ocorre a violência infantil; e percepções sobre a interface entre violência infantil e saúde mental.

A análise final teve o objetivo de estabelecer uma conexão entre o material empírico e as discussões teóricas existentes sobre o tema. Isso permitiu que os fenômenos, profundamente enraizados na dinâmica da realidade estudada, fossem destacados e abordados de outra maneira, e não somente de forma simbólica, mas discutidos no campo da saúde e em suas relações com outros campos da ciência.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o Parecer n.1.780.474, de 19 de setembro de 2016.

4 RESULTADOS

Os profissionais do CAPSij identificaram a presença de usuários com contextos e histórico de violência infantil. A identificação dos casos provinha de registros nos prontuários, dos relatos de familiares e da própria criança, além dos serviços que encaminham a criança ou adolescente ao CAPSij.

Violência sexual é algo que aparece bastante, algumas chegam já com os relatos prontos dos familiares, ou das instituições; a própria criança acaba muitas vezes falando também (P1).

Eu conheço alguns casos de usuários que já estavam em tratamento e passaram a ser atendidos por mim depois que eu entrei. E que no prontuário havia relatos de violências anteriores (P2).

Por causa do grupo de família, onde houve um relato de uma avó, a respeito do pai que agride os filhos (P4).

Em relação às diversas formas de violência infantil, os profissionais do CAPSij as reconhecem, no entanto referem as violências física e sexual como os casos que mais impactaram suas trajetórias no serviço.

A mãe teve um namorado, e ela ia para a casa do namorado aos finais de semana e levava a menina; a mãe descobriu que na hora que ela ia tomar banho na casa desse namorado, ele acabava abusando da menina, e a menina por muito tempo não falou nada (P1).

Houve abuso sexual por algum parente muito próximo, o guri foi abusado porque ele queria jogar vídeo game [...] outro menino tinha apanhado do pai, tinha uma série de marcas bem grandes, por quase todas as costas (P5).

A menina entrou correndo, desesperada, tremia inteira, nervosa, chorando. Ela estava com a gengiva toda machucada, porque o pai adotivo resolveu ensinar ela a escovar os dentes, porque não estava fazendo uma escovação boa (P3).

Percebe-se que os profissionais do CAPSij também estão atentos a violência psicológica, que muitas vezes pode passar despercebida, mas que os efeitos acabam por repercutir na vida da criança ou adolescente.

Na agressividade psicológica, tem crianças que escutam que são incapazes, burras (...) a questão bem importante do bullying, adolescentes

que inclusive não querem mais comer porque são chamadas de gordas na escola pelos colegas (P1).

Quando se fala em violência, se pensa só na questão da violência física, ou na sexual, mas a população em geral não se dá conta dessa questão dos efeitos e dos danos que a violência verbal e a psicológica causam (P2).

Tu estás rotulando essa criança, cometendo bullying com ela, porque ela vai manifestar aquilo que estão dizendo que ela é (P4).

Identifica-se que o trabalho com os casos de violência infantil se configura em um desafio inclusive na identificação, de como acolher e atender. Entretanto, apontam o uso de tecnologias de cuidado, como a criação de vínculo e a escuta, em sua prática diária, para estabelecer uma aproximação com as crianças/adolescentes e casos.

Muitas crianças trazem as questões prontas, e têm necessidade de falar sobre o que aconteceu, outros durante o acompanhamento eles dão indícios (...) Outras vezes no decorrer do acompanhamento a gente acaba descobrindo e vai investigar com a família (P1).

O que dificulta muito é esse medo do relato, do sentimento de que não posso falar, porque senão vai piorar a situação, mas no momento que tu consegue estabelecer o vínculo facilita (P2).

Os profissionais reconhecem que o CAPSij integra a rede de serviços que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência, e percebem o importante papel nos fluxos estabelecidos na rede, assim como quando os casos de violência infantil são identificados pela própria equipe do CAPSij.

O Conselho Tutelar que encaminha essa criança, o familiar para acompanhamento no serviço especializado, fica o atendimento lá; se eles

percebem que está em risco, ou que tem sintomas psicóticos, que tem uma sintomatologia para CAPSi, que tem sofrimento psíquico grave, persistente aí encaminha (...) Quando o CAPSi é ciente do que aconteceu, o profissional, a coordenação tem que fazer a notificação para o Conselho Tutelar; até por questão de medida de proteção para essa criança (P1).

A gente tem o relato, a comprovação, a gente tem que encaminhar, tem que fazer os encaminhamentos necessários (P2).

A interface entre a violência infantil e o trabalho na atenção psicossocial infantojuvenil é percebida pelos profissionais, quando trazem o comportamento e a sintomatologia da criança/adolescente após a exposição à violência, como a primeira relação entre violência infantil e saúde mental.

O menino aquele que te citei, as questões psicóticas surgiram junto com a agressividade, após tentativa de violência sexual por parte do pai. A gente trabalha dentro do CAPSi, com questões de automutilação, de sofrimento de cortar o próprio corpo, de tentar sentir uma dor física tão forte que seja maior que a dor psicológica (P1).

Acho que ele apanhava muito do pai; tem aqueles dias que ele está mais quieto, com uma expressão mais estressada, aquele estresse contido, a gente sabe que alguma coisa está acontecendo (P3).

Estão diretamente relacionadas, saúde mental e violência (...) essa violência está espalhada em todos os seguimentos da vida, ela compromete, impacta de algum jeito (P5).

Os profissionais distinguem que o desenvolvimento de transtornos mentais possui fatores relacionados a genética, mas também aos contextos de vida que as crianças e os adolescentes se desenvolvem, situações de vulnerabilidade, como exposição à violência infantil.

Existe a questão do sintoma vir devido ao trauma, como esse menino que houve um abuso e a partir de então veio um sintoma psicótico, que pode se manifestar como forma de alucinação auditiva, visual, auditiva muitas vezes com voz de comando, que muitas vezes influencia a tentativa de suicídio, ou de agressividade a terceiros (P1).

Tudo depende do momento, do desenvolvimento, de como aconteceu a situação da violência. Tem consequências diferentes (...) aquela criança que já nasceu num ambiente de violência (P2).

Eu acho que a saúde mental e violência estão muito ligados. A maioria dessas crianças que apanham muito, isso vai sob pressão aflorar (um transtorno) muito mais cedo, de uma forma mais intensa (P3).

Aqueles quadros que são piores vão surgir a partir dessa violência; a gente pode desenvolver uma patologia ou não, que depende desse convívio, da família com o sujeito; tem uma carga patológica, mas que se desenvolveu porque o meio não foi favorável (P4).

Entre várias coisas que acontecem na vida deles, acontecem essas situações de violência também, que está muito associado às diversidades psicossociais (P5).

5 DISCUSSÃO

O trabalho com crianças e adolescentes vítimas de violência percorre desafios que se relacionam a como identificar, abordar e atuar nesses casos, pois para além do silêncio familiar que ocorre em razão do medo do agressor, muitas vezes, ainda falta confiança nos membros da equipe e o sentimento de vergonha diante da sociedade (SCHEK, SILVA, LACHARITÉ & BUENO, 2017).

O cuidado em saúde mental ganha materialidade na atitude dos profissionais em sua relação com os usuários assistidos. A criação de vínculo aparece como ferramenta na atenção em saúde — ao valorizar desejos, interesses e especificidades dos usuários.

O vínculo e a escuta como um facilitador no acompanhamento dessas crianças e famílias proporcionam a fidelidade entre profissionais e usuários. Quando mobilizados, os usuários são capazes de protagonizar o tratamento e transformar a si próprios. Da mesma forma, a escuta, quando qualificada, envolve perceber sentido nas lacunas do discurso, nos momentos de pausa e de silêncio, além da escuta ativa que possibilita a realização de análise que se reverta em cuidados direcionados a cada caso (LIMA, FELTRIN, RODRIGUES & BURIOLA, 2016).

Nas percepções sobre a identificação dos usuários vítimas de violência, nota-se que o CAPSij não se constitui uma referência para os casos de violência infantil. A identificação dessas situações passa pelo fluxo estabelecido com a atuação do conselho tutelar, que as encaminha para um serviço de atenção a crianças e adolescentes, referência para casos de violência infantil. Por vezes, o CAPSij somente é acionado em casos em que são identificados riscos ou quando a criança apresenta sintomatologia psiquiátrica.

Problematiza-se, dessa forma, o acompanhamento em saúde mental demandado mediante o encaminhamento dessas situações ao CAPSij por instâncias de proteção formais à criança. Percebe-se que essa dinâmica ainda nos remete à ótica de que a criança/adolescente precisa primeiro apresentar algum sintoma, característico de psicose ou psiquiátrico, para ser encaminhada/atendida. Em contrapartida, a política de saúde mental orienta que os CAPSij tenham a responsabilidade em atender, acompanhar e avaliar o risco da criança e adolescente de desenvolver transtorno mental, e realizar prevenção em saúde mental infantil.

Na saúde pública, a prevenção é determinada por ações antecipadas que têm como objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença, nesse caso não só o desenvolvimento de transtorno mental, mas também a diminuição do risco de seu desenvolvimento, os sinais e sintomas iniciais. Assim, aumentaria a probabilidade de intervenção precoce, diminuindo positivamente o risco de uma evolução crônica ou de sequelas residuais psíquicas graves (SOUZA, MATIAS, GOMES & PARENTE, 2007).

É possível observar que todos os tipos de violência exercida contra a criança e adolescente podem ser relacionados aos transtornos mentais (JONSON-REID, PATRICIA, KOHL & DRAKE, 2012; PERALES et al., 2013). No entanto, não há implicação direta entre ser exposto à violência e desenvolver um transtorno mental, isto é, a exposição é um fator que corrobora, mas não define o desenvolvimento do transtorno. Com isso, traz-se a importância de atentar para as repercussões dessa exposição ao longo da vida das crianças e adolescentes. O que se pretende com isso, é que devido à complexidade e à gravidade dos casos de violência, urge que sejam acionados os mecanismos institucionais competentes de forma rápida e eficiente, e que possa haver uma avaliação singular das necessidades e demandas de cada criança/adolescente.

O CAPSij não deve ter somente o papel de ser referência para os chamados casos graves, mas de estabelecer conexões e parcerias com os outros pontos de atenção e setores, entre os quais o conselho tutelar, a fim de apoiá-los no cuidado a essas crianças, à medida que o mero encaminhamento pode resultar no rompimento de vínculos estabelecidos ou de uma fragmentação no olhar, reproduzindo separações e dicotomias entre o que é considerado competência do campo da saúde mental e de outras instâncias — as ligadas à justiça, à assistência social, à educação, entre outras.

Em relação às violências física e sexual receberem destaque nos relatos no contexto psicossocial é justificado por estudos que mostram que esses tipos de violência são as que mais ocorrem mundialmente. Uma em cada quatro meninas entre 15 e 19 anos é vítima de alguma forma de violência física; em torno de 120 milhões de meninas já passaram por algum tipo de violência sexual (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2015).

Por outro lado, acredita-se que as violências física e sexual impactam os profissionais e têm mais significado para eles por estarem ligadas à saúde física da criança. A violência física, por exemplo, caracterizada pelo uso da força física de forma intencional, deixa marcas — escoriações, queimaduras, hematomas, contusões e fraturas — possíveis de serem observadas e facilmente questionadas pelas pessoas que convivem com a vítima.

A violência sexual pode afetar a criança de diferentes maneiras, desenvolvendo problemas emocionais, sociais e psiquiátricos; a violência sexual é considerada a forma mais grave de violência infantil (SPRÖBER et al. 2014; PERALES et al., 2013). Na prática, isso reforça a necessidade de os profissionais estarem atentos e prontos a agir caso identifiquem esse tipo de violência (GARBIN, DIAS, ROVIDA & GARBIN, 2015).

Diante disso, esforços são feitos na construção de estratégias e mecanismos para a identificação precoce e o combate à violência sexual infantil, e também fluxos de atendimento para esses casos, um exemplo é o Programa Sentinela, um programa federal de proteção social especial de média complexidade, e abrange 1104 dos 5565 Municípios brasileiros, com o objetivo de prestar atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência e tem seu funcionamento e continuidade a partir dos Centro de Referência em Assistência Social (FREITAG, 2010).

O Programa procura, através de uma equipe interdisciplinar preservar os vínculos familiares e comunitários de crianças e adolescentes que tiveram os seus direitos violados, rompendo o ciclo de violência vivenciado, assim como incentivar a sociedade a denunciar a violência infantil. Entretanto, um dos limites para os profissionais na implementação do programa é que esse ciclo de violência praticada contra crianças e adolescentes ainda é cultural e diretamente ligado às relações intrafamiliares e seus contextos de vida, em que adentrar essas realidades exige sensibilidade e persistência. Aponta-se também a necessidade de desmistificar o mito que a violência infantil aparece apenas nas classes menos favorecida (FREITAG, 2010).

Em relação a violência psicológica, o fato do *bullying* ser destacado pelos profissionais apresenta-se a preocupação com esse fenômeno. O aumento dos casos de *bullying* ocorridos em instituições escolares de todo o mundo preocupa professores, médicos, psicólogos e a sociedade em geral. Consequentemente, o interesse em estudos sobre o fenômeno *bullying* tem se manifestado com maior intensidade na última década nos espaços educacionais (MELLO et al., 2017).

O *bullying*, considerado uma violência psicológica, tem crescido muito entre o meio infantojuvenil. Inserida em uma das formas de praticar a violência psicológica, pode levar a criança a se sentir desvalorizada, ansiosa e a adoecer com facilidade. Em situações mais graves pode até levar ao suicídio. Torna-se importante sensibilizar não somente a rede de atenção à saúde, mas a sociedade como um todo, que a violência psicológica, quando ocorre na infância e adolescência, também é responsável por promover um sentimento de rejeição, capaz de prejudicar de forma relevante os processos de socialização e desenvolvimento psicológico (ABRANCHES & ASSIS, 2011).

Na relação entre violência infantil e saúde mental percebida pelos profissionais traz à discussão a importância de se considerar os contextos de vida das crianças e adolescentes, os serviços que atendem, familiares, vizinhos, escola, entre outros atores e instituições, no trabalho com a violência infantil.

Isso pode ser exemplificado pela observação da família, a pobreza, a dificuldade de acesso à saúde e à educação, e a exposição à violência, em que se têm o desafio de planejar e desenvolver ações que protejam a criança e minimizem os efeitos da violência sofrida. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de comprometimento dos profissionais a interromperem a perpetuação da violência, agregando à equipe multiprofissional o objetivo de detectar precocemente, analisar, e combater essas situações. A utilização do Estatuto da Criança e do adolescente como forma de confirmar e assegurar os direitos dessa população, assim como, um melhor conhecimento pelos profissionais de saúde sobre questões éticas, morais, emocionais e jurídicas implicadas na suspeição ou comprovação da violência infantojuvenil e no tratamento, acompanhamento e processamento de medidas legais (VALERA et al. 2015).

O ambiente em que a criança se desenvolve é a base para a sua formação, porém, a prática da violência, em meio a convivência caótica, pode culminar na banalização desses atos e na perpetuação das agressões no meio domiciliar. A intervenção nessas situações, também deve ser desenvolvida, considerando as mudanças na estrutura familiar que podem ocorrer após a identificação da violência.

Em alguns casos, essas mudanças podem ser geradas a partir da necessidade de medida protetiva à criança ou adolescente e a interrupção da situação de violência. Como por exemplo, no estudo de Ferreira, Côrtes e Gontijo (2019), 25% dos 98 casos, identificados como violência infantil, houve necessidade de afastar a criança da família por meio das medidas de transferência da guarda, 12,3% tutela a terceiros, 11,4% abrigo em entidade e 1% colocação em família substituta.

Nesse sentido, ao aprofundarmos sobre a importância da contextualização da violência infantil, é o fato de que, com frequência, o agressor é próximo da criança e esta precisa ser afastada do ambiente familiar. Isso pode fazer com que a vítima interprete essa ação como uma punição ou sinta-se culpada por estar provocando essa ruptura na estrutura familiar até então existente. A complexidade dessas situações exige um trabalho articulado entre diferentes profissionais e setores, pois, se isso não for devidamente trabalhado poderá perpetuar uma condição de vulnerabilidade a todos os envolvidos.

É importante a comunicação e à articulação entre os diferentes setores, entendendo que se trata de um fenômeno que pode acionar diferentes órgãos de defesa de direitos — escola, assistência social, entre outros. Nesse momento, aparece o CAPSij que, além do seu papel especializado em saúde mental, poderá promover espaços de aproximação entre todos os segmentos envolvidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu uma aproximação com uma temática extremamente complexa: a violência infantil a partir das percepções de trabalhadores de um CAPSij que se deparam, cotidianamente, com essa situação. Entender a forma com que a problematizam e o que pensam sobre as ações direcionadas ao seu enfrentamento trouxe à tona questões relevantes a partir de suas vivências. Uma delas refere-se à identificação da violência infantil, seus tipos, a observação do contexto social da criança e adolescente e as formas de abordagem profissional, bem como os impactos nos sentimentos dos profissionais.

Outra questão é a importância da dimensão mais afetiva, necessária no cuidado de crianças e adolescentes vítimas de violência, através da criação de vínculos positivos e escuta ativa. São situações que despertam uma série de tabus e, com frequência, aparecem após um longo tempo de silêncios e negações. Quando a criança ou a família consegue trazer à tona esse assunto, torna-se fundamental que os profissionais possam acolher e estejam atentos a uma série de sentimentos, medos e fantasias que vêm acompanhados nesse relato. Para isso é importante que o próprio profissional também lide com a contratransferência (os sentimentos despertados no profissional oriundos da interação com a situação/usuário) e que podem tanto ser fatores facilitadores ou obstáculos na construção do vínculo.

Destaca-se ainda a necessidade de se trabalhar mais com famílias como agentes influentes, seja no papel de agressor, seja pelo ambiente que oferta ao desenvolvimento infantojuvenil, mas também como auxílio na prevenção da violência infantil. Embora essas possibilidades de prevenção em saúde mental sejam extremamente importantes para as vítimas de violência infantil e para a comunidade como um todo, embora a prevenção em saúde mental seja historicamente prevista e garantida em Lei, tal questão não vem sendo posta em evidência na rede de serviços que prestam assistência à infância e adolescência. Aponta-se como limitações do estudo a necessidade de estudar essa temática a partir de outros contextos e atores nesse processo.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 843-854, May. 2011.

ASSIS, S.G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência e saúde coletiva*, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.

BEBBINGTON, P. et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *The British Journal of Psychiatry*, London, v.199, n.1, p. 29-37, Jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2010.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. *Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas / elaboração de Marcia Teresinha Moreschi* – Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 377p.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. *Ações de Proteção a Crianças e Adolescentes contra violências: levantamentos nas áreas de saúde, assistência social, turismo e direitos humanos/ elaboração de Joacy de Deus Pinheiro* – Documento eletrônico – Brasília: *Ministério dos Direitos Humanos*, 2018, 255 p.

FERREIRA, C. L.; CÔRTEZ, M. C. J. W.; GONTIJO, E. D. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.24, v.11, p. 3997-4008, 2019.

FREITAG, K. C. O perfil das crianças e adolescentes atendidos no Programa Sentinela: Compreendendo o fenômeno da violência. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, v. 13, n. 1, p. 119-35, Jul/Dez. 2010.

GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, Jun. 2015.

HADDAD, C.; BENITO, L. A. O. Violência infantil no Brasil de 2011 a 2014: perfil do suspeito. *Revista Ciência & Política*, Distrito Federal, v. 4, n.1, p. 118-131, 2016.
JONSON-REID, M. et al. Child and Adult Outcomes of Chronic Child Maltreatment. *Pediatrics*, St Louis, v.129, n.5, p. 839-45, May. 2012.

LIMA, G. Z. de et al. Percepção de acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado em saúde mental em domicílio: uma abordagem qualitativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 4255-68, Abr-Jun. 2016.

MATOS, M. B. et al. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.7, p. 2157-63, Jul. 2015.

MATTIOLI, O. C.; ARAÚJO, M.F. E RESENDE, V. R. *A produção da violência na família e nas relações de gênero: estudos e pesquisas*. Curitiba: Editora CRV, 2010.

MELLO, F. C. M. et al. A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2939-2948, Sept. 2017.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2014). Global status report on violence prevention. World Health Organization: *Library Cataloguing-in-Publication Data*. Retrieved February 22, 2018, From: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

PERALES, J. et al. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Spain: results from the ESEMeD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Barcelona, v.48, p. 371-84, Mar 2013.

SCHEK, G. et al. Organization of professional practices against intrafamily violence against children and adolescents in the institutional context. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 25, e2889, 2017.

SOUZA, A. J. F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.60, n.40, p. 391-5, Jul- Ago. 2007.

SPRÖBER, N. et al. Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: a retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany. *BMC Public Health*, London, v.14, n.1, p. 1-12, Mar. 2014.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children. ESocialSciences, 2015. Retrieved December 22, 2018, From: https://www.unicef.org/publications/index_74865.html

VALERA, I. M. A. et al. Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infantojuvenil. *Rev. Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v.17, n.3, p. 103-11, Jul-Sept. 2015