



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
Instituto de Psicologia  
Departamento de Psicologia Clínica  
II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - CESMAD

SAÚDE MENTAL  
FATORES DE RISCO PARA CRIANÇA E ADOLESCENTE

CLARICE DE SOUSA EUFRAZIO

Brasília

2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
Instituto de Psicologia  
Departamento de Psicologia Clínica  
Curso de Especialização em Psicologia

SAÚDE MENTAL  
FATORES DE RISCO PARA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Clarice de Sousa Eufrazio

Prof. Ileno Costa

Monografia apresentada ao Instituto de Psicologia – IP da Universidade de Brasília – UNB, com requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental, álcool e outras drogas.  
Orientador: Prof. Ileno costa.  
Co-Orientador (a): Prof. Vânia Gomes.

Brasília

2015

Eufrazio, Clarice de Sousa.

Saúde mental – fatores de risco para a criança e adolescente/ Clarice de Sousa Eufrazio – Brasília, 2015.

Monografia (especialização) – Universidade de Brasília, Departamento de Psicologia Clínica.

Orientador: Ileno Costa

Psicologia: Saúde Mental - Fatores de risco, Fatores de proteção, Atenção à criança e ao adolescente.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia  
na Universidade de Brasília

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília – UNB como requisito para obtenção do grau de Especialista em Saúde Mental, álcool e outras drogas.

Saúde Mental fatores de risco para a criança e adolescente

Clarice de Sousa Eufrazio

Aprovado por:

---

Professor orientador

---

Professor

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## DEDICATÓRIA

Aos meus pacientes no CAPS II e na minha Clínica – CBPS – Centro Brasileiro de Psicologia e Saúde.

## AGRADECIMENTO

Agradeço ao desafio de estar trabalhando em um CAPS II e por este motivo buscar a oportunidade de realizar esta especialização, para poder intervir neste contexto de saúde mental com conhecimento específico que me foi palestrado pelos ilustres professores que estiveram comigo nesta caminhada na pessoa do Professor Doutor Ileno Costa.

Agradeço e minha co-orientadora Vânia Gomes grande amiga que aceitou este desafio de ler e orientar sobre o tema, embora não seja sua área de formação seu desejo por conhecimento nos fez caminhar juntas.

A minha Diretora de Unidade Ana Cristina Kaiser Cabral, apaixonada por este espaço de atuação ampla que é a Saúde mental, que me direcionou e que é incansável e essa energia cativante que tem e divide com todos que estão a sua volta.

Ao meu amor Juverci que teve calma comigo, pois fiquei um tanto ausente na reta final desse projeto.

Aos meus pais pela formação que me proporcionaram e que estão felizes com esta nova conquista. Aos meus colegas de trabalho e de profissão que me acompanharam nesta caminhada.

A Deus todo Majestoso que me permite conhecer mais de sua obra prima o “*Ser humano*” e me permite ter conhecimento para intervir de forma promover saúde mental junto aos que sofrem de transtornos.

Obrigado!

## EPÍGRAFE

"A prova de que estou recuperando a saúde mental, é que estou cada minuto mais permissiva: eu me permito mais liberdade e mais experiências. E aceito o acaso. Anseio pelo que ainda não experimentei. Maior espaço psíquico. Estou felizmente mais doida."

Clarice Lispector

## RESUMO

**Objetivos:** Investigar, verificar a aplicabilidade do atendimento as crianças e adolescentes em fatores de riscos quanto à saúde mental, nos campos comportamentais, sociológicos e familiares. Descrever como são apresentados as intervenções e assistencial a essas crianças e adolescentes em fase a fatores de riscos. Especificar os comprometimentos que viabiliza o tratamento a ter um resultado positivo ou negativo, explanando criticamente a vista do processo político na saúde básica. Destacar a importância de se repensar os procedimentos quanto os métodos preventivos e protetores margeando aos fatores de riscos. A metodologia em questão será a de realizar revisão da literatura angariando subsídios para o estudo com objetivos de identificar esses fatores com intuito de buscar solucionar por meio de pesquisa e resultados o tema crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade mental ou genética.

**Palavras-chaves:** Fatores de risco, Fatores de proteção, Atenção à criança e adolescente.

### **Abstract**

**Objectives:** To investigate, verify the applicability of care children and adolescents in risk factors and mental health, the behavioral fields, sociological and family . Describe how the interventions and care to these children and adolescents undergoing the risk factors are presented. Specify the commitments that enable the treatment to have a positive or negative result, critically explaining the views of the political process in basic health. Highlight the importance of rethinking the procedures as preventive methods and protective bordering the risks factors. The methodology in question will be to review the medical literature raising subsidies for the study with objective to identify these factors with the aim of seeking remedy through research and results the subject children and adolescents in mental vulnerability or genetics.

**Keywords:** risk factors, protective factors, Attention to children and adolescents

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
2.1 Tipo de Pesquisa.....	14
<b>3- Embasamento teórico .....</b>	<b>15</b>
3.1 Reforma Psiquiátrica .....	15
3.2 Tipos de fatores de risco.....	19
3.3 Eventos traumáticos.....	20
3.4 Violência física e maus tratos .....	22
3.5 Bullying.....	24
3.6 Gravidez na adolescência.....	28
3.7 Tentativa de autoextermínio.....	31
3.8 Obesidade e autoimagem.....	34
3.9 Pais usuários de álcool.....	35
3.10 Aspectos socioeconômico.....	38
<b>4 – Fator de proteção.....</b>	<b>44</b>
<b>5 – Discursão /considerações finais.....</b>	<b>45</b>
<b>Referências.....</b>	<b>50</b>

## INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil, SUS, vem passando por muitas mudanças de acordo com o aspecto sociocultural, político e econômico levando ao caminhar do processo da saúde versar sobre várias dimensões e desafios.

Para entendermos a saúde mental devemos primeiro não dissociá-la da saúde geral, reconhecendo as demandas presentes nas queixas dos pacientes levando em conta a Atenção Básica cabendo aos profissionais os desafios e competências a essa prática, que é o de assistir os pacientes nessas condições dispondo de cuidados em sua prática diária, intervenções visando à singularidade e a visão de mundo do usuário no âmbito da Atenção Básica.

A Atenção Básica como se sabe é o princípio norteador primeiro de possibilitar o acesso das pessoas ao Sistema Único de Saúde, dentre elas os de saúde mental; em uma anamnese os profissionais podem adquirir informações dos pacientes, como seus vínculos, nos locais onde residem e suas histórias, fazendo assim uma espécie de mapeamento do ser em sociedade.

A princípio faz-se necessário relatar que os profissionais da área são unânimes em afirmar que existe uma influência dos fatores sociais, até porque os pacientes advêm de sociedade e que seus problemas geralmente psíquicos são gerados, iniciados e/ou desencadeados por convívio nessa comunidade, ou como podemos citar a vida cidadã.

Falaremos um pouco sobre a Reforma Psiquiátrica essa que defende a desinstitucionalização por meio da territorialidade, em uma rede ampliada de serviços da saúde ambulatoriais e comunitários promovendo a inclusão social e a cidadania. Essa mudança que é defendida pela saúde coletiva é para dar o princípio maior ao paciente a um modelo preventivista e complementar.

A Lei nº 10.216/02 que trata da Política Nacional Brasileira de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica, em tempos remotos todos que tinham em quaisquer nível um problema mental era conduzido, após diagnóstico médico, a uma instituição total onde eram internados por longo tempo e por vezes por toda vida, contudo essa reforma psiquiátrica propõe a criação de uma rede para substituir essa antiga forma ou modelo de tratamento como os hospitais, essa proposta ressalta a necessidades de inserir o paciente no meio familiar, comunitária e social.

Contudo os estudos realizados, por registros e estatísticas no que tange a crianças e adolescente se fazem falhos e ínfimos, são comuns os registros com pessoas

adultas, sabe-se que assim como na vida adulta essas patologias são advindas de meio genético ou ambientais.

Nas primeiras idas ao pediatra, que se fazem os primeiros contatos e intervenções, deve-se analisar o comportamento para que haja precocemente uma identificação de possíveis alterações.

Por tanto se faz necessário à busca por outros meios de atendimento a esses pacientes, tanto pelos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), com objetivo de cuidar das pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, regulamentada e integrada ao SUS.

Os Centros de Atenção Psicossociais têm potencialidades quanto à referência continuada, ambiente terapêutico, projeto terapêutico, sinergismo da equipe interdisciplinar, ações na comunidade e flexibilidade do modelo: projetos especiais. Causando um deslocamento de assistência se for o caso, tanto nos locais onde já o fazem com uma equipe coletiva em vários setores da saúde.

Por divulgação do Ministério da Saúde por volta de 10% a 20% crianças e adolescentes sofrem de algum tipo de distúrbio mental seja de qualquer origem, podemos citar alguns para simples conferência: Autismo, Síndrome de Rett, Asperger, Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtornos de Personalidade, Depressão, Esquizofrenia, Anorexia, Bulimia, Álcool e/ou drogas em geral.

Esses distúrbios podem ser de causa, cognitiva, emocional, afetiva, negligência, abuso físico ou psicológicos, famílias numerosas, pobreza, estresse fetal, uso abusivo de drogas lícita ou ilícita, prematuridade, bem como tantos outros problemas oriundos dos diagnósticos.

Crianças em estado de vulnerabilidade implicam em um conjunto de situações tanto individuais, coletivas e contextuais empobrecendo a proteção psíquica respondendo a situação em que se encontra somado ao estresse. A capacidade de o indivíduo lidar com os acontecimentos fica enfraquecida quando esses fatores são gerados em situações de riscos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) com o intuito de incluir a proteção integral a criança até 12 anos e adolescente com 12 anos completos a 18 anos incompletos têm a abordagem de proteção dos direitos fundamentais da pessoa em desenvolvimento e de procedimentos de proteção.

Segundo Rutter fator de proteção é quando a criança ou adolescente consegue adaptar-se e superar essas situações de risco, essas tem competências que as favorecem

a superar as adversidades.

Um olhar mais atencioso a propostas assistencial para que haja uma reabilitação uma autonomia dentro da sociedade, existe a necessidade de formação de grupos para essa assistência como grupos de convivência, artesanatos, caminhada ou atividade física em grupos proporcionando saúde mental e qualidade de vida.

Em uma abordagem hermenêutica crítica procurou-se identificar os tipos de fatores de riscos encontrados no que diz respeito à criança e adolescente ao tratarmos de saúde mental, pretende-se com esse trabalho acadêmico contribuir para essa discussão na qual possam a vir ser significativa nas transformações profissionais.

## 2. METODOLOGIA

O presente estudo tem como objetivo principal analisar os fatores que contribuem para reflexão dos fatores de riscos da criança e do adolescente em relação à saúde mental. A pesquisa caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa.

Neste estudo foi utilizado o método da abordagem qualitativa, que abrange a aquisição de dados descritivos em contato direto com a situação estudada.

Na pesquisa qualitativa a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória, etc. (GOLDENBERG, 1998, p.14).

A abordagem qualitativa enquanto ação de pesquisa não se apresenta como recomendações rigidamente estruturadas, mas que permite a imaginação, criatividade e que levem os pesquisadores a propor algo a mais a ser explorado.

As críticas a pesquisas realizadas como pesquisas qualitativas ha a possibilidade de generalização, subjetividades decorrentes da proximidade entre pesquisar e pesquisado, pois tem caráter descritivo e narrativo de seus resultados em relação à pesquisa propriamente dita bem como a análise da sociedade em questão.

Dessa forma o mais importante agora é o conhecimento visando explicar sobre o assunto dos fatores de riscos as crianças e adolescentes em relação à saúde mental.

Essa análise basear-se em Ricoeur que se apoia em uma teoria crítica e hermenêutica, destaque para a necessidade de superar a separação existente entre o compreender e o explicar, ou seja, análise dos fatos, pois a interrogação possibilita uma ação real, desencadeando inúmeras leituras aderindo fragmentos históricos para podermos criticamente analisar e viabilizar meios de interpretações que busquem um novo aprendizado e dessa forma serem colocadas em praticas.

Logo todo esse levantamento sintetizado em análises e resultados poderá construir uma forma narrativa que traga solucionar ações não apenas momentâneos, mas sanar ou minimizar a longo e médio prazo.

### **3. EMBASAMENTO TEÓRICO**

#### **3.1 Reforma Psiquiátrica**

A reforma Psiquiatria no Brasil, SUS, teve início do final dos anos 70, é movimento social dos trabalhadores em Saúde Mental, não como se levantou a questão que poderia ser por administradores, contudo esse movimento veio com um tema a ser discutido e ampliado levando a bandeira de uma sociedade sem manicômios, onde os pacientes deveriam e devem ser assistidos pelos familiares e inseridos na comunidade e não em instituição total ou similar. Sendo proibida a existência de celas fortes, camisas de força, eletro choques, resguardar a inviolabilidade da correspondência do paciente, e todos os procedimentos devem ser registrados.

Esse movimento trouxe o questionamento de substituir os hospitais Psiquiátricos, por volta de 1978-1991, por unidades que fizessem o atendimento integrado ao paciente e não mais por isolamentos e camisas de forças ou sendo esquecidos em ambiente hospitalar.

Esses profissionais da área de Saúde revelam que a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 é uma lei que como eles dizem ser uma “lei ineficiente”, ou seja, não vigora na realidade. Ainda em dificuldades para se tornar eficiente com serviços substitutivos, ou programas de volta para casa, hospital dia, centro de atenção psicossocial como os CAPS, alguns hospitais com serviços de urgências, em vários questionamentos o leito ou unidade psiquiátrica nos próprios hospitais para que pudessem assistir quando em crise o paciente.

Os Centros de Atenção Psicossocial entram como serviços substitutivos nesse novo modelo, de como devem ser tratados os pacientes com transtornos mentais, sendo assim os CAPS são de cinco tipos diferentes, cada um com uma clientela diferenciada adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e outras drogas a depender do contingente populacional a ser coberto (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento diurno ou 24 h.

- CAPS I para psicóticos e neuróticos, funciona em 02 turnos atendem entre (20.000 e 50.000 habitantes). São serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia; adultos, crianças, adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras

drogas.

- CAPS II para psicóticos e neuróticos, funciona 02 turnos, pode se estender até 03 turnos (mais de 50.000 habitantes). São serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia clientela adultas.
- CAPS III Urgência e emergência funcionam 24 horas (mais de 200.000 habitantes). CAPS infantil – para crianças e adolescentes com transtorno mental, funciona 2 turnos (mais de 200.000 habitantes). São serviços 24 h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta.
- CAPSi Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

A assistência prestada ao paciente no CAPS I e II inclui as seguintes atividades:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

- Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
  - Visitas e atendimentos domiciliares;
  - Atendimento à família;
  - Atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
  - Desenvolvimento de ações Inter setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
  - Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;
- CAPS ADi Atendimento para usuários de álcool e outras substâncias, funciona 2 turnos (mais de 200.000 habitantes) são serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia

Os CAPS são compostos por equipes de atenção básica multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. Quanto à estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular.

Questionou-se também a criação de “residência terapêutica” um local para se viver, residências localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. Número de usuários: 01 indivíduo até no máximo 08 pessoas.

Essas residências devem ser de dois tipos SRT I com objetivo de inserir os moradores dessa casa na rede social, trabalho, lazer, educação assistidos pelos A. C. de S., assistente social e o outro tipo é o SRT II nesse caso são pessoas mais carentes e necessitam de cuidados intensivos deve ser monitorado por técnicos diariamente e mesmo a noite pelo pessoal de apoio.

Os profissionais são orientados a auxiliar na aquisição de autonomia dos

moradores referentes a namoro, disputa de espaço, barulhos tudo aquilo que envolve a vivência social para que haja dentre eles o respeito à individualidade e ação em conjunto, dessa forma algumas atividades são realizadas como tarefas domésticas, uma vez que vivem em uma casa, a saber, se organizar dentro do espaço com outras pessoas e até mesmo suas finanças.

O programa de volta para casa tem como objetivo inserir ao meio social, também assegurar seus direitos civis, políticos e de cidadão, porém nessa situação o paciente recebe ou representante legal um valor de um salário-mínimo por um período de um ou dois anos criando assim condições de que aquela pessoa possa viver em sociedade.

O hospital dia funciona das 8 h as 17 h, na qual citamos acima vem com uma proposta de atividades organizacionais, incentivando a criatividade e produtividade, grupos e oficinas terapêuticos, contudo o tempo máximo nesse hospital é de 45 dias.

Os serviços de emergências gerais têm como objetivo evitar internação e permitir que o paciente volte ao convívio social, pois esse serviço funciona 24 h em leitos para esse atendimento por até 72 h com multiprofissionais. Porém esses leitos em hospital geral, as vagas não ultrapassa 10% da capacidade, ou referenciam para a unidade psiquiátrica somente quando a internação se faz realmente necessária, ou seja, quando não existe outro meio de atendimento. Os pacientes são beneficiados com atividades em grupo, familiar para que possam ter alta o mais breve possível. Toda esta estrutura foi organizada em relação à saúde mental do adulto.

Em relação a crianças e adolescentes existem hoje ações em direção à implantação de uma política específica, integrada à política geral de saúde mental do SUS. A principal finalidade desta política é a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades dessa faixa etária. Duas ações principais estão em curso nos últimos anos: a implantação pelo SUS de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi); a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência: saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos, com vistas à integralidade do cuidado.

### **3.2 - Tipos de fatores de risco.**

Em relação aos fatores de risco para problemas de saúde mental a que as

crianças e adolescentes estão expostos podemos agrupá-los em fatores biológicos que estão relacionados a anormalidades do sistema nervoso central, ou seja, SNC, causadas por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas. Em fatores genéticos, ou seja, próprios da formação uterina, DNA, relacionados à história familiar de depressão, esquizofrenia, por exemplo.

Fatores psicossociais, relacionados a disfunções na vida familiar, discórdia conjugal, psicopatologia materna, criminalidade paterna, falta de laços afetivos entre pais e filhos.

Também são reconhecidos como fatores de riscos as crianças e adolescentes eventos estressantes geralmente no meio familiar, relacionados à morte ou à separação dos pais, maus-tratos e abuso físico e sexual podendo estes últimos ser em ambos ocorrerem fora do ambiente familiar.

São avaliados também fatores ambientais quanto a comunidades desorganizadas (BORDIN; PAULA, 2007; UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1999). O nível socioeconômico baixo pode estar associado a problemas de saúde mental. A combinação de baixa renda, analfabetismo, desemprego, más condições de moradia e acesso limitado à saúde e à educação aumentam esse risco (BENVEGNI et al., 2005; PAULA, 2007; FLEITLICH; GOODMAN, 2001; PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007; VITOLO et al., 2005). Os autores salientam que a pobreza parece estar associada a inúmeras condições adversas e à maior exposição a fatores de estresse.

As políticas públicas devem se direcionar em sanar ou amenizar esses fatores na infância e na adolescência. Vejamos agora alguns fatores de risco descritos em literatura bem como algumas intervenções e resultados, a fim de que ainda se discuta estratégias de prevenção nas políticas públicas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência mundial dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais e comportamentais na infância e adolescência é de 10% a 20%.

Ao nos referirmos a traumas ou eventos traumáticos vemos um número espantoso de traumas em crianças e adolescentes nessa idade o que seria mais comum era que esse grupo estivesse passando pela fase de contos de fadas ou vivendo apenas e tão somente como crianças próprias de suas idades o que seria inerente esse público, porém esse mesmo público é caso de estudos por efeitos de convivências vem desenvolvendo patologias que antes era dos adultos, ou pela vida de cidade grande, ou

por quaisquer que fossem o motivo.

Os principais fatores de risco descritos na literatura são próprios dos indivíduos, pois algumas crianças e adolescentes tendem a desenvolver problemas comportamentais, psicológicos e neurobiológicos em resposta aos traumas vividos. Contudo em algumas pesquisas há registro que algumas pessoas possam reagir de forma até positivamente mesmo em situações de estresse.

### **3.3 - Eventos traumáticos.**

Atualmente existe interesse em se pesquisar sobre o impacto de eventos traumáticos em crianças e adolescentes desenvolvidos por meio da convivência em ambientes violentos sendo de todo e quaisquer tipos, podem desenvolver severas sequelas emocionais, após ser exposto a experiências traumáticas, incluindo maus-tratos, abuso sexual, guerra, acidentes de carro, desastres naturais ou sérias condições médicas, o quadro psicopatológico mais frequente na população infanto-juvenil está associado à exposição a eventos traumáticos.

A sintomatologia de crianças e adolescentes traumatizados são respostas emocionais fortes frente a situações de estresse geram transtorno de ansiedade, evidenciado após a pessoa vivenciar eventos traumáticos reagindo com medo intenso. A presença de três sintomas: re-experiência intrusiva, evitação, entorpecimento e excitabilidade fisiológica aumentada. Os sintomas devem estar interferindo em diferentes áreas do desenvolvimento e provocando prejuízos no funcionamento cognitivo, emocional, social e acadêmico das crianças (DSM - IV, APA, 2002 in Borges 2010).

A prevalência dos sintomas é oriunda de vítimas expostas a diferentes tipos de eventos traumáticos, embora poucos estudos sejam oriundos de dados populacionais, no Brasil, recentemente, apontou uma prevalência de 6,5% destes sintomas em estudantes, de seis a treze anos, no Rio de Janeiro (Ximenes e colaboradores in Borges 2010).

Outras pesquisas indicam que em torno de 70% das crianças que vivem em lugares que estão em guerra, apresentam comorbidades com outros sintomas de ansiedade, bem como dificuldade de concentração e evitação de lembranças são mais frequentes nestas crianças e depressão foi vista no estudo. Crianças que são expostas a

diversos eventos estressores, apresentaram superposição de traumas aumenta o risco para o desenvolvimento do quadro.

Em vítimas de maus-tratos a ocorrência deste quadro foi associada a uma elevada taxa de comorbidade psiquiátrica, sendo eles mais frequente entre meninas, jovens com história familiar de uso e abuso de álcool e um longo período de exposição aos maus-tratos. Especificamente, em casos de crianças vítimas de abuso sexual, em dois estudos clínicos, realizados no Brasil, encontraram em torno de 70% do diagnóstico de TEPT entre as vítimas (Borges, 2010).

Há uma elevada presença de comorbidade psiquiátrica nos casos de TEPT infantil, incluindo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno de Conduta, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtornos de Humor, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Pânico e Esquizofrenia (Ackerman & cols., 1998; Famularo & cols., 1996; Perrin & cols., 2000). A presença de comorbidades pode cronificar um resultado negativo ao desenvolvimento infantil no pós-trauma (Borges 2010).

Este estudo teórico buscou descrever algumas características da manifestação do TEPT na população infanto-juvenil, indicando dados de prevalência, modelos diagnósticos e os principais instrumentos utilizados na avaliação clínica. Em relação à prevalência, os estudos revisados indicaram que há uma discrepância entre a prevalência estimada da população geral infanto-juvenil nos Estados Unidos (0,4% a 2,2%) e no Brasil (6,5%) e a entre grupos de crianças e adolescentes vítimas de diferentes eventos traumáticos (Borges, 2010)

Existe variabilidade de sintomas apresentados por crianças e adolescentes, principalmente por crianças pequenas, é importante estar atento à presença de comorbidade psiquiátrica nos casos de TEPT infantil, uma vez que a literatura tem apontado alta prevalência de comorbidade em vítimas de situações traumáticas na infância (Famularo & cols., 1996; Perrin & cols., 2000). Importante reduzir o tempo entre a ocorrência do evento traumático e o atendimento psicológico inicial, com o objetivo de minimizar os efeitos do trauma e a cronificação dos sintomas de estresse infantil, podem ser considerados válidos na busca de um melhor ajustamento emocional da criança e do adolescente (Borges, 2010).

### 3.4 - Violência física e maus tratos.

A discussão sobre violência e repercussões dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vem ocorrendo de forma fragmentada. As pesquisas sobre violência contra crianças e adolescentes privilegiam mais as causas do problema e suas consequências físicas, embora estudos atuais apontem para a existência de problemas emocionais associados a vivências de violências, especialmente as cometidas no âmbito familiar.

Investigações mais recentes de saúde mental infanto-juvenil começam a valorizar algumas formas de violências como potenciais fatores de risco (Assis *et al*, 2009).

Esse fenômeno que engloba todas as formas de maus tratos físicos e emocionais, abuso sexual, descuido ou negligência, exploração comercial ou de outro tipo, que originem um dano real ou potencial para a saúde da criança, sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. Essa população, em pleno crescimento e desenvolvimento, é muito vulnerável às situações de violência que ocorrem na família, na escola e na comunidade em que vivem, e depende da proteção dos adultos, das instituições e das políticas públicas.

A violência familiar engloba maus-tratos e abusos que ocorrem no contexto, nas inter-relações e se estabelecem como forma de comunicação familiar. Estudos diversos apontam haver mais desordens psiquiátricas entre crianças e adolescentes que testemunham violência entre pais e que são educados através de dura disciplina que inclui atos como bater com cintos, gritos excessivos das mães, castigo físico (surra), espancamento ou punição severa dentre outras reações inadequadas têm o dobro da chance de apresentar problemas de saúde mental do que os não expostos a estas práticas e verificaram que bater em crianças com cinto, em si, esteve associado ao transtorno de conduta e de saúde mental (Benvegnú in Ramires et.al. 2009).

A violência escolar inclui agressões presentes na escola e cometidas por funcionários, professores contra os alunos e destes entre si.

A violência comunitária ocorre no ambiente dos bairros, próximo às moradias e também inclui as violências que ocorrem na escola. No dia-a-dia de vida das crianças e

adolescentes, essas formas de violência não ocorrem de forma isolada. Está comumente correlacionada, tanto simultaneamente quanto ao longo do desenvolvimento, o que requer uma rede de proteção ainda mais fortalecida, a fim de minimizar possíveis efeitos atuais e futuros (Assis SG. *et. al.* 2009).

No Brasil, também é expressiva a violência que afeta a vida de crianças e adolescentes a violência está muito presente no cotidiano de crianças e adolescentes, sendo um pouco mais conhecida a extensão da violência física dos pais contra os filhos do que a cometida por pessoas desconhecidas e a que ocorre fora dos lares. A vivência de graves situações violentas em casa, na escola e na comunidade pode gerar um sentimento de desesperança e insegurança muito grande, impactando a vida e a saúde das pessoas.

Nas crianças e adolescentes, o conhecimento das consequências da violência em sua saúde é ainda muito incipiente, mas pode estar relacionado ao absenteísmo e abandono da escola, ao baixo rendimento na aprendizagem, à ideação suicida e mesmo a comportamentos violentos.

É importante destacar que, para a criança e o adolescente, tanto o testemunho quanto a real vitimização de situações violentas podem afetar sua emoção e afeto, seu comportamento e a percepção do mundo que vive, podendo abalar alicerces básicos para o desenvolvimento mais saudável, com repercussões prováveis até na vida adulta.

Todavia, a intensidade e o histórico de vitimizações, o tipo de relação existente entre o agressor e a criança ou o adolescente, o contexto no qual a situação violenta ocorre, o entorno protetor de vida desses jovens, bem como as características individuais deles e dos cuidadores são fatores que conformam o prejuízo da violência sobre sua saúde física e mental.

Existem grupos diagnósticos na psiquiatria infantil, as desordens emocionais (problemas internalizantes), a exemplo da depressão, ansiedade, desordens obsessivas compulsivas e somatização, em que os sinais estão especialmente interiorizados nos indivíduos e desordens de comportamento disruptivo, (problemas externalizantes), tais como conduta desafiadora excessiva e transtornos de conduta agressividade a pessoas e animais e comportamento transgressor, em que as condutas estão mais dirigidas para o outro; associações entre problemas de comportamento e variáveis do ambiente familiar têm sido consistentemente verificadas.

A quantidade ou qualidade de eventos de vidas negativos provenientes da família vem sendo apontada como particularmente prejudicial ao desenvolvimento infantil,

sendo fator predisponente a problemas de comportamento (Assis SG. *et. al.* 2009).

Esses problemas se agudizam quando há outros fatores de risco, como o fato de ser menino, haver problemas de saúde mental dos pais e vivência de condições socioeconômicas desfavoráveis. Bem como verificaram que a falta de monitoria positiva aliada a práticas educativas negativas, como negligências, punição inconsistente, abuso físico, são preditoras de problemas de comportamento (Assis SG. *et. al.* 2009).

Adolescentes expostos à violência familiar mostraram-se três vezes mais propensos a apresentar problemas do que os expostos à violência urbana, indicando a importância das relações familiares para uma boa condição de saúde mental.

Em nível de mundo é comum que as necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes ainda não sejam contempladas, mesmo em países de elevada renda. Devido ao estigma associado com a desordem mental e o pequeno número de profissionais treinados, existe necessidade urgente de se desenvolverem intervenções eficazes voltadas para a prevenção ou para o tratamento precoce, na atenção básica em saúde por profissionais de saúde não especialistas.

No caso do Brasil, os cuidados com a saúde mental de crianças e adolescentes nunca foi tomado como prioridade. Tentamos, ainda timidamente, atender aos casos mais graves de transtornos comportamentais, deixando de perceber e atuar frente aos problemas emocionais e comportamentais com várias outras situações que começaram a se impor, como é o caso de cuidados com crianças e adolescentes envolvidos em situação de risco ou vulnerabilidade social, como tráfico, prostituição, abuso de álcool, drogas e violências.

### **3.5 – Bullying.**

A agressividade entre jovens, no contexto das escolas, se constituiu num problema central de discussão e mobilização da mídia, das autoridades e dos pesquisadores de diversas culturas (Lisboa, 2009). Casos de violência nas escolas existem quase um consenso de que a percepção e sensação da comunidade em geral e da escola, em específico, é de um aumento de violência e *bullying* em escolas, assim como uma significativa elevação da gravidade desses processos. É necessário afirmar que a ausência de dados ou atenção pública anterior não permite concluir se é um fenômeno contemporâneo e novo ou se ele sempre existiu. Entretanto, pesquisas e iniciativas de

intervenção e prevenção do *bullying* e violência na escola podem ser consideradas recentes (Lisboa, 2009).

*Bullying* é, portanto, o fenômeno pelo qual uma criança ou um adolescente é sistematicamente exposta (o) a um conjunto de atos agressivos (diretos ou indiretos), que ocorrem sem motivação aparente, mas de forma intencional, protagonizados por um(a) ou mais agressor(es). Essa interação grupal é caracterizada por desequilíbrio de poder e ausência de reciprocidade; nela, a vítima possui pouco ou quase nenhum recurso para evitar a e/ou defender-se da agressão (Lisboa, 2009). O que basicamente distingue esse processo de outras formas de agressão é o caráter *repetitivo* e *sistemático* e a intencionalidade de causar dano ou prejudicar alguém que normalmente é percebido como mais frágil e que dificilmente consegue se defender ou reverter a situação (Lisboa, 2009).

Mesmo que o *bullying* tenha despertado interesse de estudo há mais de trinta anos, o processo vem realmente atraindo atenção nas duas últimas décadas, a partir de estudos que evidenciam sua prevalência e, principalmente, os riscos para o desenvolvimento pessoal e social de jovens e instituições escolares como um todo. Os resultados do Relatório Internacional da Saúde Mundial referem que o *bullying* é um problema mundial que afeta cerca de um terço de crianças por mês. Para cerca de 11% de crianças, este tipo de abuso, praticado pelos seus companheiros, é severo (várias vezes por mês).

O *bullying* é um fator de risco para a violência institucional e social, bem como para comportamentos antissociais individuais (Lisboa, 2009) e pode significar uma forma de afirmação de poder interpessoal por meio da agressão. Não pode ser confundido com brincadeiras de crianças, nem admitido como uma situação corriqueira e natural. A diferença, para observadores externos ao grupo de pares, entre o *bullying* e as brincadeiras de crianças, às vezes, é muito tênue; pode ser sutil ou imperceptível, mas não menos grave. No entanto, quando há sofrimento, de qualquer um dos envolvidos, não é mais uma brincadeira entre amigos. É necessário, portanto, que os professores e demais profissionais vinculados à instituição escola estejam atentos à situação e busquem a interrupção desse processo.

O *bullying* é definido como um subtipo de comportamento agressivo que gera atos violentos e, na maioria das vezes, ocorre dentro das escolas (Lisboa, 2009). O comportamento agressivo emerge na interação social e pode ser definido como todo o comportamento que visa a causar danos ou prejudicar alguém. O comportamento

agressivo e o *bullying* são compreendidos como um processo decorrente da interação entre a pessoa e o seu ambiente físico, social e cultural.

O processo de *bullying*, entendido como uma subcategoria do conceito de violência, pode se manifestar de diferentes formas. Comportamentos físicos agressivos ou violentos como chutar, empurrar, bater, entre outros; manifestações verbais como gozações e atribuição de apelidos pejorativos a determinadas crianças ou adolescentes podem constituir o processo de *bullying*.

O *bullying* pode ser denominado relacional, quando a agressividade se manifesta a partir de ameaças, acusações injustas e indiretas, roubo de dinheiro e pertences, difamações sutis, degradação de imagem social que podem resultar na discriminação ou exclusão de um ou mais jovens do grupo (Lisboa, 2009).

De forma não excludente, as atitudes que constituem um processo de *bullying* também podem ser divididas em diretas e indiretas. Consideram-se *bullying* direto as agressões físicas e as verbais, antes exemplificadas. Já o *bullying* indireto envolve uma forma mais sutil de vitimização, pois englobam atitudes como indiferença, isolamento, exclusão, difamação, provocações relacionadas a uma deficiência, também de uma forma racista e sexual - que, em geral, pode ser muito doloroso para a vítima, afetando-a indiretamente. O *bullying* considerado indireto, embora não seja um sinônimo, sobrepõe-se ao conceito de *bullying* e agressividade relacional. Existem estudos que revelam uma associação entre os meninos e o *bullying* do tipo direto, enquanto as meninas denotam maior propensão a assumir atitudes de *bullying* indireto. Em um estudo realizado por Lisboa (2009), observou-se que as meninas empregam mais agressões verbais para lidar com um problema com seus colegas, enquanto os meninos usam preponderantemente agressões físicas.

As crianças vítimas de *bullying* podem ser passivas, ou seja, isoladas (excluídas), introvertidas e/ou inibidas; apresentam uma percepção negativa de si mesmas e da situação em si, pois não conseguem vislumbrar alternativas para mudar a situação. Também podem ser provocativas, ao apresentar comportamento agressivo e/ou ansioso, que pode irritar ou provocar tensão no contexto grupal em que estão inseridas. Geram, por consequência, a exclusão do grupo de pares (Lisboa, 2009). Alguns das vítimas estão mais propensas a apresentarem problemas comportamentais e afetivos como depressão, ansiedade e suicídio. Crianças mais novas apresentam maior probabilidade de sofrer vitimização e de atuar como agressor em processos de *bullying*. À medida que as crianças crescem e com a entrada na adolescência, isto é, quanto mais

desenvolvidas física e emocionalmente se tornam, menos chances esses jovens terão de sofrer vitimização por parte de seus pares (Lisboa, 2009).

A aceitação pelos pares é fundamental para o desenvolvimento social saudável de crianças, no entanto, a agressividade de uma criança pode ser percebida pelos outros colegas como um fator de distanciamento, o que dificulta a criação de laços de amizade. Quanto mais agressiva a criança for, menor será sua aceitação social pelo grupo de pares (Lisboa, 2009).

Esse dado pode ser mais facilmente encontrado nos primeiros anos escolares, nos quais crianças agressivas não são aceitas pelo grupo, o que as torna pouco populares. Entretanto, esses dados podem ser contraditórios, pois alguns estudos confirmam que, na adolescência, o comportamento agressivo entre meninos pode estar ligado à competência e à popularidade (Lisboa, 2009) e a agressividade pode ser vista pelos outros alunos como um atrativo, em vista de que os agressores, muitas vezes, são populares entre os demais colegas e possuem uma opinião positiva sobre o seu comportamento agressivo. De igual modo, os agressores podem ser crianças mais hábeis em manipular os demais, o que lhes facilita a formação de grupos de seguidores (gang) e estimula agressões contra outros colegas. Essa habilidade até pode ser utilizada com o fim de evitar identificação e punição por parte dos seus professores e pais (Lisboa, 2009).

Dentre as causas ou motivações para o *bullying*, é possível apontar alguns motivos que podem levar uma ou mais crianças a serem excluídas de seu grupo de pares. Um dos motivos para que isso ocorra pode estar relacionado à própria dinâmica do grupo. A dinâmica do grupo de pares possui um conjunto de normas e regras preestabelecidas, que não são ditas nem escritas, mas que são consenso no grupo como um todo. Essas regras dizem respeito a atitudes, comportamentos, aspectos físicos (vestuário, estatura, peso, cor, cor da pele, etnia), dentre outros.

Existe uma exigência de homogeneidade que é instituída, a priori, entre os membros de um grupo. Esses grupos são exclusivos e impermeáveis para com outros que possam descaracterizar a estrutura grupal. Dessa forma, jovens que possuem características e comportamentos semelhantes tendem a se associar e a formar pequenos grupos. O grupo de pares possibilita um clima de que favorece ou desfavorece características particulares dos indivíduos e pode fazer com que uma criança seja mais ou menos popular. Assim, aumenta ou diminui as oportunidades de essa criança fazer amigos e adaptar-se aos contextos sociais de forma saudável. A influência dos amigos

nas relações de amizade influenciam o desenvolvimento social das crianças e do adolescente nas habilidades em solucionar os problemas, nos comportamentos, temperamentos, cognições, na autoafirmação, na autoestima amenizando os fatores estressores

### **3.6 - Gravidez na adolescência**

A adolescência é uma fase de grandes mudanças físicas e psicológicas e caracteriza, principalmente nas culturas ocidentais, a passagem da infância para a vida adulta. A maturação sexual é acompanhada por reações emocionais mistas (ansiedade, temor, excitação, prazer) e mudanças frequentes de humor, alternando-se desânimo e entusiasmo. Estando eles iniciando relacionamentos sexuais e estabelecendo relações afetivas gradativamente mais profundas e duradouras, para futuramente iniciar um novo núcleo familiar.

Sendo assim a atividade sexual na adolescência pode cumprir papéis diversos como: aliviar angústia, meio de obter uma aceitação perante o(a) parceiro(a) ou grupo, forma de suprir carências de afeto, instrumento para conseguir autoafirmação, maneira de manifestar inconformismo e rebeldia e tentativa de alcançar um maior grau de independência.

Nesse contexto do exercício da sexualidade, a gravidez na adolescência, planejada ou não, torna-se importante e tem merecido atenção especial na saúde mental das adolescentes grávidas por parte da comunidade científica, estimulando pesquisas que possam colaborar para a melhor assistência aos jovens. Alguns estudos sugerem que mães adolescentes estão mais sujeitas a apresentar problemas de saúde mental do que mães adultas. Da mesma forma, adolescentes de ambos os sexos com problemas de saúde mental estão mais sujeitos à maternidade e paternidade na adolescência que os adolescentes sem problemas.

No Reino Unido, uma coorte de 1.116 mães que deram à luz em 1994/1995, foi acompanhada por cinco anos, verificando-se maiores taxas de problemas de saúde mental tanto nas mães como nas crianças do grupo das mães adolescentes, em relação às mães mais velhas.

Quanto ao perfil de saúde mental das adolescentes grávidas, vários estudos

sugerem que a delinquência juvenil está relacionada à gravidez precoce. Hope *et al* conduziram um estudo com a finalidade de examinar a relação entre gravidez na adolescência, tipo de decisão da gravidez e delinquência juvenil.

As autoras descrevem sobre a amostra do *National Longitudinal Study of Adolescent Health* e verificaram que as adolescentes que engravidaram apresentavam maior escore para delinquência juvenil do que as que não engravidaram, porém quando se avaliou paralelamente cada uma das formas de resolução da gravidez, percebeu-se que esta diferença ocorria em função das jovens que decidiam pelo aborto ou entregavam seus filhos para adoção (Caputo e Bordin, 2007).

As adolescentes que resolveram levar até o final sua gestação e assumir a maternidade apresentaram escores de delinquência iguais aos das que não engravidaram. Considera-se que esta população tem semelhança com a do presente estudo no que se refere à opção pela maternidade, independente das diferenças socioeconômicas e culturais.

No presente estudo, também não foi encontrada diferença significativa entre os dois grupos quanto à violação de regras, comportamento agressivo e comportamentos do tipo externalização, ou seja, com desordens de comportamento disruptivo, tais como conduta desafiadora excessiva e transtornos de conduta- agressividade a pessoas e animais e comportamento transgressor, em que as condutas estão mais dirigidas para o outro (Caputo e Bordin, 2007).

Cassorla in Bordin (2007) ao realizar em Campinas um estudo clínico epidemiológico do tipo caso controle, incluindo 50 casos de tentativa de suicídio em jovens entre 12 e 27 anos, observou que um terço dessas havia estado grávidas. Sugere que a gravidez seria apenas um evento em uma carreira de vários outros eventos interligados que levariam uma jovem a tentar o suicídio, ou seja, a gravidez na adolescência associa-se a um risco suicida elevado, tanto durante a gestação, quanto no pós-parto, paralelamente a uma maior incidência de depressão e a uma percepção negativada rede de apoio social.

Além disso, são frequentes os registros de abusos físico e sexual nessa população, o que se associa com a presença de ideação suicida, com tentativas de suicídio e com sintomatologia depressiva crônica no primeiro ano após o parto (Caputo e Bordin, 2007).

Em outro estudo Freitas e Bodega (2002) que teve os objetivos de determinar a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas, nos três trimestres da gestação; e de verificar possíveis associações entre ideação suicida e depressão, ansiedade, história de abuso sexual, de agressão física, de tentativa de suicídio anterior, intenção de engravidar, período gestacional, situação conjugal e apoio social.

A separação dos pais aconteceu na família de 50% das adolescentes, sendo que em 64,4% ocorreu antes que as adolescentes tivessem 11 anos. Em 10,2% dos casos, os pais nunca moraram juntos. A idade da mãe das adolescentes pesquisadas, em sua primeira gestação, teve como média 18,8 anos e mediana de 19 anos.

O abuso físico foi relatado por (41,6%) adolescentes, tendo sido perpetrado, na maioria das vezes, pelos genitores (pai, mãe, irmãos, avós:). Dezenove (15,8%) adolescentes foram vítimas de abuso sexual (agressores: pai, padrasto, tio, avô, conhecidos, desconhecidos). A idade na menarca teve como média= 12,2 anos e a idade na primeira relação sexual teve média = 14,6 anos.

Das 120 adolescentes (45,8%) tinham intenção de engravidar. A tentativa de aborto na gravidez atual foi relatada por (7,5%) adolescentes, e (8,3%) delas relataram história de aborto anterior. Sessenta adolescentes (50%) atingiram na escala nível para suspeição de “caso” de morbidade psiquiátrica não psicótica.

Não houve diferença estatística nas prevalências de ansiedade, depressão e ideação suicida nos três trimestres gestacionais. Doze adolescentes (10%) tinham ansiedade e depressão concomitantemente.

À época deste estudo, (16,7%) adolescentes relataram ideação suicida, (40%) também apresentavam ansiedade e depressão, (25%) apresentavam apenas depressão, (10%) apresentavam apenas ansiedade. Cinco já haviam tentado suicídio anteriormente. Apenas (25%) dessas 20 adolescentes não foram consideradas “casos” de ansiedade ou de depressão. Os resultados dos testes de associação entre ideação suicida do total de participantes (13,3%) haviam tentado o suicídio anteriormente (dois no primeiro trimestre da atual gestação). Foram encaminhadas para um serviço de saúde mental 32 adolescentes (27%). No entanto, apenas oito delas (25%) compareceram à consulta marcada.

Quase a metade das adolescentes do estudo (45,83%) queriam engravidar,

também demonstraram que, dentre as adolescentes que desejavam ter o filho, estão casadas ou em união consensual, a maioria demonstra estar feliz, cumprindo o seu papel social e, muito provavelmente, realizando um desejo, consciente ou inconsciente, de ser mãe

Embora se considere a ansiedade como um sintoma comum a toda gravidez, não se encontrou ansiedade em todas as adolescentes grávidas. As prevalências de sintomas depressivos (20,8%), assim como de ansiedade (23,3%), não apresentou diferenças estatísticas entre os grupos dos três trimestres gestacionais.

Considerando os resultados apresentados na pesquisa, pode-se concluir que a depressão, ansiedade e ideação suicida apresentaram-se aproximadamente iguais nos diferentes trimestres gestacionais (Depressão: média = 20,8. Ansiedade: média = 23,3. Ideação suicida: média = 16,7). A ideação suicida associou-se estatisticamente com a presença de depressão, ansiedade, pouco apoio social e estado civil solteira.

Pode-se definir que as adolescentes grávidas apresentaram-se como um grupo heterogêneo: havia as que estavam felizes com sua condição, dizendo que tinham feito de tudo para estarem grávidas.

### **3.7 - Tentativa de autoextermínio.**

O nível de estresse do adolescente também está aumentando à medida que a sociedade se torna mais complexa, exigindo mecanismos psicológicos adaptativos mais elaborados. Citam-se, por exemplo, as novas exigências educacionais e profissionais da atual era tecnológica, ou as implicações da Aids sobre o relacionamento sexual e afetivo do adolescente.

Fatores ambientais e eventos de vida estressantes esses fatores que surgem do convívio familiar ou social causam relevantes desaprovações sobre a saúde mental. Na maioria das vezes esses fatores desencadeiam uma piora considerável a partir de um sofrimento emocional.

O meio saudável e que ao se deparar com situações de embarço ou sofrimento a criança tome por resposta algo adaptativo ou saudável, porém quando isso não acontece o resultado é uma série de problemática acumulativa causando transtornos mentais.

Sentimentos de tristeza e solidão de acordo com Dutra é comum em

adolescentes que tentam o suicídio por não se adaptar ou se afastar dos outros amigos principalmente de escolas na qual não podem dividir experiências e tristezas, desencadeando problemas emocionais e comportamentos e afetivos.

Organização Mundial da Saúde (2010), o suicídio constitui-se, atualmente, em um problema de saúde pública mundial, pois está, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos e é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos. A OMS acredita que o número de suicídios deve ser vinte vezes maior do que podem ser registrados, pois nem todos os suicídios são registrados como deveriam.

No ano 2000, cerca de um milhão de pessoas em todo o mundo cometeram suicídio (WHO, 2010). No Brasil, no ano de 2005, foram registrados oficialmente 8550 suicídios, o que representa uma morte a cada hora diariamente (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com as estatísticas o suicídio se apresenta de maneira desigual nos países, tanto em homens como em mulheres, e na fase da adolescência é um período vulnerável a esse comportamento refere-se Barros *et al.*, (2006).

Avanci *et al.*(2005) considera que entre as famílias de classe média e alta há uma grande omissão dos casos de tentativa de suicídio e até mesmo de suicídio consumado, jovens nessa classe buscam consultórios e clínicas e não em hospitais e postos de saúde dificultando assim o registro quando em caso de suicídios.

Durkheim (1982), sociólogo francês e autor do mais conhecido trabalho sociológico sobre o suicídio, compreendeu o fenômeno como social e culpou a ‘fragilidade moral’ da então sociedade contemporânea como a raiz de todos os males sociais, incluindo o suicídio.

A reflexão que diverge os psiquiatras acham que os suicídios são um problema individual já as ciências sociais como se fossem coletivos de acordo com Meneghel 2004. O que não se contesta é que esse fator acontece em todas as classes, idades, gêneros dentro outros, Dutra afirma que o suicídio que uma relação entre ato e causa o que ele chama de suicídio consumado, mas para Baptista, 2004 os suicidas podem ter motivações distintas e finalidades diversas para o ato em si.

Araújo (2010) afirma que é desejo consciente de morrer e que existe a noção clara do que os atos podem gerar. A idealização de se suicidar pode ser o primeiro passo antes de se fazer real de acordo com Welang (2005).

Borges (2008) em sua literatura vem ressaltar pelos cuidados se uma tentativa de

suicídio for frustrada, posso ser que o autor não venha se assustar e que possa fazer novas tentativas. Dessa forma essas tentativas, uma vez que a primeira não foi realizada com o sucesso na qual a pessoa desejava, cria uma cronologia necessária a intervir como defende Druger e Werlang (2010).

Adolescentes ao relatarem sobre tentativas de suicídio, ressaltam idealização a morte, por vezes em famílias com lares em situação de divórcio e podendo-se relatar que as mortes em mulheres jovens entre 11 e 19 anos são mais frequentes por ter mais atitudes permissivas.

Marín Leon e Barros, (2003) relatam que os suicídios nos meninos, atendidos, encontravam-se na faixa etária de 20 a 24 anos, e foram motivadas por causa de brigas dentro de famílias de pais separados, suicídios ou tentativas realizadas por meio de envenenamento.

Baggio (2009) registra que em cidades grandes, os adolescentes em idade escolar prevalece 6,3% com pensamentos suicidas, esses mesmos jovens têm histórico de sentimentos de solidão e tristeza com presença de sintomas depressivos, alteração de humor, falta de motivação, diminuição do interesse ou prazer, podendo também relacionar a perda ou ganho de peso e massa corporal.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), a vulnerabilidade associada à doença mental, à depressão, as desordens relacionadas ao álcool (alcoolismo), ao abuso, à violência, as perdas, à história de tentativas de suicídio, bem como à “bagagem” cultural e social representam os maiores fatores de risco ao suicídio.

Especialistas como Avanci, Baptista, Borges e Welang em se tratar de suicídio afirmam que constitui risco: isolamento social, abandono, exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, transtornos de humor e personalidade, doença mental, impulsividade, estresse, uso de álcool e outras drogas, presença de eventos estressores ao longo da vida, suporte social deficitário, sentimentos de solidão, desespero e incapacidade.

Também levaram em consideração o suicídio de um membro da família, pobreza, decepção amorosa, homossexualismo, *bullying*, *locus* de controle externo, oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições de saúde desfavoráveis, baixa autoestima, pobreza, rendimento escolar deficiente, dificuldade de aprendizagem, dentre outros não relacionados.

Mercy 2001 e Welang (2005) registram que a tentativa de alguém em se suicidar

pode gerar um comportamento de imitação ou quase que um contágio para outros, seja por conhecer o suicida ou por saber por meios de outros ou da mídia, porém quando pela mídia, televisão, jornais, revistas, sites de relacionamentos, algumas pessoas se sentem motivadas a praticar tal ação.

Para Prieto e Tavares 2005 os fatores de riscos ao suicídio a presença de experiências adversas ou estressoras por toda a vida do indivíduo são elas situações de violência física, sexual, negligência e rejeição na infância e na adolescência. Também foi constatada a presença de mudanças frequentes nas condições de vida destes indivíduos, como, por exemplo, o divórcio dos pais e a perda de pessoas amadas.

Os problemas de suicídios em adolescentes não refere apenas a família também é de ordem profissional da saúde e da comunidade ainda estamos tateando para desvendar estes fenômenos ou dinâmica que possibilitem uma intervenção de proteção nos ambientes onde os jovens se encontram como escola, ou na própria casa, essa questão deve ser combatida.

### **3.8 - Obesidade e autoimagem.**

Atualmente pela concorrência na sobrevivência de nossas famílias e a busca por um lugar em melhor lugar na sociedade, pouco se tem a preocupação de como estamos nos alimentando, é bem claro também que alguns assuntos são comentados como nível de colesterol, açúcares, gordura em alimentos, alimentos industrializados vem causando discussão no nosso meio social.

Com tantas preocupações e falta de tempo, nossas crianças andam se alimentando de forma pouco aprovada em lanchonetes de escolas causando danos a saúde as transformações físicas aceleradas e as características da puberdade, ocorrem por fatores hereditariedade, ambientais, nutricionais, psicológicos e sexuais.

Com essa rotina e pouca ou nenhuma presença dos pais essas crianças se tornam independentes diferenciando na capacidade cognitiva e formando sua personalidade desenvolvendo características fisiológicas e psicológicas.

O sobrepeso e a obesidade em crianças e adolescentes tal qual nos adultos são problemas que aparecem em grande número, e tornou-se uma de questão de saúde pública e no Brasil, dados da Associação Brasileira para Estudo da Obesidade mostram que aproximadamente 40% da população brasileira apresentam excesso de peso (FISBERG, 2004).

Na adolescência essa situação de obesidade contribui para autoimagem negativa, um comportamento passivo e tendem ao isolamento social, por não se aceitar e não ser aceito pelo grupo. Segundo Muller, 2001 se não houver uma boa intervenção todos esses sintomas serão levados a vida adulta uma vez que aspectos emocionais estarão associados.

Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez e Fonseca-Pedrero (2009) observaram que adolescentes que apresentavam distorções no seu comportamento alimentar, também apresentavam relevantes comportamentos depressivos, problemas com o pensamento, problemas com o contato social e com a atenção e comportamentos ansiosos, que o grupo controle.

Segundo Neutzling, Taddei, Rodrigues, Sigulem 2000, e Abrantes, Lamounier e Colosimo em 2002 elevam os estudos na qual o índice em meninas é de 67% e que em meninos é de 33% outros autores se diferenciam nesses resultados como Match, Gerer e Ellgring em 2003 observaram que as mulheres ingerem mais alimentos que possam compensar o emocional como doces e chocolates (Vianna, 2009).

Esses estudos foram realizados por pacientes em busca de tratamento de obesidade nas meninas a reclamação era a obesidade e nos meninos a baixa estatura.

A respeito de baixa estima e comportamentos depressivo estão relacionados situação de obesidade entre os adolescentes sentindo-se excluídos de seu grupo sendo alvos de piadas de mal gosto bem como apelidos que ridicularizam e brincadeiras ofensivas.

### **3.9 - Pais usuários de álcool**

A droga mais aceita sociavelmente, ou seja, passa despercebida, sem maiores questionamento são as bebidas alcoólicas o consumo cresce cerca de 84% no Brasil segunda a OMS e há um crescente aumento de consumo de álcool e paralelamente as fábricas de bebidas alcoólicas crescem para atender o público que vem fazendo uso de bebidas alcoólicas em idades cada vez mais cedo.

A exposição de crianças e adolescentes ao abuso de álcool em família é cada vez maior, com idades cada vez menores. Como esse vício por vezes se passa por prazeroso, trazendo certa alegria, questionável, em ambiente de amizades dentre as famílias ou em sociedade, lugares inerentes à venda de bebidas alcoólicas.

Inúmeros são os fatores que levam a ingestão de bebida alcoólica, são elas

biológicas, psicológicas e sociais, porém o uso se torna constante e surge à dependência na qual dificilmente o usuário sabe que se tornou um alcoolista ou se sabe não deseja se tratar por pensar que é capaz de parar quando quiser e que de forma alguma é um dependente (Zanoti-Jeronymo, 2005).

Crianças e adolescentes narram eventos em família que são negativos para o desenvolvimento do aspecto emocional como psicopatias, com a exposição do álcool no meio familiar a probabilidade de que essa criança ou adolescente venha em um futuro não muito distante a se tornar também mais um usuário do álcool. Alcoolismo parental dispõe de problemas comportamentais nas crianças e nos adolescentes sem distinção entre meninos e meninas é evidente a baixa estima e relacionamentos, nas escolas o relacionamento com professores definido pelo isolamento (Zanoti-Jeronymo, 2005).

Em relação a filhos de pais que fazem uso de bebidas alcoólicas e de filhos que os pais não fazem uso de bebidas alcoólicas se diferem principalmente em relação a autoconfiança que não tem. Porém os casos de pais alcoolatras observou-se que seus filhos eram mais propenso a agressões físicas, oposicionismo referente aos professores, nesse caso os professores são a figura da disciplina do comportamento que seria o papel paterno em casa e devido a essa exposição ficam avessos a qualquer tipo de ordem, hiperatividade tais comportamentos são apresentados precocemente todos esses relatos foram feitos pelos próprios professores atuantes em sala (Zanoti-Jeronymo, 2005).

Não devemos generalizar o fato de que toda criança e adolescente faça uso de bebidas alcoólicas porque estão expostas a essa situação, algumas crianças por algum motivo não são afetadas em seu comportamento tendo em vista que são crianças relativamente com bom comportamento ou comportamento esperado da sua faixa etária.

Observações em consultórios pediátricos e psicológicos que de quatro crianças ou adolescentes atendidos na qual os pais façam uso de bebidas alcoólicas constatou-se que uma das crianças havia precocemente feito uso de dessas substâncias, confirmou-se o uso também enquanto adolescentes ate a fase adulta devido a exposição com álcool por seus familiares (Zanoti-Jeronymo, 2005).

O alcoolismo parental é como um jogo de domino enfileirado caso derrube o primeiro o restante cairá conseqüentemente, ou seja, onde o alcoolismo está, principalmente em caso de abuso e descontroles, nas quais crianças estão expostas é, portanto uma situação em que provavelmente essas crianças poderão fazer uso ou se tornar espelhos do que vivem (Zanoti-Jeronymo, 2005).

Em conversa com alguns adolescentes em ambiente escolar, relatos de

professores, podemos analisar o que motivou o adolescente a buscar o uso indiscriminado dessas substâncias, os mesmos relataram que a euforia e a ambientação com amigos e parentes tão descontraídos os atraíam, com uma visão deturpada de extrema felicidade.

Foram observados também que um dos fatores de proteção natural dentre os adolescentes foram características pessoais, inibição e a falta de interesse por emoções fortes mesmo quando assistidas por parentes, dessa forma conclui-se que caso esses mesmos adolescentes fossem predispostos ao álcool bem como toda situação contrária as demais citadas esses mesmos jovens poderiam fazer uso de álcool bem como seus pais, parentes e ou amigos por influência da convivência (Zanoti-Jeronymo, 2005).

Em terapias com crianças, levantou-se que as que são filhas de pessoas que fazem uso de álcool são crianças inibidas e respondem tardiamente aos estímulos das atividades, levando-nos a relatar que as interações negativas com baixa estima, fala tímida ou quase nenhuma e com dificuldades afetivas têm relação com a estrutura familiar em meio ao uso de álcool possibilitando um desajustamento do comportamento do adolescente vulnerável (Zanoti-Jeronymo, 2005).

Crianças com pais alcoólistas têm posteriormente problemas maiores em comportamentos como já foi citado e difere de crianças na qual os pais não são usuários de álcool, essas crianças expostas ao uso do álcool apresentam problemas cognitivos como déficit de atenção, no contexto sociocultural ou antissocial.

Segundo Zanoti-Jeronymo, adolescente com uso de álcool e drogas torna-se antissocial e com dificuldades interpessoais, quando isso acontece os familiares de outros jovens na mesma faixa etária ou próxima tendem a afastar os seus desse adolescente que eles o chamam de garoto problema. Mesmo esses jovens em conflito com as drogas e álcool buscam jovens que também fazem uso o que possibilita o uso constante sem a menor ideia de deixar de fazer uso dessas drogas, o que destoa, é que usando álcool ou outras substâncias esses jovens sentem medo de que serão deixadas uma hora ou outra.

Os fatores de riscos são falta de controle uma vez que não a ninguém que o fara parar, fracasso escolar, a maioria dos jovens quando enveredam para o uso de álcool ou outras drogas deixam de frequentar a escola ou caso frequentam causam problemas tais como brigas, podendo ser pela predisposição biológica.

Alguns fatores de risco podem ser ofertados pela própria comunidade como bares ou similares nas proximidades da escola o não combate a jovens disponibilizando

uma espécie de tráfico atrativo, ou seja, oferecem álcool ou droga e logo o adolescente deseja usar novamente são indagados a compra da substância, por isso faz-se necessário que tenham guardas ou porteiros assim como policiais militares que façam a revista em suspeitos próximos a escola.

As características de personalidade de crianças no jardim da infância o uso de drogas na adolescência, estão predispostas ao uso de drogas ou álcool por buscarem sensações deixando de evitar ou combater essa predisposição genética de personalidade e do ambiente.

Como fator de proteção a essas crianças e adolescentes a saúde mental, inexistência psicológicos para o uso posteriormente, e os familiares suprem as necessidades afetivas e materiais, ha uma grande possibilidade de que esses problemas comportamentais venham a não se manifestar.

A família tanto pode ser um fator de risco como fator de proteção, quando fator de proteção pode ser agente segurança na qual os pais estruturados emocionalmente podem afastar de seus filhos essa situação de curiosidade ou predisposição, o que difere das famílias na qual os pais são alcoólatras e famílias desestruturadas. Que essas crianças possam ser vítimas ainda de maus tratos, vítimas de violência ou abuso sexual, que falamos anteriormente que geram a manifestação pelo uso precocemente.

Fatores de proteção para com as crianças e adolescentes podem diminuir a vulnerabilidade desenvolvendo assim problemas posteriores, contudo fatores de riscos e fatores de proteção caminham paralelamente, encontrando o fator de risco encontram-se os fatores de proteção para sanar os problemas por isso faz-se importante realizar essa reflexão sociocultural nas famílias.

Poucos são os estudos referentes ao alcoolismo na família, é assunto comentado, porém não registrado para estudos sendo poucos nessa temática evidenciando crianças e adolescente com prejuízos emocionais, saúde mental e comportamental por motivo de estar presente de forma desajustada ao abuso do álcool levando a família desestruturada, separada em conflitos e por muitas vezes por pobreza extrema.

### **3.10 - Aspectos Socioeconômicos:**

Quando se refere a aspectos socioeconômicos estamos nos referindo a qual pratica que relaciona ou que afeta tanto a ordem econômica como social, nesse tema existem muitas discussões, o que não quer dizer que ha estudos literatura para tanto.

Entende-se que onde o Estado falta com suas responsabilidades o conceito de família naturalmente ficara deficiente, um local onde não ha empregos, saúde pública, escolas, estruturas como asfalto, água encanada, energia pública recolhimento de lixo urbano, provavelmente a vida nesse ambiente será insustentável.

Toda essa estrutura são fatores sociais, políticos, econômicos e culturais na qual afetam tanto o cotidiano como a parte biológica desencadeando problemas de saúde, um ambiente tão precário de tudo, a rotina familiar fica gravemente agredida.

Como poderiam estudar caso tenham que passar por longas distâncias em meio a barros, e por enumeras vezes com a barriga com fome por ter feito uma ou nenhuma alimentação no dia, onde crianças mais velhas acabam por ficar com as mais novas porque seus pais têm que trabalhar buscando ao menos sobreviver ao caos por ser o único lugar na qual poderiam se instalar por não terem condição de se manterem em lugar melhor.

Como poderia ser analisado o desenvolvimento humano em condição por vezes sub-humano, cruel mesmo, essa condição bloqueia um avanço nos meios social e financeiro, uma situação na qual estão expostos em lixões em meio a roedores, insetos de toda sorte.

Em pensarmos que o pouco que se consegue como subemprego onde a maioria nessas condições encontra-se a ideia de algum dos familiares ficar doente já traz um transtorno imensurável, além de requerer que um dos provedores se ausente para observar o doente e com a compra de medicamentos ou do tratamento se torna mais um problema a ser enfrentado.

O desenvolvimento cognitivo dessas crianças possivelmente sofrerá dificuldades, (Sameroff em 1998 in Almeida 2009) conclui que múltiplos são os fatores de riscos que afetam o desenvolvimento emocional infantil, o maior identificador dessa problemática são os pais com ocupações profissionais com menor prestígio social e as mães com pouco estudo, geralmente essas famílias são numerosas, em algumas encontradas mães com doenças mentais, com histórico de ansiedade enquanto os pais exageradamente rígidos.

Ainda segundo Almeida (2009), relatou que as crianças tiveram desenvolvimento emocional precário ate os quatro anos de idade tudo relacionado aos múltiplos fatores como se fosse um efeito em cadeia por estar em situação de pobreza.

Estudos realizados afirmam que viver nessas condições de precariedade econômica geralmente também com cor de pele negra, com pais com baixa

escolarização ou em caso de serem criadas com padrastos ou madrastas, o que não tem muita explicação sobre o cônjuge não ser o próprio pai ou mãe (Sameroff em 1998 in Almeida 2009).

O estresse familiar pelas famílias se encontrarem em desvantagem social e demográfica acaba por influenciar fortemente no contexto de vida desenfreado problemas nas crianças e adolescentes. De outro lado os pais que se encontram melhor economicamente com escolaridade privilegiada, tem mais possibilidade de recolher as necessidades dos filhos e supri-las e por estar em locais de moradia demográfica favorecida tonar-se mais articulado com a rede social e recebem apoio.

Almeida refere-se as dificuldades encontradas nas famílias na qual a mãe é o mantenedor do lar, ou seja, o chefe da família muitos são os lares onde as mães são as que mantêm o lar de toda as necessidades é obvio que por se colocar tanta carga sobre uma pessoa podemos relatar que serão realizadas, mas a duras penas (2009).

O trabalho que poderia ser dividido entre o pai e a mãe por numeras famílias recai sobre os ombros da figura materna, pois a figura paterna não se tem por algum motivo, dessa forma fica em desvantagem emocional e financeira muito relevante.

Os primeiros problemas apresentados com crianças e adolescentes chegam na fase escolar, pois pelo contato com outras crianças essas crianças de lares com apontamento de pobreza e sem a figura de pai, tendem a externar seus sentimentos por vezes conscientemente por outras vezes sem saber.

Em observância a essas famílias podemos analisar que as mesmas por necessidades de sobreviver se alimentar, vestir e calçar os pais chefes de famílias na qual um ou os dois são provedores do sustento, esses preocupam em trabalhar para receber o salário e logo comprar os alimentos, trabalhos esses que tem carga horária desafiadora levantam muito cedo para pegar a condução para irem a subempregos.

O que acarreta um desgaste físico muito grande, ao chegar em seus lares se deparam com situações não tão boas, crianças com fome, chorando, doentes, a falta de suprir muitas necessidades, nessa hora a única situação pensam é deitar e dormir deixando os filhos na carência afetiva.

Esses pais, em sua grande maioria em destaque o lado paterno, aos finais de semana vão se divertir em bares onde bebem por longo tempo, ao retornarem para casa se deparam com conflitos entre conjugues e essa situação permanece por longos anos, com isso a baixa escolaridade e baixa renda ficarão sempre presentes.

As condições de riscos para crianças e adolescentes são evidentes ao se

comparar com a situação precária socialmente falando, em sua interação com o mundo, podemos citar que condições de risco com depressão materna, maus tratos, violência física ou emocional em algumas vezes até sexual, pois quanto mais carente a comunidade, maiores são os fatos relatados pela própria comunidade e a presença de saúde mental é bem relevante.

Desigualdades socioeconômicas que desencadeiam tais comportamentos, não devem ser vistas como apenas um problema a ser encarado, existe uma teia com vários alongamentos de fios que precisam ser analisados para que se possa ter um andamento para solucionar os problemas ao longo da vida individual e social.

Os enfoques que primeiramente devem ser observados são os problemas macro no que tange quase que especificamente ao Estado e os problemas menores, não iremos chamá-los de micro em respeito e atenção que lhe cabem.

Devem-se criar estudos relacionando todos os fatores e seguir identificando e solucionando na maneira do possível, como rede de apoio, saúde infantil, econômica, política e buscar observar onde esses fatores incidem na saúde mental e na família.

Em primeiro plano identificam-se os problemas, pergunta-se sobre a origem do mesmo logo pergunta-se qual a intervenção a se adquirida para amenizar ou sanar a realidade, sendo a curto ou médio prazo.

Na saúde da mulher podemos tratá-la como um todo, já que o programa vem a atender a mulher em seus aspectos físicos e emocionais, deve-se desenvolver uma rede de apoio como no centro a crianças e adolescentes como objetivo principal de combater a saúde mental, relacionamos então uma tentativa de sanar ou amenizar criando fatores de proteção.

Fatores de proteção como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde bucal, saúde da mulher, saúde do trabalhador, no caso pode ser o pai ou a mãe, saúde do idoso, por vezes os idosos se encontram morando com as famílias, saúde mental, atenção básica todos esses programas devem assistir as famílias em sua totalidade e disponibilizando atendimento a suas necessidades.

Articulação também com as secretarias da educação proporcionando vagas em escolas, creches, articulando com outras secretarias meios de encaminhar os jovens de maneira legal como cita a Constituição Federal:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: XXXIII- proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos,

salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998).

De acordo com TST é considerado trabalho infantil, no Brasil, aquele realizado por crianças ou adolescentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos, a não ser na condição de aprendiz, quando a idade mínima permitida passa a ser de 14 (quatorze) anos.

Segundo o TST,

A lei, sim, mas isso é uma subversão da ordem natural das coisas. Crianças e Adolescentes devem ser protegidos, e não proteger. A família, a sociedade e o Estado devem conferir-lhes proteção integral e prioritária, conforme o artigo 227 da Constituição Federal e de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Estágios ou programas similares que atendam os jovens em idade para estágios, uma política pública de redistribuição de renda e acesso aos serviços de saúde mental garantindo seus direitos, viabilizando que a comunidade em geral possa ter perceptivas futuras de acordo com a Constituição Federal Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

O que diverge que as crianças e adolescente não deve proteger e manter a família por isso é uma questão dura de se analisar, por isso existe uma lista TIP, trabalho infantil proibido, é um anexo do Decreto nº 6481/2008, que regulamenta, no Brasil, a Convenção 182 da OIT, organização internacional do trabalho, sobre as piores formas de trabalho infantil contendo 93 itens de proibição.

No Art. 227 da Constituição Federal,

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Esse artigo identifica que tanto a família como o Estado são os responsáveis para a proteção das crianças e dos adolescentes, caso uma dessas redes de apoio se quebre o resultado será desastroso, o Estado TENDO QUE arcar com uma sociedade desassistida

E deficiente, SENDO NECESSÁRIO RECORRER E SOPRECARREGAR cada vez mais as secretarias da saúde e segurança.

De acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente no seu Art. 1 entende-se como criança, alguém com até 12 anos de idade incompletos e adolescente alguém entre os 12 e 18 anos.

De acordo Art. 20 (ECA) sobre maus tratos, o Estado deve proteger contra todas as formas de violência e brutalidades físicas ou mentais. Em caso de abandono, negligência, maus tratamentos, exploração e violência sexual, quer esteja sob a guarda de seus pais ou de qualquer pessoa.

Situação como baixa escolaridade dos pais e poder socioeconômica relativamente insuficiente geram problemas em lares, como a violência doméstica, como violência na escola e na comunidade, podem gerar um sentimento de insegurança sem possibilidade de vida futura.

É fundamental entender que crianças e adolescentes que passam por situação de violência tendem a baixos rendimentos escolares, brigas e com relatos de evasão escolar, se envolvem com drogas lícitas e ilícitas, grupos de gangues desestruturam ainda mais a vida familiar com pequenos roubos em família na qual os pais desejam que o adolescente se afaste de casa para não influenciar os irmãos menores.

Almeida (2009) observou que fatores de riscos como violência familiar, gravidez entre os pais e entre os filhos, traz qualidade de situação de vida negativa, oriundas da própria família esses acontecimentos vem sendo fator predisposto a problemas de comportamento apontando para uma desordem psiquiátrica. Refere ainda relatos de adolescentes dizendo que as mães gritam enlouquecedoramente, espancam ou punem com severidade sendo assim as chances dos transtornos emocionais se apresentam diferentemente nos adolescentes que são vitimados dessas práticas.

Em consultórios de serviços de saúde a violência psicológica é o mais recorrente e associado à saúde mental dos pacientes, levantar um questionamento como serão os adolescentes futuramente como adultos, que sociedade vai-se assistir?!

Devemos ter um olhar sensível ao que hoje acontece para que no futuro próximo não tenhamos uma geração de doentes mentais em grande proporção ou se pensarmos a ponto que esses adultos terão filhos e como será a continuidade dessa sociedade?!

#### **4. Fator de proteção - Suporte Familiar.**

Vamos pensar o que se entende por bem-estar, que seria um conjunto de práticas que engloba uma boa nutrição, atividade física, bons relacionamentos interpessoais, familiares e sociais, além de controle do estresse. Normalmente quando se tem uma estrutura familiar os problemas tendem a ser não mais fácil, mas melhor gerido, pois o apoio de todos se faz necessário isso independe de estarem ou não separados, não citaremos aqui o tipo de família ideal, pois o objetivo do trabalho não é esse.

Consideremos a família como auxílio natural que oferece as crianças e aos adolescentes; afeto, proteção, cuidados em meio às dificuldades, com valores, conselhos e sentimentos ou outras formas de assistências. Na literatura discutem esse tema e ressaltam sem nenhuma dúvida que o suporte familiar e social é de grande relevância para as crianças e adolescentes que passam por situações estressantes, esse apoio familiar e social também faz relação às pessoas adultas que em caso traumático podem confiar em apoio de pessoas do seu convívio (Baptista, 2001).

É de conhecimento de muitos que um ambiente agradável é favorável ao bem-estar psicológico, sendo assim existe a possibilidade de que enfermidades físicas podem não se tornar tão agradas ou, pelo menos, de fácil tratamento na qual o mesmo possa responder positivamente a medicação que esteja sendo recebido, uma vez que o paciente se sinta confortável e seguro. De uma maneira mais ampla bem-estar pode se referir que a saúde em todos os aspectos físicos, mental (Baptista, 2001).

De acordo com essa reflexão sobre bem-estar, observa-se que esse conjunto é intrínseco do ambiente familiar, para uma criança, ainda dependente seja por motivo de idade ou por outro motivo, o primeiro contato com a sociedade que ela presencia são os próprios pais, avós, tias, tios, primos e os demais familiares, quando em fase mais avançada essa mesma pode quando chegar à escolarização desenvolver tudo aquilo que aprendeu em casa para o convívio dos amigos de escola (Baptista, 2001).

Dessa forma o encorajamento da família o apoio à segurança para essa criança e logo o adolescente será de suma importância para que ele cresça um adulto saudável, sociável e bem resolvido em suas emoções como autoestima, o convívio familiar faz necessário como um poio de afeto, segurança e confiança, pois mesmo que não entendam a posição da família o adolescente sabe que a situação não é conveniente ou agradável.

## 5. DISCUSSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS.

No contexto nacional, fala-se pouco em promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais. Outra faceta dos cuidados em saúde mental no país é que parte dele esteve, historicamente, voltado para o controle da infância e adolescência internada ou abrigada, especialmente através da prescrição medicamentosa ou da institucionalização.

A atenção básica tem o objetivo de levar a populações práticas preventivas e de vida mais saudável, além de realizar procedimentos médicos, no sentido amplo. O Programa Saúde da Família (PSF), criado na década de 1990, vem investindo na promoção da saúde da população, na prevenção de doenças e na articulação da saúde mental com a atenção básica, já que todo problema de saúde é também de saúde mental e a saúde mental é também produção de saúde.

O quadro de escassa consciência do problema e de oferta de serviços é evidente, embora avanços venham ocorrendo desde a reforma psiquiátrica que visou superar a violência asilar em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental.

Na década de 1990, passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros núcleos ou centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS) e hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Assis SG et. A., 2009). Bem como os CAPSi que são especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e geralmente dão resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200 mil habitantes.

Funcionam durante os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 meninos e meninas por mês. A equipe mínima para esse serviço é de onze profissionais de nível médio e superior. Existe um movimento no sentido de incorporar os cuidados em saúde mental (incluindo a assistência a crianças e adolescentes) na rede de atenção básica do país.

Todavia, o atendimento no país é também limitado pela quantidade de profissionais especializados. Levantamento tomando por base o número de psiquiatras da infância e adolescência, habilitados pela Associação Brasileira de Psiquiatria, indica haver um profissional especializado para cada 35 mil crianças e adolescentes brasileiros.

Os pediatras, por sua vez, não estão preparados para lidar com problemas de

saúde mental, outros profissionais da equipe de saúde, como psicólogos, nem sempre estão presentes no atendimento cotidiano de serviços públicos.

Por outro lado, a capacitação dos profissionais da equipe de saúde, seja para lidar com a violência ou para produzir intervenções mais eficazes em casos de crianças com problemas mentais são ainda insuficientes.

Apenas em 2001, essa população foi incluída na pauta das discussões político-assistenciais e de urgência, na III Conferência Nacional de Saúde Mental. Essa lacuna foi preenchida por uma rede de assistência à criança e ao adolescente composta por instituições filantrópicas e privadas, com forte componente tutelar, como é o caso de educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas.

Tais instituições ainda desempenham relevante papel na assistência infanto-juvenil, embora, em 2003, o Ministério da Saúde tenha passado a orientar a construção coletiva e intersetorial de diretrizes para uma rede de assistência de base comunitária e em acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica.

A criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, instrumento de gestão que visa a dar visibilidade e resolutividade às diversas dificuldades nesse campo específico da saúde mental, foi fundamental nesse sentido, principalmente por possibilitar a ampla participação da sociedade na elaboração de propostas e consolidação de uma política própria.

Esse fórum busca incorporar as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e é composto por representantes de instituições governamentais, setores da sociedade civil, entidades filantrópicas, agentes da justiça e promotoria da infância e juventude e sua atuação tem caráter deliberativo.

Apesar dessas ações e do grande passo dado tão pouco tempo, a construção de uma política pública de saúde mental voltada para a criança e o adolescente continua sendo um dos maiores desafios do setor. Ainda há muito que avançar, não só na abertura de novos CAPSi, como também na sensibilização da rede de saúde, como é o caso dos ambulatorios e a rede de atenção básica.

Há também urgência de investimento na capacitação da assistência social, dos conselhos tutelares, das instâncias jurídicas e da área de educação. Inicialmente, as ações da saúde mental para a criança e o adolescente no Brasil estiveram concentradas no atendimento à clientela com grave sofrimento psíquico, em especial, os casos de autismo e de psicose.

Importante ressaltar que não são apenas os impasses das políticas públicas orientadas para este campo que dificultam o atendimento às crianças e jovens com problemas de saúde mental. Aspectos clínicos são fundamentais para que se estabeleça vínculo de confiança e a relação interpessoal entre a criança/adolescente, sua família e os profissionais que a atendem.

O trabalho com os pais é um desafio, assim como a realização de um atendimento individualizado, o interesse do profissional em lidar com crianças e adolescentes com transtornos mentais é outro aspecto fundamental, já que precisa enfrentar a angústia que a clínica com crianças e adolescentes com esses problemas faz emergir.

Hoje, os sintomas que levam o responsável a pedir tratamento em saúde mental variam desde as situações assinaladas até dificuldades escolares, comportamentos agressivos, automutilação, uso de drogas, dentre outros.

Para enfrentar esses desafios, é necessário que a área de saúde mental se articulem outros campos de atuação, como assistência social, justiça, educação e conselhos tutelares. O trabalho intersetorial faz-se imprescindível para inclusão e construção dos encaminhamentos para uma rede de cuidados e proteção, preservando-se o papel de cada um e da família, em especial.

Em análise realizada no decorrer do trabalho apresentado observa-se que os problemas ocasionados ou advindos da saúde mental são relevantes bem como causou impacto substancial na medicina em geral e em tese nas crianças e adolescentes, surgindo uma crise transversalizada.

De modo geral, as políticas de saúde mental existentes estão relacionadas aos problemas da população adulta. Na população de crianças e adolescentes, os tipos de transtorno, principais fatores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços têm especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil. O que nos cabe enquanto profissionais da área de saúde é desenvolver projetos de prevenção e proteção dos adolescentes em todos os fatores inclusive depressão, maus tratos, alcoolismo entre outros.

Esses projetos devem ter como parceiros as famílias, que no decorrer de todo o trabalho observou-se a importância familiar no atendimento e tratamento, cabe também envolver a comunidade, postos ou hospitais onde ha um número considerável de adolescentes, vítimas da violência doméstica, abuso sexual, com baixa escolaridade,

gravidez precoce, lares desestruturados. Há evidências de que problemas relacionados à família estão ligados a desordens psiquiátricas como ressaltado, sobre transtorno de humor e não existem dúvidas que transtornos de humor possam atingir tanto crianças e adolescentes, as pesquisas são claras e cada vez mais se pronuncia as questões como sintomas.

A esse apoio de atendimento a esse público tão jovem deve-se disponibilizar avaliação pessoal, registrando um quadro da situação da saúde mental que se apresenta e do quadro sociocultural. Garantir os direitos das crianças e adolescente a saúde básica, pois assim como os adultos eles são detentores de direitos tanto na Constituição Federal quanto no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Lei de Diretrizes e Base, priorizando o atendimento.

Com a preocupação de novo público, agora levado em consideração, obrigou a que as políticas públicas consideram-se um novo método de atendimento dessa forma a preocupação de uma reforma psiquiátrica levando em conta toda a necessidade de solução a essas crianças.

A Organização Mundial de Saúde prevê até o fim da próxima década uma incidência mundial de 50% de transtornos de ordem mental na população mundial (em todas as faixas etárias), sejam eles classificados como leves ou que tragam prejuízo social e/ou econômico ao paciente (Brasil Saúde mental no Sistema Único de Saúde).

É nessa situação que nos encontramos que a revisão bibliográfica tem o objetivo de estudo, pois se acredita que é na infância que muitos distúrbios podem ser identificados e caso venha sido identificado precocidade o diagnóstico é de fundamental importância para conseguirmos qualidade de vida desses pacientes.

Os transtornos em crianças e adolescentes vêm se tornando crescente variando entre 10% a 20% dentre esses transtornos os mais comuns são transtornos de comportamento, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de ansiedade, de separação, transtorno de ansiedade generalizada, depressão, esquizofrenia, anorexia, bulimia, uso de álcool, de tabaco e de drogas ilícitas.

Para tanto se faz necessário que profissionais fiquem atentos a esse crescente número, capacitando na sua formação acadêmica voltando-se para esse público infantil, uma vez que em meio à sobrevivência financeira, a pobreza as dificuldades dentro do lar deixam as crianças desamparadas e desassistidas em nossa sociedade.

O que estamos buscando ao se pensar na criança e adolescente nessa situação de risco, claro que devemos proporcionar aos pais informações sobre a patologia de seus

filhos, se é um caso genético ou não, com isso os pais, se espera, possam desenvolver junto aos profissionais da área médica um tratamento com bons resultados.

Alguns profissionais devem estar sensíveis a esses atendimentos desde as primeiras consultas de praxes com as pediatrias, consultas essas periódicas, o profissional mais atento ao diagnosticar tal situação abre uma porta para a solução ou em caso mais de difícil amenizar os problemas psiquiátricos promovendo junto e com estes uma melhora na qualidade de vida.

## REFERENCIAS

AVANCI, J. Q. *et al* . Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psic.:Teor. E Pesq.*, Brasília, v.23, n.3, Sept. 2007. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722007000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000300007&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 de agosto 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000300007>.

ASSIS S.G, AVANCI J.Q, SANTOS N.C, MALAQUIAS J.V, OLIVEIRA RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16:43-51.

ARAÚJO, L.C.; VIEIRA, K.; COUTINHO, M. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, **15**(1):47-57. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006>.

ASSIS GS, AVANCINI J.Q, PESCE R.P. Editorial. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro; 14 (2): 346-6. 2009<sup>a</sup>.

ASSIS, S. G. *et al* . Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, Abr. 2009. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 08 de ago. 2014.

ALMEIDA F. N. Estudo de prevalência de distúrbios mentais na infância em uma zona urbana de Salvador-Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 31, n. 4, p. 225-236, 1982.

ALMEIDA, M. M. *Construção de uma proposta de avaliação dos fatores de risco e de proteção para o uso de drogas no contexto das redes sociais, de adolescentes em conflito com a lei*. Dissertação de mestrado pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, 2009. Disponível em: [http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=6346](http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6346)

ARECO, N. M.*et al* .Caracterização dos serviços que atendem adolescentes: interfaces entre saúde mental e drogadição. *Psicol. Soc.* Florianópolis. v. 23, n. 1, Abr. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100012&lng=en&nrm=iso)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed.

BAGGIO, A.; PALAZZO, L.; AERTS, D.R.G.C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, **25** (1):142-150. 2009.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D. e DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicol. cienc. prof.* [online]. vol.21, n.2, pp. 52-61. 2001. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000200007>.

BAPTISTA, M.N.; BORGES, A.; BIAGI, T.A.T. Pesquisas de suicídio no Brasil. In: M.N. BAPTISTA (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 23-32. 2004.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 2011.

BARROS, A.P.R.; COUTINHO, M.P.L.; ARAÚJO, L.F.; CASTANHA, A.R. 2006. As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia*, 23(1):19-28. Acesso em 08 de ago 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000100003>.

BRAGA, L. L, DELL'AGLIO. D. D. *Contextos Clínicos*, 6(1) :2-14, janeiro-junho em 2013 31 de agosto 2014.

BALLONE, G.J., Efeitos de Vivências Traumáticas em Crianças e Adolescentes. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2009.

<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=14>

BENETTI S.P.C, RAMIRES V.R.R, SCHNEIDER A.C, RODRIGUE A.P.G, TREMARIN D. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cad. Saúde Pública*; 23(6):1273-82. 2007.

BORGES, J. L. et al. Transtornos de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e na adolescência : prevalência, diagnóstico e avaliação. *Aval. psicol.*, Porto Alegre , v. 9, n. 1, abr. 2010 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712010000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000100010&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 23 dez. 2014.

BORGES, V.R.; WERLANG, B.S.G.; COPATTI, M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*, 11 (1):109-123. 2008.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 101-117.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 6, n. 1, jun. 2013. Em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 02 agosto 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr. [Links] [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S1413-8123201400030089100016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1413-8123201400030089100016&lng=en) 12/01/2015.

Brasil. Saúde mental no SUS. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7444.html>. Acesso em: 22/01/2015.

Brasil. Lei Federal nº 10.216/02; Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

COSTA, D.F.C; PAULON S.M. Participação Social e Protagonismo em Saúde Mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p.572-582,

2012. Out./dez. \_\_\_\_\_. *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

DALBOSCO, C. *Ressonâncias da morte violenta de adolescentes e jovens: estudo teórico e clínico de famílias em sofrimento*. Dissertação de mestrado pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: [http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1427](http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1427)

DURKHEIM, E. *O suicídio: Um estudo sociológico*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 568 p. 1982 [1897].

SÁ, D. G. F., & cols. Fatores de Risco para Problemas de Saúde Mental na Infância/Adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Out-Dez. Vol. 26 n. 4, pp. 643-652. 2010.

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).

EISENSTEIN, E.; SOUZA, R. P. Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. Petrópolis: Vozes, 1993. [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=103](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=103)

FEITOSA, H. N.; RICOU, M.; REGO. S.; NUNES, R. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. Disponível em [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/521/636](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/521/636)> acesso em 20 de agosto, 2014.

FREITAS, G.V.S.; BOTEGA, N.J. Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 48(3):245-249. 2002. Acesso 20 de set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302002000300039>

HABIGZANG, L. F. et al . Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto

Alegre, v.19, n.3, 2006. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722006000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000300006&lng=en&nrm=iso)>. acesso 08 ago. 2014.

ITALA. R. C., DEISE F., CAMILA B., SHEILA G. C. Transtornos Mentais Comuns e relações familiares em adolescentes escolares. *PUCRS*. Curso de Psicologia, ULBRA/Canoas.

LISBOA, C; BRAGA, L. L; EBERT, G. O fenômeno *bullying* ou vitimização entre pares na atualidade: definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 2, n. 1, jun. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822009000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822009000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 30 ago. 2014.

KRÜGER, L.L.; WERLANG, B.S.G. 2010. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, **15**(1):59-70. Acesso em 08 de agosto 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100007>.

MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M.B.A. 2003. Mortes por suicídio: Diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública*, **37**(3):357- 363. Acesso 31 de ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000300015>.

MENEGHEL SN et al. Características epidemiológicas do suicídio no RS. *Rev Saúde Pública* 2004;**38**(6):804-10 disponível em: [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp) acesso dia 24 de set. 2014.

NEWCOMBE, Nora. **Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen**. Nora Newcombe; (trad. Claudia Buchweitz). 8º ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1999.

PINTO, A. C. S. *et al* . Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n.3, Jun. 2014. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000300555&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300555&lng=en&nrm=iso)>. acesso 31 de ago. 2014.

RAMIRES, V. R. R. *et al* . Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 61, n. 2, ago. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672009000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200012&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 08 ago. 2014.

VIANNA, R.R.A.B.; CAMPOS, A. A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Rev. bras. ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jun. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 25 jan. 2015.

WERLANG, B.S.G.; BORGES, V.R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, **39**(2): 259-266. 2005.

ZANOTI-JERONYMO, D. V.; CARVALHO, A. M. P. Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. (Ed. port.). Ribeirão Preto, v.1, n.2, ago. 2005. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762005000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000200007&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 25 jan. 2015.