

CAROLINE KRAUSER

Concepções e práticas de profissionais da saúde e assistência social acerca dos transtornos de comportamento em crianças e adolescentes.

Versão Original

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Zeyne Alves Pires Scherer

**Ribeirão Preto
2017**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Krauser, Caroline.

Concepções e práticas de profissionais da saúde e assistência social acerca dos transtornos de comportamento em crianças e adolescentes.

Ribeirão Preto, 2017.

101 f.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Scherer. Zeyne Alves Pires.

1. Transtornos de comportamento. 2. Transtorno de Conduta. 3. Violência juvenil.

KRAUSER, C.

Concepções e práticas de profissionais da saúde e assistência social acerca dos transtornos de comportamento em crianças e adolescentes. 2017. 107 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,
2017.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Guilherme, por toda compreensão e presença durante todo o caminho na elaboração deste trabalho. Aos meus pais, Ana Paula e Márcio, por todo o amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Zeyne, pela compreensão durante todo este caminho acadêmico, pelo acompanhamento detalhado e cuidadoso em cada etapa deste trabalho, e pela contribuição para meu crescimento científico, profissional e pessoal.

A todos os profissionais do departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pelo apoio, compreensão e oportunidade de realizar este trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

A todos os integrantes do Grupo de Estudos Interdisciplinar em Violência, pelos saberes compartilhados durante essa caminhada.

Às amigas Mônica e Maria Cláudia, por compartilhar comigo os prazeres e desprazeres da vida acadêmica.

RESUMO

KRAUSER, Caroline. **Concepções e práticas de profissionais da saúde e assistência social acerca dos transtornos de comportamento em crianças e adolescentes**. 2017. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Nesta dissertação, procuramos compreender os sentidos e significados que os profissionais de serviços de saúde e de assistência social de um município do interior paulista têm acerca dos transtornos de comportamento em crianças e adolescentes. Para tanto, foi realizado um estudo qualitativo em dois serviços de saúde e 2 conselhos tutelares de um município do interior paulista. Participaram do estudo 13 profissionais. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada realizada em local escolhido pelos participantes. Para a organização e tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin, que nos permitiu construir três categorias temáticas: “Transtornos de comportamento: que comportamento é esse?” “Transtornos de comportamento: como se desenvolvem?” “Ações (des)articuladas entre os setores saúde e assistência no atendimento à crianças e adolescentes com transtorno de comportamento”. Verificamos que o conhecimento acerca da aplicabilidade diagnóstica dos transtornos de comportamento não é clara para os profissionais de nosso estudo, o que acaba dificultando a identificação e o encaminhamento dessas crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental e assistência social. Para os profissionais de nosso estudo, os principais fatores de risco atribuídos ao desenvolvimento dos transtornos de comportamento em crianças e adolescentes são aqueles que ocorrem nas relações entre as crianças e seus familiares, como a violência doméstica, a desestruturação familiar, a falta de afeto e as práticas educativas, fatores que podem inclusive potencializar ou não a predisposição genética da criança ou adolescente a desenvolver transtornos de comportamento. Já os fatores macrossociais, como as condições sociais e culturais, a ação do estado e as características da sociedade nas quais vivem as crianças e adolescentes são pormenorizados como colaboradores para o desenvolvimento de transtornos de comportamento pelos profissionais de nosso estudo. Por fim, constatamos que as ações de prevenção à violência juvenil e de atendimento à crianças e adolescentes com transtornos de comportamento dos profissionais de nosso estudo não atendem às diretrizes e normas estabelecidas pela OMS e pelas políticas nacionais de prevenção à violência no que diz respeito ao trabalho integrado e intersetorial, no desenvolvimento de ações preventivas, na consolidação do atendimento pré-hospitalar sistematizado, hierarquizado e subsidiado por práticas baseadas em evidências e na capacitação adequada dos recursos humanos.

Palavras-chave: Transtornos de comportamento; Transtorno de Conduta; violência juvenil.

ABSTRACT

KRAUSER. Caroline. **Conceptions and practices of health and social welfare professionals about behavior disorders in children and teenagers.** 2017. 101 pp. Dissertation (Master's Degree in Psychiatric Nursing) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

In this dissertation, we seek to understand the senses and meanings that the professionals working in health and social welfare services from a city of the countryside of São Paulo have about behavior disorders in children and teenagers. For this purpose, we performed a qualitative study in two health services and two guardianship councils from a city in the countryside of São Paulo. This study was attended by 13 professionals. Data collection took place by means of semi-structured interviews held in a place chosen by the participants. In order to organize and treat data, we used the Bardin's content analysis technique, which enabled us to draw up three thematic categories: "Behavior disorders: what behavior is this?" "Behavior disorders: how do they develop?" "(Dis) articulated actions between the health and social welfare sectors in meeting the demands of children and teenagers with behavior disorders". We have found that the knowledge about the diagnostic applicability of behavior disorders is not clear to the professionals who took part in our study, which ends up hindering the identification and referral of these children and teenagers to mental health and social welfare services. According to the professionals who attended our study, the main risk factors blamed on the development of behavior disorders in children and teenagers are those that occur in relationships between children and their relatives, such as domestic violence, family breakdown, lack of affection and educational practices, which are factors that may or may not increase the genetic predisposition of the child or teenager to develop behavior disorders. Conversely, macro-social factors, such as social and cultural conditions, state action, and the characteristics of the society where children and teenagers live are specified as collaborators for the development of behavior disorders by the professionals of our study. Lastly, we have noted that the actions to prevent youth violence and to meet the demands of children and teenagers with behavior disorders carried out by the professionals of our study do not comply with the guidelines and standards established by the WHO and the national policies on violence prevention with respect to the integrated and intersectoral work, development of preventive actions, consolidation of a systematized prehospital care, i.e., hierarchized and subsidized by evidence-based practices, and appropriate training of human resources.

Keywords: Behavior disorders; Conduct disorder; Youth violence.

RESUMEN

KRAUSER. Caroline. **Conceptos y prácticas de profesionales de la salud y asistencia social acerca de los trastornos de comportamiento en niños y adolescentes.** 2017. 101 f. Disertación (Maestría en Enfermería Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

En esta disertación buscamos comprender los sentidos y significados que los profesionales de servicios de salud y de asistencia social de un municipio del interior paulista tienen acerca de los trastornos de comportamiento en niños y adolescentes. Para ello, se realizó un estudio cualitativo en dos servicios de salud y 2 consejos tutelares de un municipio del interior paulista. Participaron del estudio 13 profesionales. La recolección de datos fue realizada a través de una entrevista semiestructurada realizada en local escogido por los participantes. Para la organización y tratamiento de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin, que nos permitió construir tres categorías temáticas: "Trastornos de comportamiento: ¿qué comportamiento es ese?" "Trastornos de comportamiento: cómo se desarrollan?" "Acciones (des) articuladas entre los sectores salud y asistencia en la atención a los niños y adolescentes con trastorno de comportamiento ". Se comprobó que el conocimiento acerca de la aplicabilidad diagnóstica de los trastornos de comportamiento no es clara para los profesionales de nuestro estudio, lo que acaba dificultando la identificación y el encaminamiento de esos niños y adolescentes a los servicios de salud mental y asistencia social. Para los profesionales de nuestro estudio, los principales factores de riesgo atribuidos al desarrollo de los trastornos de comportamiento en niños y adolescentes son aquellos que ocurren en las relaciones entre los niños y sus familiares, como la violencia doméstica, la desestructuración familiar, la falta de afecto y las prácticas educativas, factores que pueden incluso potenciar o no la predisposición genética del niño o adolescente a desarrollar trastornos de comportamiento. Los factores macrosociales, como las condiciones sociales y culturales, la acción del estado y las características de la sociedad en las que viven los niños y adolescentes son detallados como colaboradores para el desarrollo de trastornos de comportamiento por los profesionales de nuestro estudio. Por último, constatamos que las acciones de prevención a la violencia juvenil y de atención a los niños y adolescentes con trastornos de comportamiento de los profesionales de nuestro estudio no atienden a las directrices y normas establecidas por la OMS y por las políticas nacionales de prevención a la violencia en lo que concierne trabajo integrado e intersectorial, en el desarrollo de acciones preventivas, en la consolidación de la atención prehospitalaria sistematizada, jerarquizada y subsidiado por prácticas basadas en evidencias y en la capacitación adecuada de los recursos humanos.

Palabras clave: Trastornos de comportamiento; Trastorno de Conducta; violencia juvenil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-i	Centro de Atenção Psicossocial – Infantil
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro Especializado em Assistência Social
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
GREIVI	Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Violência
HEM	Hospital Espírita de Marília
HPA	Hipotálamo-Hipófise-Adrenal
IML	Instituto Médico Legal
MAO-A	Moamina Oxidase
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NICE	National Institute Of Health And Care Excellence
NIDA	National Institute Of Drug Abuse
NIMH	National Institute of Mental Health
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PIB	Produto Interno Bruto
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDO	Transtorno Desafiador de Oposição
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

Apresentação	11
1 Introdução	16
1.1 Violência interpessoal: um problema de saúde pública.....	17
1.2 Caracterização dos transtornos de comportamento na adolescência e sua relação com a violência interpessoal	19
1.3 Tratamentos baseados em evidências para os transtornos de comportamento.....	23
1.4 Políticas de prevenção da violência juvenil.....	26
2 Justificativa	30
3 Objetivos	33
3.1 Objetivos gerais	34
3.2 Objetivos Específicos	34
4 Método	35
4.1 Delineamento do Estudo.....	36
4.2 Local do estudo.....	36
4.3 Sujeitos do estudo.....	37
4.4 Procedimentos e Instrumentos para coleta de dados	38
4.5 Procedimentos éticos	38
4.6 Organização e tratamento dos dados	39
5 Resultados e Discussão	40
5.1 Dificuldades encontradas.....	41
5.2 Caracterização da população estudada	43
5.3 Categorias identificadas.....	46
5.3.1 Transtorno de comportamento: que comportamento é esse?.....	46
5.3.2 Transtornos de comportamento: como se desenvolvem?.....	53
5.3.3 Ações (des)articuladas entre os setores saúde e assistência no atendimento a crianças e adolescentes com transtorno de comportamento	63
6 Considerações Finais	79
6.1 Limitações do estudo	81

6.2 Contribuições do estudo	81
Referências Bibliográficas	83
Apêndices.....	97
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	98
Apêndice B – Roteiro de Entrevista para profissionais dos serviços	100

Apresentação

O interesse em realizar este trabalho surgiu em 2013, enquanto enfermeira residente da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da FAMEMA (Faculdade de Medicina de Marília), onde pude atuar no Centro de Atenção Psicossocial- Infantil (CAPS-i) e no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) da cidade de Marília.

Ao iniciar o estágio no CAPS-i, esperava que as psicopatologias com maior prevalência seriam aquelas das quais mais ouvimos falar nas mídias e nos discursos sociais, como o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e o autismo. Diferente do esperado, do total de 23 pacientes que recebiam atendimento no CAPS-i, 10 possuíam diagnóstico de transtorno de comportamento, quatro possuíam transtorno depressivo, dois TDAH, dois esquizofrenia e dois ainda não tinham seu diagnóstico definido.

Os transtornos de comportamento são caracterizados por um padrão repetitivo e persistente do comportamento negativista, hostil e desobediente, no caso do transtorno desafiador de oposição (TDO), e de conduta agressiva e desafiadora, que podem acarretar em violação dos direitos básicos alheios ou sociais, no caso dos transtornos de conduta.

Com o passar do tempo, percebi que os profissionais do local tinham menor tolerância com as crianças e adolescentes com diagnóstico de transtornos de comportamento, como se fosse mais difícil aceitar que comportamentos como a agressividade, a desobediência e as birras pudessem representar um problema de saúde mental.

Depois de atuar três meses no CAPS-i, passei a atuar como residente junto aos profissionais do NASF, atendendo casos que devido sua complexidade, fugiam das competências das equipes de saúde da família e necessitavam de atendimento especializado. Dos 12 casos que fomos acionados para fornecer o apoio matricial pelas equipes da Unidade de Saúde da Família (USF), 5 se tratavam de crianças ou adolescentes com diagnóstico de transtornos de comportamento.

Junto com os profissionais do NASF, realizamos visitas domiciliares a essas crianças e adolescentes e identificamos problemas complexos, que envolviam desemprego, evasão escolar, dependência química e todos os tipos de maus tratos infantil. Por conta dessa complexidade, acionamos os serviços necessários para garantir um atendimento efetivo e integrado, a fim de desenvolvermos o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada criança ou adolescente.

Em todos os PTS realizados, foi necessário a presença dos serviços especializados de saúde mental e assistência social, isto é, o CAPS-i e o Centro Especializado em Assistência Social (CREAS). Além desses, a presença do Conselho Tutelar foi acionada em todos os casos, já que os problemas encontrados envolviam os maus tratos na infância, a prática de atos

infracionais pelos adolescentes, a falta escolar, pais envolvidos com tráfico de drogas, entre outras situações que traziam riscos importantes para criança ou adolescente em atendimento.

Apesar da tentativa de realizar um trabalho em rede, os profissionais dos serviços se mostraram resistentes a se responsabilizar pelo atendimento das crianças ou adolescentes com transtornos de comportamento. Diferente das dificuldades encontradas na elaboração dos PTS de jovens com outros diagnósticos, no caso dos transtornos de comportamento, essa resistência era relacionada com os sinais e sintomas inerentes a essa psicopatologia.

Alguns profissionais compreendiam que a agressividade e o desrespeito às regras não se tratam de um problema de saúde mental, enquanto outros compreendiam que a responsabilidade de atender crianças e adolescentes com transtorno de comportamento é apenas da saúde, já que os comportamentos disruptivos só ocorrem porque a criança ou adolescente apresenta um transtorno mental.

As mesmas crenças foram observadas quando conclui a residência e assumi, como enfermeira, a ala de atendimento de crianças e adolescentes até 18 anos portadores de transtornos mentais no Hospital Espírita de Marília (HEM). Nesse local, sintomas como a fissura, os delírios, as alucinações, o isolamento e o rebaixamento do humor eram compreendidos como problemas inerentes a depressão, a esquizofrenia ou a dependência química. Já os desvios comportamentais apresentados por pacientes diagnosticados com transtorno de comportamento eram compreendidos como “falta de educação”, “malandragem” ou manipulação.

Durante os discursos dos profissionais dos serviços, percebi também o julgamento que eles faziam das crianças e adolescentes como indefesos e inseguros, e por isso deveriam sempre ser orientados e obedientes aos adultos. Ao se depararem com jovens agressivos, insubmissos e transgressores, esse conceito se apresenta incompatível, o que gera desconforto para os profissionais.

Tais ideias tinham impacto direto no tratamento ofertado pelos profissionais dos serviços para essas crianças e adolescentes, que acabavam por utilizar técnicas de disciplinas coercitivas, como o castigo e a coerção verbal, muitas vezes realizados de maneira agressiva. Estudos científicos atuais apontam que tais abordagens prejudicam o tratamento efetivo dos transtornos de comportamento, além de prejudicarem o vínculo dos jovens com os serviços e profissionais que os abordam dessa forma.

Ao perceber que profissionais de diferentes serviços possuíam dificuldades semelhantes em lidar com a violência praticada por crianças e adolescentes, tive interesse em pesquisar sobre o assunto. Assim, no ano de 2015 ingressei no Mestrado pelo Programa de

Enfermagem em Psiquiatria e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), e passei a integrar o Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Violência (GREIVI) cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Brasil, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) desde 2006, cuja líder é minha orientadora.

O GREIVI realiza suas atividades quinzenalmente e tem como objetivo desenvolver ações de ensino, pesquisa e extensão sobre os impactos na saúde mental de indivíduos vítimas e perpetradores das diversas expressões de violência. Entre os estudos realizados pelo grupo, estão as análises dos diferentes relatórios e manuais desenvolvidos por organizações mundiais e nacionais a fim de diminuir os índices de violência no mundo.

A partir dessas análises e da minha vivência como enfermeira, me deparei com a necessidade de compreender quais as concepções dos profissionais de diferentes serviços sobre os transtornos de comportamento em crianças e adolescentes e quais são as práticas de tratamento oferecidas para essas crianças e adolescentes.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam com reflexões acerca das políticas públicas desenvolvidas para tratar crianças e adolescentes com transtorno de conduta e transtorno desafiador e de oposição, com o propósito de nortear estratégias de prevenção e tratamento para essa população.

A pesquisa será estruturada em seis capítulos, a saber:

O primeiro capítulo apresenta o conceito de violência interpessoal e seu impacto no mundo e no Brasil. Em seguida, apresentamos a caracterização dos transtornos de comportamento, seu conceito, prevalência, fatores de risco e proteção, prognóstico e sua relação com a violência interpessoal. Por fim, descrevemos os tratamentos baseados em evidências para transtornos de comportamento e as políticas de prevenção à violência juvenil instituídas no Brasil.

No segundo capítulo, apresentamos a justificativa para realização deste estudo, tendo como base as lacunas existentes na literatura nacional acerca dos transtornos de comportamento. Neste capítulo também explicitamos as questões norteadoras que justificam a realização do estudo.

No terceiro capítulo são apresentados os objetivos gerais e específicos de nosso estudo.

Todas as etapas metodológicas percorridas durante o estudo são descritas no capítulo quatro, sendo apresentadas respectivamente: o delineamento do estudo, os locais em que ele é

realizado, os sujeitos da pesquisa, os procedimentos e instrumentos utilizados para a coleta de dados, os procedimentos éticos e por fim, a organização e o tratamento dos dados.

O quinto capítulo apresenta os resultados e discussão da pesquisa que estão articulados aos objetivos propostos. Os achados são discutidos com a literatura científica nacional e internacional, com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS, com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e com a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde do Brasil.

Finalmente, no sexto capítulo, trazemos as considerações finais do estudo, que conta com uma síntese dos resultados, suas principais contribuições e sugestões a serem realizadas para obtenção de intervenções efetivas para crianças e adolescentes com sinais e sintomas de transtornos de comportamento.

1 Introdução

1.1 Violência interpessoal: um problema de saúde pública

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como:

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

Segundo a OMS, a violência apresenta tipologias e uma delas é a violência interpessoal, que pode ser dividida em duas principais categorias: a violência da família e de parceiros íntimos e a violência comunitária. A primeira é caracterizada pela violência que ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, mas não exclusivamente dentro de casa. Por sua vez, a violência comunitária é aquela que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco, que podem ser conhecidos ou estranhos, geralmente fora de casa (KRUG et al., 2002).

Entre exemplos de violência da família e parceiros íntimos estão o abuso infantil, a violência praticada por parceiro íntimo e a violência contra idosos. Em relação à violência comunitária, podemos citar a violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, como escola, locais de trabalho, prisões e asilos (KRUG et al., 2002).

No ano de 1996, na 49ª Assembleia Mundial de Saúde, a violência foi declarada como problema de saúde grave e crescente em todo mundo por meio da resolução WHA 49.25. A partir disso, a OMS, no ano de 2002, tornou público o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, incorporando formalmente a violência à agenda do setor saúde e ressaltando sua associação com diversos prejuízos biológicos, físicos e psicológicos dos indivíduos que perpetraram e são vítimas desse fenômeno (KRUG et al., 2002).

Como um dos principais objetivos do relatório, está o desenvolvimento de políticas destinadas à prevenção e abordagem dos casos de violência por parte de todos os setores da sociedade. Por isso, em 2014, a OMS apresentou os progressos realizados pelos países em relação à implementação das recomendações realizadas desde então, formulando o “Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014” que apresenta dados de 133 países, representando 88% da população mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Dados deste relatório demonstram que entre os países de renda média e baixa, os maiores índices de violência no ano de 2012 ocorreram nas regiões das Américas, com uma taxa de 28,5% de mortes por cem mil pessoas. Em relação ao Brasil, no ano de 2004 os custos econômicos diretos e indiretos resultantes da violência corresponderam a 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB) do país (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014). Entre os anos de 1980 e 2010, ocorreram 1,09 milhões de homicídios, o que fez o Brasil apresentar o maior índice de anos perdidos devido à violência em relação a qualquer outro país membro da Organização Mundial de Saúde (MURRAY; CERQUEIRA; KAHN, 2013).

A população jovem é uma das mais afetadas pela violência no mundo. Apenas no ano de 2012, 475 mil pessoas foram vítimas fatais de homicídio no mundo, sendo que 60% desse número eram homens de 15 a 44 anos de idade. Contudo, os índices de mortalidade causadas por conta da violência são apenas a ponta do iceberg deste problema, já que todos os dias, dezenas de milhares de pessoas são vítimas de violência não fatal, que geram prejuízos físicos, psicológicos e sociais permanentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

No Brasil, a mortalidade de adolescentes e adultos jovens é atualmente um dos principais problemas de violência. Entre os anos de 1980 e 2010, o índice de homicídio entre jovens aumentou em 346% (MURRAY; CERQUEIRA; KAHN, 2013). O número de mortes entre adolescentes no país é um dos maiores do mundo, ultrapassando as estatísticas de países em situação de guerra (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA, 2015).

A falta de investigação dos assassinatos de jovens brasileiros acaba por alimentar a sensação de impunidade no país, e conseqüentemente aumentar a violência. Na verdade, algumas partes da sociedade culpam os próprios adolescentes pela violência experimentada, fazendo com que sentenças de morte recaiam todos os dias sobre crianças e adolescentes, especialmente aqueles que são negros e se encontram em situação social vulnerável (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2015).

As agressões são a principal causa de morte violenta entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade no país, e a segunda entre aqueles de 10 a 14 anos. O aumento do índice de homicídios entre jovens de 15 a 24 anos no Brasil aumentou 31,3% entre 1996 a 2006, sendo que nesse mesmo período, o aumento de homicídios na população geral foi de 20%. O único período em que houve diminuição dos índices de homicídio entre jovens brasileiros foi entre os anos de 2001 e 2007, devido a diminuição das desigualdades sociais, o aumento da renda média para cada habitante (MURRAY; CERQUEIRA; KAHN, 2013) e a revigoração da lei do desarmamento civil (BRASIL, 2010; MURRAY; CERQUEIRA; KAHN, 2013).

Assim como a violência mundial, a taxa de mortalidade representa uma fração pequena dos problemas causados pela violência interpessoal no país. Quando comparamos os índices de assaltos aos de homicídios no Brasil, temos um valor de 340 por 100.000 e de 26.9 por 100.000 habitantes respectivamente, o que sugere que o número de situações nas quais ocorrem violência é significativamente maior do que o número de mortes ocorridas devido a ela (MURRAY; CERQUEIRA; KAHN, 2013).

O fato do problema da violência se estender para além dos casos de homicídios pode ser notado através de estudos realizados em escolas brasileiras, nos quais de 15,2% a 22,8% dos adolescentes se envolvem em brigas, e de 1% a 4,8% carregam armas de fogo nas escolas (MURRAY; CERQUEIRA; KAHN, 2013). Em um mês, cerca de 4.835 casos de lesões relacionadas à violência foram atendidos nos serviços de emergência do Brasil, sendo que 91% dos casos eram referentes a violência interpessoal, e mais da metade deles (55%), eram jovens entre 10 e 29 anos de idade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

1.2 Caracterização dos transtornos de comportamento na adolescência e sua relação com a violência interpessoal

A relação da violência interpessoal com os transtornos de comportamento ocorre desde o início do desenvolvimento da criança, já que ser exposto às diferentes formas de violência interpessoal é um fator de risco importante para o desenvolvimento de comportamentos disruptivos. Os próprios sinais e sintomas dos transtornos são caracterizados por comportamentos violentos, e além disso, dependendo de uma diversificação de fatores que veremos a seguir, os transtornos de comportamento podem levar a atos violentos mais graves com o passar do tempo.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM-5) (APA, 2014), os transtornos de comportamento se inserem na categoria referente aos transtornos disruptivos do controle de impulsos e da conduta. Apesar dessa categoria envolver diversos transtornos que são caracterizados por problemas no autocontrole das emoções e dos comportamentos, dois deles possuem características semelhantes e diferenciadas, já que envolve uma dificuldade específica no controle de condutas que acabam por gerar prejuízos a terceiros (APA, 2014).

Esses dois transtornos são o Transtorno Desafiador de Oposição (TDO) e o Transtorno de Conduta, que diferem um do outro em sua apresentação clínica. Assim, o TDO caracteriza-se por um padrão repetitivo e persistente de um comportamento desafiador, como birras, não

respeitar os adultos e as regras de casa ou da escola, entre outros. No Transtorno de Conduta, os sintomas descritos no TDO estão presentes, mas acrescenta-se a eles a violação persistente e frequente aos direitos fundamentais das outras pessoas e das normas sociais, como agressão física grave, roubo e danos à propriedade, comportamentos estes que não são comuns em qualquer fase do desenvolvimento normal (APA, 2014).

O Transtorno de Conduta ainda apresenta três subtipos: 1) com início na infância, 2) com início na adolescência e 3) com início não especificado. O aparecimento precoce do Transtorno de Conduta, isto é, com início na infância, está associado a problemas graves no futuro e a maior probabilidade de evolução para um transtorno de personalidade antissocial quando comparado ao subtipo com início na adolescência (APA, 2014).

Outro fator que indica pior prognóstico do transtorno é quando ele se apresenta com emoções pró-sociais limitadas, isto é, quando há ausência de culpa e de emoções afetivas positivas. Na última edição do DSM-5, houve uma distinção entre crianças diagnosticadas com Transtorno de Conduta nas quais a falta de empatia, preocupação por outros e a ausência de remorso estavam presentes desde a infância. Tais características foram fortemente associadas com sintomas mais graves da doença e pior prognóstico na fase adulta (APA, 2014; VIDING; SEARA-CARDOSO; MCCRORY, 2014; LONGMAN; HAWES; KOHLHOFF, 2016).

A prevalência dos transtornos de comportamento é um fator curioso a ser analisado: a escala mais utilizada para avaliar a epidemiologia do transtorno no país é o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), validado no Brasil no ano de 2000 como Questionário de Capacidades e Dificuldades. Trata-se de um instrumento de rastreio para diversos padrões de comportamento na infância (STIVANIN; SCHEUER; ASSUMPÇÃO JR, 2008).

Quando utilizado o SDQ, o índice de problemas de comportamento varia de 6,5% a 48,8%, com média de 20,8%. Tal valor é considerado o dobro daqueles encontrados em estudos realizados nos Estados Unidos (10,7%) e na Inglaterra (12,7%) ao utilizarem o mesmo questionário (MURRAY et al, 2013).

Porém, estudos que utilizam instrumentos específicos para identificar sintomas de transtornos de comportamento encontraram uma prevalência semelhante à de países desenvolvidos, sendo de 1,4% para os transtornos de conduta e de 2,4% para o TDO, obtendo uma prevalência de 4,1% quando considerados ambos os diagnósticos (MURRAY et al, 2013).

Em outros países, quando aplicado o mesmo questionário, a prevalência dos transtornos de conduta e do TDO foram respectivamente de 1,5 e 2,3% para Inglaterra, 0,5% e

2,5% na Noruega, 2,9% e 5,9% em Bangladesh e de 1,8% e 4,0% no Iêmen (MURRAY et al, 2013).

Dessa forma, os resultados apontam que no Brasil, temos uma prevalência de transtorno de comportamento semelhante à de outros países, porém, um alto índice de comportamentos disruptivos subclínicos, isto é, pequenos comportamentos desviantes, como agredir terceiros, mentir ou desobedecer às regras, mas que não chegam a preencher os critérios diagnósticos para transtornos de comportamento (MURRAY et al, 2013).

Uma das possíveis explicações dos autores para esse resultado seria de que as crianças e adolescentes no Brasil possuem maiores índices de comportamentos antissociais por serem mais expostas a ambientes violentos e vulneráveis (MURRAY et al., 2013).

Contudo, o último estudo que avaliou a prevalência de transtornos de comportamento no Brasil comparado com a Inglaterra foi o estudo de Murray et al. (2015a), ao comparar os índices obtidos na cidade de Pelotas (RS), com a cidade de Avon, na Inglaterra. O estudo obteve uma prevalência de 33,9% de transtornos de comportamento em Pelotas e de 8,5% em Avon.

Como qualquer transtorno mental, as causas dos transtornos de comportamento dependem da presença de diversos fatores de risco e proteção aos quais a criança é exposta ao longo da vida, sendo que os fatores de risco para o desenvolvimento do TDO e do transtorno de conduta são semelhantes, com exceção do subtipo de transtorno de conduta com emoções pró-sociais limitadas (FRICK, 2016).

Enquanto que a contribuição genética do TDO e do transtorno de conduta é 30%, no caso do subtipo com emoções pró-sociais limitadas esse valor é de 80% (FRICK et al., 2014; OUELLET-MORIN et al., 2016).

Outros fatores de risco associados aos transtornos de comportamento são: viver em comunidades que apresentam altos índices de risco social e com baixo suporte social (MURRAY et al., 2015a; SHAW et al., 2016; KYRANIDES et al., 2017), baixa renda familiar (MURRAY et al., 2015a; MURATORI et al., 2016), ter pais que possuem transtorno depressivo ou dependência química (ERSKINE et al., 2016; MORGAN et al., 2016; SHAW et al., 2016), ter baixo rendimento escolar ou ter abandonado a escola (MURRAY et al., 2015a; ERSKINE et al., 2016) e fatores perinatais, como tabagismo gestacional, complicações gestacionais, parto prematuro e baixa idade materna (MURRAY et al; 2015a; SHAW et al 2016).

Contudo, um os fatores de risco de maior impacto no desenvolvimento de transtornos de comportamento é o uso de práticas educativas negativas pelos pais, como o abuso físico e

psicológico, técnicas disciplinares autoritárias e baixo envolvimento afetivo, além de outras situações de maus tratos, como a negligência e o abuso sexual (MURRAY; CERQUEIRA; KAHN, 2013; BERNARDES, 2015; DACKIS; ROGOSH; CICCETTI; 2015; DU PLESSIS et al., 2015; PASALICH et al., 2016; SHAW et al., 2016).

Em relação a esses fatores, as práticas disciplinares autoritárias e coercitivas estariam mais associadas ao TDO e ao transtorno de conduta, enquanto que a negligência emocional estaria mais associada ao subtipo de transtorno de conduta com emoções pró-sociais limitadas (FRICK, 2016). Os maus tratos também foram considerados uma das variáveis que isoladamente possuem impacto significativo no surgimento e na gravidade dos transtornos de comportamento (BERNARDES, 2015; OUELLET-MORIN et al., 2016).

Um recente estudo de autópsia avaliou as estruturas cerebrais de três grupos diferentes de indivíduos: 1) indivíduos que faleceram e que não possuíam transtornos mentais; 2) indivíduos que cometeram suicídio e que haviam sofrido maus tratos na infância; 3) indivíduos que cometeram suicídio devido a um quadro depressivo grave, mas que não haviam sofrido maus tratos na infância (LUTZ et al., 2017).

Seus resultados demonstram que os maus tratos na infância levam a alterações específicas na metilação do DNA de genes responsáveis pela mielinização. Tal processo leva a uma redução seletiva na espessura de bainhas de mielina nos axônios de pequeno diâmetro, responsáveis por importantes conexões cerebrais que regulam as emoções e os comportamentos, levando a importantes dificuldades interpessoais (LUTZ et al., 2017).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos de comportamento no Brasil são os mesmos daqueles encontrados em outros países, inclusive em países desenvolvidos (MURRAY et al, 2013; MURRAY et al, 2015a). Porém, as crianças brasileiras são expostas a um número maior de fatores de risco durante seu desenvolvimento do que aquelas nascidas em países desenvolvidos (MURRAY et al, 2015a).

Como dito anteriormente, além da violência interpessoal predispor transtornos de comportamento e fazer parte dos sinais e sintomas do diagnóstico, o prognóstico do transtorno pode acarretar em índices cada vez maiores e mais graves de violência, principalmente quando intervenções adequadas e efetivas não são realizadas (PASALICH et al., 2016).

No caso do TDO, crianças que apresentam uma predominância de sintomas desafiantes, vingativos e questionadores evoluem com maior frequência para o transtorno de conduta, no qual os sintomas agressivos são mais graves (APA, 2014). Já quando há uma predominância de um humor irritável e comportamento impulsivo, há maiores chances do

desenvolvimento de transtornos emocionais no futuro, como ansiedade e depressão (APA, 2014; AEBI et al, 2016).

No caso dos transtornos de conduta, seu curso é frequentemente associado com o abandono escolar e a dependência de substâncias psicoativas (ERSKINE et al., 2016). Adolescentes diagnosticados com transtorno de conduta também são mais suscetíveis a se envolverem em problemas legais, em contrair doenças sexualmente transmissíveis e em se envolverem em acidentes causados por brigas (APA, 2014) e acidentes de carro (WICKENS et al., 2015).

Contudo, o prognóstico mais preocupante do transtorno é o seu desenvolvimento para o transtorno de personalidade antissocial na vida adulta, o que predispõe seu envolvimento com crimes e dificuldades de ocupação na vida adulta (MURRAY et al., 2015a; ERSKINE et al., 2016; FRICK, 2016). Esse desenvolvimento é mais comum no subtipo em que há emoções pró-sociais limitadas (FRICK, 2014).

Dessa forma, não pretendemos reduzir a violência e a criminalidade à psicopatologia, porém, não há como negar o impacto dos transtornos de comportamento nos índices de criminalidade. Devido a essa variedade de fatores que transcendem diversas áreas do conhecimento, é necessário que o trabalho público de prevenção e atendimento à crianças e adolescentes com transtornos de comportamento seja realizado pelos diferentes setores governamentais, através do uso de intervenções científicas eficazes.

1.3 Tratamentos baseados em evidências para os transtornos de comportamento

O tratamento de maior evidência científica para os transtornos de comportamento é o treinamento parental (COMER et al., 2013; FURLONG et al., 2013; EPSTEIN et al., 2015; PASALICH et al., 2016), que consiste em diminuir práticas de disciplina negativas e aprimorar práticas eficazes de comunicação entre pais e filhos.

O treinamento de habilidades sociais e a terapia cognitiva-comportamental para as crianças que possuem o transtorno também apresentam um resultado positivo de melhora dos sintomas (FURLONG et al., 2013; EPSTEIN et al., 2015; PASALICH et al., 2016).

Porém, o melhor resultado advém da união dessas modalidades associadas a um currículo escolar que tenha em seus objetivos o desenvolvimento de habilidades sociais em crianças e adolescentes (FURLONG et al., 2013; EPSTEIN et al., 2015; PASALICH et al., 2016). Além disso, é imprescindível que suas famílias recebam apoio social quando necessário, como oportunidades de emprego e incentivos de renda. Dessa forma, o tratamento

mais eficaz para os transtornos de comportamento abrange intervenções psicossociais (COMER et al., 2013).

Seguindo tais recomendações, profissionais do *National Institute Of Health And Care Excellence* (NICE) na Inglaterra, formularam no ano de 2006 seu primeiro *guideline* de atendimento para crianças e adolescentes com transtornos de comportamento, que foi atualizado no ano de 2017 (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2017).

O *guideline* traz uma descrição completa do problema dos transtornos de comportamento no país e normatiza ações de prevenção seletiva e atendimento dos transtornos, envolvendo os órgãos de todo o país, destacando os profissionais da saúde e da assistência social. O material apresenta as escalas mais indicadas para identificar tanto os sinais subclínicos como novos casos de transtorno de comportamento, e em seguida, traz recomendações sobre como proceder para cada pontuação identificada na escala (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2017).

O *National Institute Of Drug Abuse* (NIDA) dos Estados Unidos, também traz em seu *guideline* para prevenção do uso nocivo de substâncias recomendações acerca da identificação e tratamento dos transtornos de comportamento. Neste *guideline*, o programa recomendado para a prevenção e tratamento do transtorno é o *Fast Track Intervention*, formulado pelo *Conduct Problems Prevention Research Group*, um grupo de pesquisa vinculado ao *National Institute of Mental Health* (NIMH) que conta com o apoio de quatro universidades americanas (NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE, 2016).

O *Fast Track Intervention* é um programa de prevenção para transtornos de comportamento que realiza suas ações desde os primeiros anos do ensino infantil, abrangendo as seguintes intervenções: um currículo escolar chamado PATHS, voltado para o desenvolvimento de habilidades sociais e o aprimoramento da regulação emocional em crianças; o treinamento parental; visitas domiciliares com intuito de promover habilidades de resolução de conflitos e autoeficácia entre os membros da família; o programa *Friendship Groups*, que realiza treinamento de habilidades sociais entre as crianças, e o programa *Peer Pairing*, que envolve tutores que aprimoram habilidades de leitura e a promoção de relacionamentos amigáveis entre as crianças nas salas de aula (FAST TRACK PROJECT, 2011).

Já na adolescência, para as crianças do ensino fundamental e suas famílias são realizadas intervenções individuais e encontros em grupos com a finalidade de apoiar a transição entre o ensino fundamental e médio. Nesta fase, o foco da intervenção consiste em

um plano individual de prevenção baseado nos critérios avaliados em cada criança ao longo dos anos. Dessa forma, dependendo dos fatores de risco e proteção levantados pelos profissionais, são realizadas as seguintes estratégias: visitas domiciliares; resolução de problemas em família e parcerias com escolas e agências comunitárias de serviço (FAST TRACK PROJECT, 2011).

No que diz respeito aos transtornos de comportamento na infância e adolescência, apesar de haver recomendações acerca do atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e em risco social provindas de material publicado pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Assistência Social, ainda há carência de manuais e diretrizes estruturados e com orientações para intervenções específicas (prevenção, tratamento individual, abordagem e terapia familiar) respaldadas por um bom nível de evidência científica e referencial teórico explícito para transtornos de comportamento.

Em relação a saúde, apenas em 2001 ações para crianças e adolescentes com transtornos mentais foi colocada em pauta pela primeira vez, na III Conferência Nacional de Saúde Mental. Até o século XX, as intervenções para essa população eram realizadas em locais fechados, com intuito de medicalização e isolamento (RIBEIRO et al., 2013).

Após a Reforma Psiquiátrica, tanto para a saúde do adulto como para saúde da criança, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), surgiu como principal local responsável para atender a demanda de saúde mental, já que permite a inserção social dos usuários e seu convívio com a família. O CAPS-i é um local específico para tratamento e cuidado dos Transtornos mentais da infância e adolescência, devendo estar presente em todas as cidades com mais de 150.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Já os hospitais passam a ser recomendados para a internação de casos graves, que apresentam pelo menos uma das seguintes condições: risco de autoagressão ou heteroagressão; risco de agressão à ordem pública; risco de exposição social e incapacidade grave de autocuidado (BRASIL, 2004).

Diferente do atendimento anterior à Reforma Psiquiátrica, no qual o hospital era o início e fim do tratamento, sua finalidade atual é de minimizar os riscos provenientes do transtorno e ajustar o tratamento psicofarmacológico. Porém, o foco primordial da internação atual é levantar as necessidades psicossociais do indivíduo a fim de restabelecer sua inserção social, sendo uma medida terapêutica importante para o tratamento de transtornos mentais (GALERA; CARDOSO, 2011).

Assim como na saúde, a Assistência Social implementou o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no ano de 2005, que como o Sistema Único de Saúde (SUS), tem a

proposta de oferecer atendimento a quem dele necessitar, independentemente da contribuição à seguridade social. O SUAS embasa suas ações em diferentes níveis de complexidade, sendo o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o responsável pela atenção social básica, com o objetivo de prevenir riscos sociais e fortalecer os vínculos nas famílias e nas comunidades, e o CREAS, responsável por casos de maior complexidade, nos quais a criança ou o adolescente já se encontra em situação de risco social, tais como abusos físicos, psicológicos, negligência e comportamentos de risco social, como são os casos de transtorno de comportamento (BRASIL, 2005).

Outro órgão que se faz presente no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais ou em risco social é o Conselho Tutelar, criado e regulamentado pela Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990 através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990).

O Conselho Tutelar, possui seus direitos e deveres no Título V do ECA, e sua presença é obrigatória em todos os municípios. O conselho é composto por cinco membros eleitos pela população, com mandato de três anos, e os pré-requisitos para os candidatos são o reconhecimento de idoneidade moral, idade superior a 21 anos, e morar no município há mais de dois anos (BRASIL, 1990).

No caso de crianças e adolescentes com transtorno de comportamento, o conselho tutelar desempenha um papel fundamental, já que é a porta de entrada para crianças e adolescentes que se encontram em situação de risco para o desenvolvimento do transtorno. Em um estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, os problemas de comportamento de crianças e adolescentes ocuparam o quinto lugar na frequência de notificações feitas ao conselho tutelar (BAZON, 2008).

Dessa forma, apesar de não termos um guia claro de procedência em casos de sintomas clínicos ou subclínicos de transtornos de comportamento, contamos com serviços especializados para o atendimento de crianças e adolescentes que apresentam tais sintomas ou que são expostas a seus fatores de risco. Além disso, há no Brasil e no mundo, alguns projetos e portarias que visam prevenir a violência e servir de guia sobre como tais serviços devem proceder para alcançar esse objetivo.

1.4 Políticas de prevenção da violência juvenil

No Brasil, o fenômeno da violência como problema de saúde foi instaurado no ano de 2001 por meio da Portaria GM/MS Nº 737, a Política Nacional de Redução da

Morbimortalidade por Acidentes e Violência com o objetivo de desenvolver ações articuladas e sistematizadas entre os diferentes serviços municipais, estaduais e federais (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência aborda medidas amplas para evitar a ocorrência da violência de uma forma geral e de acidentes de trânsito, elaborando as seguintes diretrizes: promover a adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorar a ocorrência de acidentes e violência; sistematizar, ampliar e consolidar o atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violência; estruturar e consolidar o atendimento voltado à recuperação e reabilitação; capacitar os recursos humanos e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001).

Um dos principais problemas apontados pela portaria (GM/MS N° 737) era a falta de normalização dos serviços de atendimento pré-hospitalar, já que não havia um sistema hierarquizado e regionalizado entre eles. Tal problemática fazia com que o indivíduo demorasse a receber o atendimento na unidade adequada, contribuindo para o agravamento dos quadros de saúde (BRASIL, 2001).

Dessa forma, a Portaria estabelece a prioridade de medidas preventivas, tanto aquelas que previnem a ocorrência da violência, como aquelas que se destinam a evitar ou minimizar as sequelas de indivíduos que já são vítimas do problema. Por conta disso, a organização dos serviços de atendimento pré-hospitalar se tornou a chave central desta política, sendo fixados incentivos financeiros para os estados e municípios que investissem nesse constructo (BRASIL, 2001).

Para a concretização de tal política, a portaria aponta para a necessidade dos serviços de saúde prestar uma atenção digna e resolutiva às vítimas de violência desde o primeiro nível de atenção. Para isso, se faz necessário estabelecer fluxos de referências entre os sistemas de saúde e as áreas jurídicas e de segurança. Além disso, todo profissional deve receber capacitação adequada para identificar casos de maus-tratos, acionar os serviços existentes e acompanhar os casos identificados (BRASIL, 2001).

Com relação ao atendimento de crianças e jovens vítimas de violência, a portaria estabelece a necessidade de uma equipe interdisciplinar que garanta acesso aos serviços médicos, psicológicos e sociais necessários tanto para as crianças, como para suas famílias, além de estabelecer a necessidade de serviços de referência para os casos de difícil manejo (BRASIL, 2001).

Para isso, algumas medidas necessárias são apontadas, tais como: o desenvolvimento e a implementação de mecanismos de possibilitem a articulação intrasetorial; a ampliação da

abrangência dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade, criando um sistema padronizado e integrado que contenha os dados do atendimento pré-hospitalar, de pronto-socorros e dos ambulatórios; a capacitação de recursos humanos; a articulação da saúde com os setores de educação, justiça e segurança pública, através de protocolos de cooperação na prevenção de violências que incluem treinamentos para policiais, técnicos do Instituto Médico Legal (IML), conselheiros tutelares e varas da infância e juventude e por último organizar e implementar uma rede regionalizada e hierarquizada para as vítimas de violência (BRASIL, 2001).

A partir das recomendações feitas pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, diversas outras portarias foram criadas a fim de alcançar os objetivos estabelecidos, como a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, através da Portaria Nº 936 em 2004. Nela, ficam estabelecidas diretrizes e objetivos para a federação, estados e municípios na prevenção da violência (BRASIL, 2004).

Em relação aos municípios, são apontadas as seguintes diretrizes pela Rede Nacional: a elaboração de um plano municipal para prevenção da violência e promoção da saúde; promover políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde; qualificação e articulação da rede integral às pessoas vivendo em situações de violência e desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis, garantindo a implantação e implementação da notificação de maus-tratos e outras violências, possibilitando a melhoria na qualidade de informação e participação nas redes locais de atenção integral para populações estratégicas (BRASIL, 2004).

Em relação às portarias citadas, as principais diretrizes elaboradas fornecem orientações gerais para prevenção da violência e se concentram principalmente em crianças e adolescentes vítimas do fenômeno. Sendo assim, mesmo os maus-tratos sendo um fator de risco para comportamentos violentos no futuro, outras medidas de prevenção devem ser realizadas para crianças e adolescentes que já apresentam comportamentos disruptivos.

A OMS recomenda que os países desenvolvam as seguintes estratégias para o alcance de um programa nacional efetivo contra violência: o desenvolvimento de relacionamentos seguros, estáveis e protetores entre as crianças e seus pais; o desenvolvimento de habilidades para vida em crianças e adolescentes; a redução do uso nocivo de álcool por crianças e adolescentes; a redução do acesso a armas de fogo e faca; a promoção da igualdade de gênero; mudança das normas sociais e culturais que apoiam a violência; a criação de programas de

atendimento a vítimas, incluindo identificação e cuidados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Em relação à violência juvenil, os principais programas elaborados pelos países membros da OMS são: visitação domiciliar; educação parental; prevenção de abuso sexual em crianças; melhorias na pré-escola; desenvolvimento de habilidades sociais para crianças e adolescentes; prevenção de *bullying*; orientação ou *mentoring*, e programas após horário escolar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Contudo, apenas 50% dos países apresentam programas específicos para prevenção da violência juvenil. Além disso, outros problemas importantes são levantados pela OMS no Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência de 2014, como a ausência de agências de coordenação do trabalho multissetorial que abordam todas as formas de violência e o baixo nível de evidências dos programas de prevenção formulados por países de renda baixa e média (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

2 Justificativa

Apesar dos avanços alcançados com a criação do conselho tutelar, das redes de atendimento especializadas para infância e das portarias referentes à prevenção da violência, o Brasil ainda enfrenta um grave problema em relação a violência juvenil.

Desde a criação do ECA em 1990, o país se tornou referência mundial na redução de mortalidade infantil, porém, tem um crescimento alarmante de assassinatos entre seus adolescentes, sendo que a cada dia, 28 crianças e adolescentes morrem assassinados, colocando o Brasil em segundo lugar no ranking dos países com maior número de assassinatos de jovens de até 19 anos, perdendo apenas para a Nigéria (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2015).

O estudo recente de Murray et al. (2015a), traz apontamentos importantes: primeiro, um índice significativamente maior de transtornos de comportamento e crimes violentos no Brasil quando comparados com a Inglaterra. Em seguida, o estudo demonstra que os fatores de risco pré-natais têm maior impacto no desenvolvimento de transtornos de comportamento nas crianças inglesas do que nas crianças brasileiras.

Uma das hipóteses para este resultado é de que os fatores de risco após o nascimento são aqueles que mais impactam no desenvolvimento de transtornos de comportamento no Brasil, e que contribuem diretamente com maiores índices de violência no país (MURRAY et al., 2015a; MURRAY et al., 2015b).

Os autores destacam a pobreza, as desigualdades sociais e o baixo suporte estatal como uma das possíveis explicações para a disparidade entre os países, destacando a necessidade de investimento em programas de prevenção que envolvam medidas efetivas para minimizar o problema, como programas baseados no treinamento parental (MURRAY et al., 2015a; MURRAY et al., 2015b).

Porém, a OMS destaca que apesar dos países do continente americano terem implementado o maior número de programas de prevenção à violência, são pequenas as evidências científicas que avaliam a efetividade dos mesmos, sendo que o único continente a apresentar programas de prevenção com evidências robustas é o europeu (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Por conta disso, é recomendado estudos acerca de medidas de prevenção e atendimento às vítimas e perpetradores de violência realizados em países em desenvolvimento, como o caso do Brasil. A necessidade de realizar estudos qualitativos é destacada pela OMS, a fim de identificar em que medida as ações de prevenção e atendimento estão sendo realizadas em conformidade com as melhores práticas baseadas em evidências (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

No caso dos transtornos de comportamento, os estudos brasileiros abordam principalmente a formulação diagnóstica do transtorno (SCIVOLETTO et al., 2009), sua prevalência e fatores associados (CRUZEIRO et al., 2008; GRAÇA FATORI DE SÁ et al., 2009; PACHECO; HUTZ, 2009; PESCE, 2009; CID, 2011; RODRIGUEZ et al., 2011; SHERMAN; DUARTE; VERDELI, 2011; BERNARDES, 2015; MURRAY et al., 2015a; MURRAY et al., 2015b), e artigos de revisão que descrevem as características do transtorno, seus fatores de risco e proteção e as técnicas específicas e eficazes de tratamento (DE CASTRO MELO et al., 2016).

Contudo, não há estudos que analisam as intervenções relacionadas às crianças e adolescentes com transtornos de comportamento realizadas pelos serviços que trabalham com este público. Por conta disso, este estudo se propõe a fazer uma análise qualitativa das narrativas de profissionais dos serviços de saúde e de assistência social de um município do interior paulista sobre o conhecimento e as ações desenvolvidas por eles para prevenção e tratamento dos transtornos de comportamento em crianças e adolescentes.

A partir disso, acreditamos que podemos contribuir para avaliar se tais concepções e práticas estão em conformidade com aquelas preconizadas pelas evidências científicas sobre os transtornos de comportamento, pelo Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS, pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e pela Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde do Brasil, podendo apontar possíveis direcionamentos para obtenção de resultados mais efetivos.

A partir destas considerações, as seguintes questões norteadoras foram formuladas: Qual o conhecimento que os profissionais dos serviços de saúde e de assistência social de um município do interior paulista possuem acerca dos transtornos de comportamento? Como são realizadas as ações de prevenção e tratamento a crianças e adolescentes com transtorno de comportamento por esses serviços?

3 Objetivos

3.1 Objetivos gerais

Compreender os sentidos e significados que os profissionais de serviços de saúde e de assistência social de um município do interior paulista têm acerca dos transtornos de comportamento em crianças e adolescentes.

3.2 Objetivos Específicos

a) Descrever o conhecimento dos profissionais de serviços de saúde e de assistência social de um município do interior paulista acerca dos transtornos de comportamento em crianças e adolescentes;

b) Identificar as ações desenvolvidas por profissionais de serviços de saúde e de assistência social de um município do interior paulista no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos de comportamento.

4 Método

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de caráter qualitativo. A opção pela metodologia qualitativa ocorreu devido à possibilidade de compreensão da singularidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, compondo o ponto de vista de cada um, suas motivações, valores e crenças. A abordagem qualitativa consegue ouvir e dar voz aos participantes da pesquisa, dando significado para seus atos e suas relações (MINAYO; GUERREIRO, 2014).

A pesquisa descritiva-exploratória vem de encontro com a metodologia qualitativa, uma vez que dá informações detalhadas sobre o tema (MARCONI; LAKATOS, 2010). O objetivo do estudo exploratório é conhecer um fenômeno que ainda não foi explorado naquele local ou população; já o estudo descritivo o complementa, tendo o objetivo de entender quais os fatores que influenciam para que esse fenômeno aconteça (RICHARDSON, 2008).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em quatro serviços envolvidos diretamente nas ações de prevenção e tratamento de crianças e adolescentes com transtornos de comportamento do município de Marília-SP, sendo dois serviços de saúde e dois de assistência social. Assim, temos: o CAPS-i, por prestar atendimento especializado em saúde mental infantil; os dois conselhos tutelares, por representarem o órgão responsável para garantia do funcionamento adequado de toda a rede de proteção à infância e adolescência e por garantir os direitos de crianças e adolescentes; e o Hospital Espírita de Marília (HEM), por ser o único local responsável pela internação de crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos no município.

O CAPS-i de Marília foi inaugurado em 26 de setembro de 2012, e realiza atendimento de crianças de 0 a 17 anos e 11 meses de idade, que possuem qualquer tipo de transtorno mental. Atualmente, o local realiza atendimento de 36 crianças, contando com uma equipe composta por uma assistente social, uma enfermeira, uma psicopedagoga, duas fonoaudiólogas e três auxiliares de enfermagem. Os pacientes são acolhidos no serviço através do encaminhamento por parte de qualquer serviço de saúde do município. O período de funcionamento é das 14:00 às 18:00 e cada profissional cumpre a carga horária de 20 horas semanais, sendo quatro horas diárias no período da tarde.

Por conta do número de habitantes que residem no município, Marília possui dois conselhos tutelares, cada um com cinco profissionais, que segundo o ECA, devem possuir no

mínimo o ensino médio, não sendo necessárias profissões específicas para assistência prestada. Os dois conselhos têm os mesmos objetivos e funcionam no mesmo estabelecimento de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30min, contando com 10 profissionais no total, que cumprem 40 horas semanais divididas em 8 horas diárias de segunda a sexta-feira e os plantões noturnos, de finais de semana e em feriados de 24 horas para os casos de emergência. Os casos são encaminhados a partir de denúncias de violação aos direitos da criança e adolescente recebidas de qualquer pessoa ou órgão assistencial.

O HEM é o local de atendimento para transtornos mentais mais antigo do município, fundado em 18 de julho de 1948, no antigo molde de hospital psiquiátrico. Hoje, conta com 330 leitos, sendo 260 conveniados com o SUS e 40 destinados a pacientes particulares e convênios. Do total de leitos, 14 são destinados a menores de 18 anos com problemas psiquiátricos.

Quando fundado, o hospital passou a abrigar tanto indivíduos com transtornos mentais que não possuíam vínculo familiar como aqueles que foram abandonados pelas próprias famílias, sendo que muitos residem no local até o momento. Atualmente, o hospital conta com uma equipe multiprofissional que visa a internação de curta permanência e o atendimento a situações de crises com o objetivo de ressocialização após a alta. A equipe que presta atendimento aos menores é composta por quatro enfermeiros, sendo dois com carga horária de seis horas por dia no período da manhã e tarde e dois responsáveis pelo período noturno, com carga horária de 12 por 36; uma psicóloga, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional, que realizam 30 horas semanais de trabalho, porém, dividem suas tarefas com outros setores pertencentes ao hospital, passando quatro períodos semanais no setor responsável pela internação de crianças e adolescentes.

4.3 Sujeitos do estudo

Participaram do estudo 13 profissionais selecionados por conveniência e de maneira intencional.

Critérios de inclusão:

- a) profissionais com vínculo empregatício com algum dos serviços do estudo;
- b) profissionais com ensino superior completo, com exceção dos conselheiros tutelares, já que o critério de contratação dos mesmos exige o ensino médio;
- c) profissionais que realizaram atendimento direto de saúde ou assistência social a crianças e adolescentes.

Critérios de exclusão:

- a) profissionais que atuam nos serviços sem possuir vínculo empregatício, como estagiários, estudantes e residentes;
- b) profissionais que realizam atendimento de caráter apenas administrativo ou indireto, como registro, transporte, entre outros.

4.4 Procedimentos e Instrumentos para coleta de dados

Primeiramente, foi realizado um estudo piloto entre janeiro e fevereiro de 2016 a fim de avaliar o instrumento para coleta de dados. O projeto piloto contou com a participação de três profissionais do CAPS-i, dois profissionais do HEM e um profissional do Conselho Tutelar. Antes do início da coleta, a pesquisadora apresentou individualmente aos profissionais do CAPS-i, do HEM e do Conselho Tutelar o trabalho a ser desenvolvido, abrindo um momento para questionamentos ou dúvidas acerca do mesmo.

Em seguida, cada profissional escolheu previamente a data e o local para a realização das entrevistas, que foram coletadas no período de outubro a dezembro de 2016, em sala individual, no local de trabalho de cada participante. Antes de iniciar as entrevistas, cada profissional foi orientado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. Para Quaresma (2005), a entrevista semi-estruturada permite que o entrevistador elabore questionamentos voltados para seu foco de pesquisa ao mesmo tempo em que se assemelha a uma conversa informal, possibilitando ao entrevistado discorrer com liberdade sobre o tema proposto. O roteiro da entrevista (Apêndice B) foi dividido em duas partes: a primeira, constitui em questões fechadas referentes a identificação dos participantes do estudo. A segunda, composta por 10 questões abertas elaboradas pela pesquisadora relacionadas com o foco da pesquisa.

A primeira parte da pesquisa foi transcrita a mão pelos participantes e a segunda foi gravada em áudio digital. O tempo de cada entrevista foi de 20 a 50 minutos.

4.5 Procedimentos éticos

O projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP- USP, protocolo n. 49605215.6.0000.5393.

O projeto também contou com a anuência do secretário de saúde, do secretário de assistência social do município de Marília e do diretor do HEM.

4.6 Organização e tratamento dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2004). De acordo com Bardin (2004), a análise de conteúdo é caracterizada por um conjunto de técnicas que visam analisar as comunicações através de procedimentos sistemáticos, com ênfase no conteúdo transmitido através das mensagens.

A técnica é dividida respectivamente em três fases: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2004):

1) Na pré-análise é realizada uma leitura flutuante do material coletado com o objetivo de formular as primeiras impressões e hipóteses, organizando de forma não estruturada os aspectos mais importantes da análise. Através da leitura flutuante, começamos a compreender o conhecimento dos profissionais dos serviços acerca dos transtornos de comportamento;

2) A exploração do material consiste em selecionar as unidades de análise, ou seja, os principais temas evidenciados através dos discursos. Para isso, é necessário considerar os objetivos da pesquisa e o material previamente estudado, possibilitando que os temas sejam naturalmente evidenciados tanto pelos conteúdos concretos das mensagens, como nas significações que não são aparentes no texto. A escolha dos temas caracteriza a relação entre os objetivos do trabalho, as teorias de análise adotadas pelo pesquisador e as intuições do mesmo. Nesta fase, retiramos as principais unidades de significado dos profissionais e as agrupamos conforme suas semelhanças;

3) O tratamento dos dados é o momento em que o pesquisador realiza inferências e interpretações dos textos, oferecendo resposta aos seus objetivos. Nesta fase é comum que ocorra novas descobertas que se sobressaem nas mensagens.

5 Resultados e Discussão

5.1 Dificuldades encontradas

Diferente da abordagem quantitativa, que analisa o conhecimento a partir dos fenômenos concretos, a abordagem qualitativa visa compreender os significados das ações dos sujeitos, e para isso, a intensificação da relação entre investigador, campo de pesquisa e sujeitos pesquisados se faz necessária para avançar no conhecimento científico. Dessa forma, o pesquisador e o campo de pesquisa são entendidos como componentes do objeto de estudo, e os fenômenos que ocorrem no campo de pesquisa, como olhares, falas, sentidos, vivências e tensões, são considerados um dado a mais a ser investigado, que devem ser descritos e analisados pelo pesquisador (BESSA FERNANDES; RASGA MOREIRA, 2013).

Após o parecer favorável do Comitê de Ética para o desenvolvimento da pesquisa entramos em contato com as instituições selecionadas. O CREAS manifestou contrário à participação, alegando que não trabalhava ou desenvolvia qualquer tipo de atividade com crianças portadoras de transtornos de comportamento, e que qualquer tipo de transtorno era tratado apenas pelos órgãos responsáveis pela saúde.

Essa atitude mostrou-se contrária àquela preconizada pela Rede Nacional de Prevenção das Violências, além de ir contra as bases do atendimento biopsicossocial e integrado (CARPES et al., 2016) e às próprias recomendações de funcionamento do CREAS (BRASIL, 2011).

Quando insistimos com o funcionário do CREAS argumentando que a pesquisa se tratava de crianças e adolescentes com dificuldade de seguir regras e respeitar limites, podendo até mesmo ter o envolvimento em atos infracionais, foi nos dito que aquele local apenas acompanhava alguns casos de jovens que estavam em cumprimento de medida sócio-educativa. É importante lembrar que a cartilha do CREAS, além de recomendar o acompanhamento do jovem infrator, assegura que o serviço forneça apoio, orientação e acompanhamento às famílias em situação de violação de direitos, através do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), único programa obrigatório da instituição (BRASIL, 2011).

Nesse mesmo serviço tivemos a informação que nos próximos dois meses não haveria profissionais disponíveis para participar da pesquisa devido à sobrecarga de serviços. Passados dois meses, enviamos a carta de anuência do secretário da assistência social na qual autorizava a coletar os dados na instituição, e a aprovação do Comitê de Ética, mas não obtivemos retorno. Ao me apresentar pessoalmente no CREAS, tivemos a informação que a

responsável se encontrava de férias até aquele momento e que esta não autorizava a coleta de dados com nenhum outro profissional da instituição sem a sua presença.

Tais informações demonstravam desconfiança excessiva com a realização de pesquisas no local, mesmo após a explicação sobre o sigilo que consta em qualquer pesquisa com seres humanos. As hipóteses para esta ocorrência vão desde motivos simples, como o fato da instituição nunca ter participado de pesquisas anteriores, ou explicações que envolvem sentimentos de medo em haver retaliação por parte dos profissionais, caso algo de “errado” seja verbalizado, ou até mesmo a desconfiança em relação à pesquisadora, já que a cidade se encontrava em ano eleitoral e especulava-se a troca do secretário da assistência social do município.

Foi observado nesse caso atitude autoritária por parte do profissional por não permitir a participação de membros da equipe na pesquisa. Assim, devido às condições impostas para a participação dos profissionais na pesquisa e seguindo o cronograma de trabalho de coleta de dados, não foi possível incluir o CREAS neste estudo.

No CAPS-i, a dificuldade encontrada foi a alta rotatividade de profissionais no local. O projeto piloto foi apresentado para os profissionais do serviço em janeiro de 2016. Neste momento, o quadro de funcionários do local se encontrava de acordo com a Portaria/GM nº 336, que estabelece os recursos humanos mínimos para o funcionamento de um CAPS-i (BRASIL, 2002). Porém, ao retornar em fevereiro para realizar as entrevistas, o CAPS-i se encontrava sem o profissional médico psiquiatra e a profissional de psicologia, permanecendo dessa forma até o término da coleta em dezembro de 2016.

A portaria Portaria/GM nº 336, estabelece que para o funcionamento adequado de um CAPS-i, são necessários os seguintes profissionais: um médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de ensino superior e cinco profissionais de nível técnico (BRASIL, 2002). Esse fator tende a gerar um sub aproveitamento da capacidade do CAPS-i, pois a demanda de crianças e adolescentes que necessitam de atendimento é muito significativa.

No HEM, a dificuldade que encontramos foi entrevistar os enfermeiros do período noturno, já que esses profissionais são responsáveis por quatro alas do hospital, totalizando uma média de 90 leitos, além de contar com um menor número de técnicos e auxiliares de enfermagem. A legislação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), estabelece que pacientes de baixa complexidade necessitam de uma assistência de enfermagem de no mínimo 4 horas por cliente (COFEN, 2017). Se levarmos em conta as particularidades de pacientes psiquiátricos, muitas vezes em momentos de crise, com contenção mecânica e até mesmo com

comorbidades clínicas, o quadro de enfermeiros e auxiliares encontra-se abaixo do recomendado.

Nos Conselhos Tutelares, apesar do engajamento e da disponibilidade demonstrada por aqueles que participaram da pesquisa, dos 10 conselheiros, seis se recusaram a participar da pesquisa. Os motivos relatados foi que não se sentiam à vontade em ter a voz gravada, mesmo após a explicação de garantia de sigilo.

5.2 Caracterização da população estudada

As características dos participantes da pesquisa podem contribuir para análise dos resultados obtidos além de servir como base comparativa para futuros estudos que pretendam avaliar questões semelhantes. Alguns dados, como a profissão e a formação dos profissionais, contribuem para análise dos resultados da pesquisa e podem apontar possíveis direções para aperfeiçoar ações de prevenção e atendimento a crianças e adolescentes com transtornos de comportamento.

Assim, analisamos as características de dois serviços de saúde e dois conselhos tutelares do município de Marília-SP em relação ao atendimento a crianças e adolescentes com transtornos de comportamento quanto ao sexo, idade, ocupação, estado civil, religião, formação profissional, tempo de trabalho e quanto a sua vontade para exercer a atual ocupação. Os resultados e as análises advindas desses dados são apresentados a seguir.

Dos 13 participantes da pesquisa, 10 eram mulheres, sendo sete mulheres da área da saúde e três do conselho tutelar. Três participantes eram homens, sendo dois da área da saúde e um do conselho tutelar. Historicamente, as profissões que envolvem o cuidado, principalmente de crianças e adolescentes, foram socialmente atribuídas às mulheres, valor que permeia até os dias atuais em nossa sociedade. Por conta disso, é comum encontrar um maior número de mulheres em profissões como a enfermagem, a assistência social, a psicologia, entre outras, presentes no estudo (ABRAMO, 2000).

O estudo de Ramminger e Cruz de Britto (2008), também encontrou uma predominância significativa de mulheres em instituições de cuidado à saúde mental, sendo que a prevalência de profissionais do sexo feminino nos CAPS foi de 85% em Porto Alegre, 72,8% no Ceará e de 62,6% no Rio de Janeiro. O estudo aponta que as mulheres são o segmento do trabalho em saúde mental no qual se obteve maior índice de insatisfação no trabalho, provavelmente em consequência da dupla jornada feminina.

A faixa etária dos participantes do nosso estudo variou de 26 anos a 64 anos, com média de 35 anos. Em relação à religião, quatro são católicos, três referiram não ter religião, dois são pentecostais, dois são protestantes e dois são espíritas. Quanto à nupcialidade, sete são casados(as), três solteiros(as), dois são divorciados e uma pessoa possui união estável. Pode-se perceber que o grupo que compõe a rede de proteção de Marília é heterogêneo, composto por pessoas com diferentes idades, crenças e vivências, o que pode contribuir para gerar diversas maneiras de interpretar um fenômeno, um problema ou um objeto.

Vale ressaltar que os quatro conselheiros tutelares entrevistados possuíam curso superior, mesmo não sendo exigência para exercer tal função e não sendo critério para participação da pesquisa. Os conselheiros tutelares de nosso estudo são formados nos seguintes cursos superiores: direito, química, pedagogia e administração. Os demais participantes eram dois enfermeiros(as), dois médicos(as), uma assistente social, uma psicóloga, uma psicopedagoga, uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga.

Do total de participantes da pesquisa, nove fizeram algum tipo de pós-graduação, porém, apenas uma delas é voltada para infância e adolescência. Já em relação à capacitação para trabalhar nos devidos locais de trabalho, seis participantes relataram ter tido cursos de capacitação fornecidos pelas instituições contratantes.

Porém, dois destes cursos eram restritos às técnicas de contenção física dos pacientes, no caso dos profissionais do HEM, e três eram sobre a aplicação adequada das medidas do ECA, no caso dos conselheiros tutelares. Dessa forma, nenhum profissional havia recebido capacitação sobre medidas de prevenção ou atendimento para crianças e adolescentes vítimas ou perpetradores de violência.

Esse resultado mostra práticas contrárias das recomendadas pela OMS e pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Em seu último relatório sobre prevenção da violência, a OMS recomenda que o desenvolvimento de ações, políticas, programas e serviços para prevenir e responder às violências não pode ocorrer sem a capacitação humana e institucional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Já a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências também enfatiza a necessidade de capacitar profissionais da saúde e outros setores para trabalhar com o fenômeno da violência, pontuando que esta capacitação deve englobar conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde. Além disso, coloca como central o papel dos gestores municipais em realizar tarefas de capacitação aos órgãos municipais que façam atendimento às diferentes demandas de violência (BRASIL, 2001).

A ausência de capacitação dos profissionais que trabalham em serviços de atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência também foi encontrada em outros estudos, como o de Ribeiro et al. (2013), no qual os próprios profissionais referem ter dificuldades em atender crianças e adolescentes em risco social por não se sentirem tecnicamente capacitados para isso, e pelos estudos de Scandolara et al. (2009), que ressalta a ausência de capacitação das equipes que compõem serviços de atendimento à infância e adolescência.

A ocupação/profissão variou de um a 24 anos, com média de sete anos e três meses e o total de atividades desempenhadas no local atual variou de quatro meses a oito anos, com média de dois anos e seis meses. Percebe-se que no geral os participantes deste estudo possuem pouco tempo de experiência no trabalho atual, e provavelmente já haviam tido outros empregos, dado as diferenças entre a média do tempo de trabalho total e o tempo de trabalho no local.

Dentre os entrevistados, 11 referiram que desejaram trabalhar no local onde desempenham atualmente suas funções. A hipótese é que a forma de contratação de cada local é bastante relevante para tanto. Neste sentido, o Conselho Tutelar utiliza a eleição específica para ocupar o cargo; no HEM, a contratação é feita por meio de análise de currículo e entrevista no local. Já a seleção no CAPS-i é feita por concurso público, que muitas vezes não especifica em qual serviço de saúde a pessoa será inserida. Além disso, muitos são os remanejamentos feitos entre um serviço e outro, sem que seja realizada consulta prévia ao funcionário.

Assim, os serviços de atendimento à infância e adolescência de Marília que fizeram parte desse estudo são compostos predominantemente por mulheres que apresentam heterogeneidade quanto à nupcialidade, idade e ocupação. Foi possível perceber ainda que os profissionais dos serviços de saúde e assistência social estudados possuem pouco tempo de trabalho no local e não possuem treinamento específico para atuar na área.

Esses dados apontam para a necessidade de incluir o tema da violência nos currículos universitários dos profissionais que atuam diretamente com esta problemática, como orientado pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, além de fornecer capacitações contínuas para as equipes que atendem crianças e adolescentes vítimas e perpetradores de violência, tendo em vista o baixo investimento das próprias instituições em cursos e projetos de capacitação para seus profissionais.

No momento da contratação de profissionais para trabalharem na rede de proteção à infância e adolescência, é importante que os editais especifiquem a área de atuação, para que

dessa forma, os candidatos possam escolher a área por afinidade, o que facilita o desenvolvimento do trabalho.

5.3 Categorias identificadas

Após a transcrição das entrevistas e diversas subseqüentes leituras da mesma, tendo em vista as fases da análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), as ideias e expressões semelhantes foram agrupadas possibilitando identificar 3 categorias:

- a) Transtornos de comportamento: que comportamento é esse?;
- b) Transtornos de comportamento: como se desenvolvem?;
- c) As ações de tratamento à crianças e adolescentes com transtornos de comportamento.

5.3.1 Transtorno de comportamento: que comportamento é esse?

Os profissionais participantes do nosso estudo entendem transtornos de comportamento como desvios comportamentais. Referem que são alterações e que, portanto, são destoantes, desviam ou estão fora do padrão habitual e do esperado às condutas para a idade e cultura de uma criança ou adolescente. Os resultados destas manifestações desviantes podem trazer prejuízos para a vida pessoal, familiar e social, como pode ser observado através das falas:

Os transtornos de comportamento da infância são aqueles que são vistos como destoantes, que não são bem aceitos, nem pelos pais, nem pela sociedade (A)

Todo transtorno de comportamento é aquilo que não se assemelha do que é comum, né então, algo que vai incomodar a sociedade, incomodar a família e trazer algum malefício pra criança...(B)

É, eu acredito que...é um perfil de comportamento que a criança tem ao longo do seu desenvolvimento que desvia de um padrão tido como normal [...] vai ser um comportamento que desvia de regra, que tem um humor que também é alterado em relação ao padrão normal [...](C)

[...] transtorno de comportamento são alterações significativas no modo de agir que tão fora do padrão habitual daquela faixa etária e naquela cultura, e que tem uma alteração

significativa no relacionamento com as outras pessoas né, entre os outros menores né [...]
(G)

[...]o transtorno de comportamento é a criança que não tem uma rotina pra sua idade, ele foge um pouco das condutas de uma criança de determinada idade [...] ele foge no comportamento dele com uma atitude que realmente não é pro tamanho dele né, ele acaba superando e acaba até, logo de cara a gente vê ele realmente está fora do quadro de uma criança ou adolescente. Vamos colocar uma criança, uma que deveria estar brincando e ele já está avançado, está fazendo coisas que às vezes é até agressiva pra ele, eu entendo tudo aquilo que faz mal pra mim é um transtorno (I)

Apesar de haver alterações comportamentais em crianças e adolescentes com transtornos de comportamento, a definição de que eles são um desvio de qualquer padrão comportamental tido como normal para idade e cultura da criança e do adolescente é pouco clara, já que a maior parte das psicopatologias são caracterizadas por modificações no comportamento e na personalidade do indivíduo, que acarretam em prejuízos para seu desenvolvimento pessoal, social e ocupacional, não sendo essas características exclusivas dos transtornos de comportamento (APA, 2014).

Assim, nenhum sinal ou sintoma específico dos transtornos de comportamentos, como a agressividade, o desrespeito às regras, falta de remorso ou culpa, entre outras, foram citadas por esse grupo profissionais de nosso estudo. A partir deste resultado, é possível inferir que alguns profissionais desconhecem os principais sinais e sintomas dos transtornos de comportamento.

Diferente de nossos resultados, um estudo que se propôs a avaliar as percepções de profissionais da saúde acerca do TDAH, demonstrou que os profissionais conseguiram descrever sinais e sintomas característicos do diagnóstico, como agitação psicomotora, inquietação e dificuldade de atenção e concentração. Apesar disso, os profissionais não conseguiram diferenciar quando esses sintomas se configuraram no diagnóstico de TDAH, ou quando eram características de outras condições na infância, como a dotação e o talento, atribuindo a inquietação e a falta de atenção apenas ao TDAH (RONDINI; INCAU; MARTINS, 2016).

Fato semelhante foi encontrado também em nosso estudo, no qual outro grupo de profissionais chegaram a pontuar sinais e sintomas descritos no DSM-5 acerca dos transtornos de comportamento, como a agressividade e o desafio à autoridade. Porém, sem delimitar

quando essas características podem se configurar em um transtorno ou quando são comportamentos inerentes à infância e adolescência:

[...] Aquele comportamento agressivo, não quer ir pra escola, enfim [...](H)

[...] mas é aquela pessoa que qualquer coisa ela desafia, ela desafia pra briga, desafia na palavra, ela xinga, então seria mais ou menos isso daí (J)

É...na área social, na visão social, seria quando a questão da agressividade, né no âmbito...a questão de, da violência em si mesmo, né? (D)

“Os transtornos de comportamento da infância são aqueles acabam fazendo com que a criança...ela seja vista como mau educada, ela seja vista como uma criança que não tem limite, então ela sobrepõe às outras crianças, muitas vezes de forma, muitas, na maioria das vezes de forma negativa, porque é uma criança que não sabe se comportar [...] (A)

Entender qualquer comportamento agressivo e desafiador como um transtorno de comportamento, como pontuado nas falas destes profissionais, pode acarretar em riscos, como bem pontuados no estudo de Scivoletto (2009). Para a autora, entender qualquer comportamento agressivo como uma psicopatologia pode fazer com que crianças e adolescentes que vivem em ambientes violentos (como as crianças de rua), sejam reduzidas a crianças transtornadas. Já Dumas (2012), aponta que a falta de clareza quanto aos sinais e sintomas dos transtornos de comportamento podem fazer com que crianças e adolescentes que possuem o diagnóstico sejam simplificadas a rebeldes e sem educação, impossibilitando o tratamento e apoio psicossocial adequados, fato que pode ser observado na fala de alguns profissionais de nosso estudo:

[...] tem muitos transtornos de comportamento que na verdade é como se fosse uma rebeldia (I)

[...] Eles acabam fazendo com que a criança seja vista como mal educada, é uma criança que não tem limite [...] (A)

[...] mesmo que tenha essa patologia, a patologia é vista também como malandragem [...] (G)

Mesmo desconhecendo outros estudos que analisam as percepções de profissionais acerca dos transtornos de comportamento, podemos fazer uma analogia das falas encontradas em nosso estudo com aquelas obtidas no estudo de Rodrigues Stefanini et al. (2015), no qual os pais de adolescentes com TDAH compreendiam os comportamentos característicos do diagnóstico como birra, peraltice ou coisa de menino. A atribuição desses rótulos aos comportamentos inerentes do TDAH no ambiente escolar acabou por dificultar a adaptação do adolescente nesse ambiente, gerando conseqüente abandono escolar.

No caso de nosso estudo, mesmo se tratando de profissionais da saúde e assistência social, ainda é possível observar a crença de que os transtornos de comportamento são uma simples falta de educação, rebeldia ou malandragem. Assim como no estudo de Rodrigues Stefanini et al. (2015), essa associação pode impossibilitar uma intervenção psicossocial adequada, podendo acarretar em problemas maiores, como o abandono escolar:

“Agora se é uma advertência, uma criança que cometeu coisa errada lá na escola eles vem pra cá junto com a família, dá uma advertência [...]

[...] normalmente adolescente rebelde que não gosta de ir pra escola, ou seja, acaba dando aquela evasão, e em cima do artigo a gente tem que tá aplicando a medida do artigo 101 [...] então a gente tem que aplicar advertência nele, e no caso de três advertências a gente manda pro fórum, pra estar respondendo essa situação aí de evasão escolar.

O artigo 101 do ECA, dispõe sobre medidas a serem tomadas caso ocorra a violação de qualquer direito à criança ou adolescente, como saúde, lazer e educação. Em sua descrição, o artigo prevê ações que vão desde orientações, apoio e acompanhamento temporários, encaminhamento ao atendimento médico e psicológico, até o abrigamento da criança em entidade ou acolhimento institucional (ECA, 1990).

Nas falas dos profissionais de nosso estudo, apenas as medidas punitivas, como a advertência e o encaminhamento para o fórum foram ressaltadas, o que nos permite inferir que comportamentos que indicam dificuldades emocionais, psicológicas e cognitivas na infância e que estão relacionadas aos transtornos de comportamento, como a evasão escolar, a falta de preocupação com o desempenho escolar e o comportamento desafiante, são entendidos como um simples desvio da personalidade.

Essas concepções acabam por impossibilitar o encaminhamento desses casos aos serviços de atendimento em saúde mental e de intervenções psicossociais efetivas, como é apontado pelos profissionais:

[...] eu acho que a criança e o adolescente são encaminhados ou procuram esse serviço como uma das últimas ou penúltimas alternativas, quando se esgotaram todos os outros trabalhos, todos os outros encaminhamentos e acompanhamentos, eles acabam procurando a saúde mental [...]é que eles deixam como último recurso, falta de encaminhamento, falta de um profissional que está detectando se é um caso de saúde mental ou não né (F)

“Na escola ela acaba sendo vista como uma criança problema, que acaba sendo vista diferente, sendo vista como excluída ao invés de ter uma adaptação do material de trabalho, ter uma intermediação entre ela e as outras crianças para ela poder ser inserida no contexto social, e aí esses transtornos vão ficando maiores, mais evidentes e aparecem depois na adolescência como o uso de drogas e aí as coisas vão partindo pra um outro problema, um outro sintoma, que na adolescência é diferente [...] (F)

Os estudos de Murray et al. (2015b), corroboram com essa hipótese, alegando que o índice elevado de violência no Brasil pode estar associado com o alto índice de comportamentos disruptivos na infância, que por não receberem atenção adequada dos serviços estatais, acabam gerando comportamentos mais graves na adolescência e idade adulta.

O desconhecimento e a falta de clareza dos profissionais de nosso estudo em relação ao transtorno de comportamento se tornam mais evidentes quando os mesmos se referem ao diagnóstico citando outras psicopatologias da infância e adolescência, como a *transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, a dependência química e o transtorno de aprendizagem*. Sinais e sintomas de outras entidades diagnósticas também são citados como se pertencentes aos transtornos de comportamento, como o *isolamento, a ideação suicida, a automutilação e a desconexão com a realidade*.

Então vem apresentando casos de hiperatividade, transtornos de comportamento, como o transtorno de conduta, né, e...e outras questões também, que a gente pode tá vendo mais pra frente aí [...] (D)

Um comportamento que desvia de regra, que tem um humor que também é alterado em relação ao padrão normal, que eu acho que tá relacionado com a dificuldade de aprendizagem [...] (C)

Quando a gente fala em transtorno de comportamento, mais voltado no caso da dependência química, por tanto a gente vê, os transtornos de conduta, o transtorno de aprendizagem [...] (G)

Olha é...transtorno de comportamento infantil existem diversos, né...transtorno é...de hiperatividade, déficit de atenção, transtorno de oposição ou conduta, né...é...enfim, diversos (E)

Sinais e sintomas como a hiperatividade, o isolamento, a timidez, o déficit de atenção, os transtornos de aprendizagem, os impulsos suicidas, a automutilação e desconexão com a realidade são característicos de outros transtornos, como o TDAH e a depressão, entre outros (APA, 2014).

Apesar da maior parte das crianças com transtorno de comportamento apresentarem comorbidades psiquiátricas, principalmente a hiperatividade e a dependência química (GRANT et al., 2015; TUNG et al., 2016; KIM et al., 2017), os profissionais da rede de proteção à infância e adolescência não expressavam os transtornos de comportamento como comorbidades à outras psicopatologias, e sim como se fizessem parte das mesmas:

[...] Eu entendo que seja desconexão da criança com a realidade [...] (R)

[...] ou também pode ser aquela criança que se isola, que não conversa, extremamente tímida, não brinca, que fica isolada [...] (A)

[...] Muitas vezes nós vemos aqui é o adolescente com impulso suicida, automutilação e uso de droga, enfim, pra onde isso vai levando né (P).

Esse resultado nos permite inferir que alguns profissionais podem não entender os transtornos de comportamento como uma entidade diagnóstica específica, mas como um sintoma ou uma alteração do comportamento.

Mesmo compartilhando fatores de risco e genéticos semelhantes (GRANT et al., 2015; MACKINNON et al., 2017; WEISSENBERGER et al., 2017), essas comorbidades podem ocorrer isoladamente (APA, 2014), e exigem diferentes abordagens terapêuticas (LIN; GAU, 2017; MASI et al., 2017).

Outro equívoco importante apontado por um dos profissionais de nosso estudo em relação ao diagnóstico dos transtornos de comportamento é a sua associação com o transtorno de personalidade antissocial, diagnóstico atribuído apenas para maiores de 18 anos e que necessariamente envolvem a ausência de remorso ao causar danos ao próximo e a tendência a enganar ou ludibriar os outros para obter vantagem, fatores que não estão presentes no diagnóstico de transtorno opositor desafiante, e que no caso dos transtornos de conduta, ocorrem apenas nos casos mais graves, como o transtorno de conduta com emoções pró-sociais limitadas (APA, 2014):

“Tinha uma situação que eu tinha um menor, era sociopata de 7 anos, e aí o juiz encaminhou pra nós. Esse menor uma vez ele foi contido na maca, se soltou, e jogou com os outros menores que ele estava manipulando [...] (G)

Em uma revisão sobre o assunto, Frick (2014) aponta que quando o diagnóstico de transtorno de comportamento é desconhecido, o uso de termos coloquiais como: sociopatia ou psicopatia para jovens com transtorno de comportamento acarretou em uma visão mais pessimista dos profissionais de saúde e de justiça em relação à reabilitação do adolescente, diminuindo as chances do mesmo ser encaminhado a um serviço de tratamento, sendo as medidas punitivas as únicas a serem contempladas.

Essa concepção também pode ser observada em nosso estudo, quando o profissional entrevistado, ao se referir a um adolescente com transtorno de comportamento como um sociopata, acaba por reforçar a necessidade de punição:

[...] explicando as consequências dos atos, devia também ter outras medidas, no entender que eles são adolescentes, até os 18 você pode matar né, depois você não pode matar mais, então é complicado a legislação no Brasil, teria que ter muita mudança, sem entrar em detalhe (G).

O fato de que o desconhecimento acerca dos transtornos de comportamento na adolescência dificulta o encaminhamento a serviços de saúde e assistência social também pode ser observada em outros estudos. O estudo de Adams (2010) avaliou as instituições

socioeducativas para menores infratores, nas quais não foi encontrado qualquer tipo de programa específico para o tratamento de jovens diagnosticados com transtornos de comportamento, além da falta de estrutura geral observada.

Já o estudo de Andrade et al. (2011) observou que 97% dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa possuíam diagnóstico de algum transtorno mental, porém, apenas 6% deles haviam sido encaminhados à serviços de saúde mental antes de serem internados.

Assim, a partir das falas dos profissionais de nosso estudo, verificamos que o conhecimento acerca da aplicabilidade diagnóstica dos transtornos de comportamento não é clara para os profissionais que compõem os serviços de atendimento a crianças e adolescentes, fato que acaba dificultando a identificação e o encaminhamento dessas crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental e assistência social.

5.3.2 Transtornos de comportamento: como se desenvolvem?

Para os profissionais participantes do nosso estudo, os fatores que contribuem para o desenvolvimento dos transtornos de comportamentos estão associados principalmente com o ambiente em que vivem as crianças e os adolescentes. Entre os componentes desse meio são pontuados os problemas relacionados ao ambiente familiar e as práticas educativas como a violência doméstica, a desestruturação familiar e a falta de afeto.

[...] uma família desestruturada, que o pai é um pouquinho mais agressivo, então ela acha que também tem que ser, tem que impor a força, o grito, então ela aprende também com a família a ser dessa maneira e muitas vezes pra compensar algum sentimento ou mesmo a forma que aprende ela se torna infratora [...] (A)

Acho que vários fatores, mas acho que o principal é a família mesmo. É violência física, violência psicológica, tanto na casa como às vezes na escola sofre algum problema, mas eu acho que geralmente vem de casa mesmo [...] (J)

Podemos inferir que para os profissionais, as práticas educativas, ou seja, a imposição da força e do grito e a violência física e psicológica utilizadas pelos pais contribuem para o desenvolvimento dos transtornos de comportamento.

As práticas educativas podem ser consideradas negativas quando culminam no aumento de comportamentos antissociais pelas crianças. Já as práticas positivas acarretam no efeito oposto, isto é, promovem comportamentos pró-sociais em crianças e adolescentes (TURINI BOLSONI-SILVA; MARIANO, 2014). Como práticas educativas negativas, podemos citar a disciplina inconsistente (não cumprir com a punição prévia estabelecida), punições severas (bater, beliscar, gritar) e até mesmo os maus tratos, como a negligência e a violência psicológica e física (TURINI BOLSONI-SILVA; MARIANO, 2014).

Estudos corroboram com os nossos achados, de que práticas educativas influenciam de maneira determinante no desenvolvimento de psicopatologia na infância e adolescência (DACKIS; ROGOSH; CICCETTI, 2015; STEFANINI et al., 2015). O estudo de Stefanini et al. (2015) observou que o uso de práticas educativas negativas pelos pais gera um ambiente hostil, que por sua vez acarreta no aumento de comportamentos violentos por parte dos adolescentes. Já o estudo de Dackis, Rogosh e Cicchetti (2015) demonstrou que pais negligentes estiveram associados com o aumento do transtorno de conduta com emoções pró-sociais limitadas.

A relação entre sofrer maus tratos na infância – como violência física e psicológica – e desenvolver transtornos de comportamento também é corroborada em diversos estudos anteriores (AFIFI et al., 2011; DU PLESSIS et al., 2015; GREGER et al., 2015). Cruzeiro et al. (2008) demonstrou que 80% dos presidiários haviam sofrido punição física severa quando adolescentes, e Afifi et al, (2011) traz um resultado semelhante, colocando que em meninos diagnosticados com transtornos de comportamento, 94,6% haviam sofrido abuso físico prévio e 94,7% haviam sofrido negligência.

Contudo, a relação entre as práticas educativas aplicadas pelos pais e os comportamentos coercitivos depende de alguns fatores moderadores que podem reduzir ou potencializar essa associação, como a falta afeição e uma boa relação entre pais e filhos, como o acompanhamento e a paciência com a criança ou adolescente, que também foram evidenciados pelos profissionais de nosso estudo:

[...] e a falta de afeição, né? E também compromete as condições em que os pais se encontram emocionalmente [...] (F)

Eu acho que mais na criação né, a família ela é o foco do desenvolvimento da criança e do adolescente, eu acho que desde o começo, tendo um bom acompanhamento, uma boa paciência que seja com os filhos, eu acho que isso seria muito importante [...] (I)

Estudos corroboram com o fato de que a presença de afeto positivo entre os pais e seus filhos podem moderar o impacto das práticas parentais negativas no desenvolvimento de transtornos de comportamento. O estudo de Maurizi, Gershoff e Aber (2012) encontrou que os aumentos dos índices de transtornos de conduta só foram maiores quando as práticas educativas utilizadas pelos pais eram predominante punitivas em comparação a outras alternativas, e principalmente quando relacionadas com a falta de afeição presente na relação entre pais e filhos.

Já os estudos de Muratori et al., (2016) encontraram que a diminuição dos índices de transtornos de conduta com habilidades pró-sociais limitadas estiveram mais associados com a presença de práticas parentais positivas, como o afeto entre pais e filhos, do que com a ausência de práticas parentais negativas.

Outro conceito revelado nos discursos dos profissionais que entrevistamos é de que os jovens copiam os comportamentos apresentados pelos pais ou cuidadores:

[...] na verdade se a gente presta atenção no contexto familiar a gente acaba percebendo que a criança às vezes é um sintoma da família, ela materializou tudo aquilo que é do ambiente familiar [...] (P)

[...] os pais são espelhos, reflexão, então ela vai seguir aquilo que ela tá vivendo, ela vai manifestar aquelas condutas [...]na verdade, eu vejo como algo cultural, algo que já vem embutido nos familiares, nos pais e eles só repetem e transmitem para os filhos. E na verdade eles até manifestam não tanto por culpa deles, eu acredito que é porque é aquilo que eles sabem, aquilo que eles aprenderam [...] (F)

Eu penso que o meio né, ele é determinante pra que a criança se torne agressiva, e a criança ela copia né...do seu exemplo né, que são as pessoas que estão mais próximas [...] (B)

Outros estudos já demonstraram que crianças e adolescentes acabam manifestando os mesmos comportamentos de seus pais ou cuidadores. Assim, quando pais ou amigos respondem frequentemente com práticas punitivas (como bater, xingar e gritar), as crianças acabam não aprendendo padrões de respostas mais saudáveis, manifestando o mesmo padrão agressivo em outros relacionamentos (HERRENKOHL et al., 2000; STEFANINI et al., 2015).

Tal fato também pode ser observado em estudos que encontraram uma associação entre ter sido vítima de violência na infância e praticar agressões posteriormente (SCHLACK; PETERMANN, 2013), gerando assim um ciclo que se perpetua através de gerações. Como bem pontuado por uma das profissionais, isso ocorre pois muitos pais desconhecem outras maneiras de educar seus filhos que não as práticas punitivas, e acreditam que elas são necessárias para a educação dos filhos:

Então o pai que geralmente foi violentado ele vai aprender a corrigir o filho com aquela agressão, a mãe quando a mãe acha normal, entre aspas, eu vivi isso, ela vai utilizar isso com as filhas. Então os limites, na verdade, eu vejo como algo cultural...algo que já vem embutido nos familiares, nos pais e eles só repetem e transmitem para os filhos. E na verdade eles até manifestam não tanto por culpa deles, eu acredito que é porque é aquilo que eles sabem, aquilo que eles aprenderam (F)

Estudos que se propuseram a investigar o uso de práticas parentais negativas corroboram com a afirmação da profissional de nosso estudo. Em 2003, um estudo de revisão foi realizado a fim de apresentar os efeitos das palmadas e as influências que promovem e mantêm o uso dessa prática disciplinar pelos pais (BENJET; KAZDIN, 2003).

O estudo demonstra que 61% dos pais de crianças jovens e 62% da população adulta vê a punição física como aceitável para educação infantil. Entre os fatores que contribuem para a manutenção de tal prática disciplinar estão as crenças aprendidas pelos pais através da religião (trechos da bíblia onde há indicação da prática para uma disciplina adequada), da cultura (por ser uma prática habitual entre as famílias) e governamentais (como permitir ou não o uso da disciplina física dentro de um país) (BENJET; KAZDIN, 2003).

Leis que proíbem o uso da punição corporal em todos os contextos em crianças e adolescentes são recomendadas no Relatório Mundial de Violência da OMS e já estão em vigor em diversos países, como: Alemanha, China, Colômbia, Cuba, Espanha, Holanda, Islândia, Israel, México, Noruega, Portugal, Suécia, Suíça e Vietnã (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Entretanto, a crença de que a punição corporal é necessária para educação infantil é tão importante, que um estudo realizado no México demonstrou que dos adultos que sofreram punição física quando crianças, 22% referiram que apanharam por motivos justos e 12% veem o ato como algo normal, mesmo após a prevalência de transtornos mentais nesta população ter sido significativamente maior do que na população de adultos que não haviam recebido

punição física de seus pais (ULLOA; NAVARRO MACHUCA, 2011). Por conta disso, seria interessante que pesquisas futuras fossem realizadas a fim de compreender qual o significado da punição corporal para a população.

Outro fenômeno que ocorre no ambiente familiar e é associado ao desenvolvimento dos transtornos de comportamento na infância e adolescência pelos profissionais de nosso estudo é a violência doméstica, que frequentemente aparece nos relatos associada ao uso de substâncias psicoativas:

[...] A gente vê muitos pais nervosos, bate na mãe, xinga, e isso acarreta onde? Na criança porque eles absorvem aquilo ali, não tem jeito, eles têm a discussão dentro de casa, aquilo ali eles ouvem assim e traz tudo pra eles essa situação negativa [...](J)

[...] é o pai que muitas vezes chega embriagado, agride a mãe, a mãe que não educa corretamente[...] (D)

Um estudo recente verificou que ser exposto à violência entre seus pais é uma variável importante para o desenvolvimento de problemas de comportamento em crianças e adolescentes. A associação entre presenciar a violência e desenvolver problemas de comportamento mostrou-se positiva independente de seu perpetrador (pai ou mãe), de seu tipo (violência física ou psicológica) e de sua gravidade (EASTERBROOKS et al., 2015). O simples fato de ocorrer violência doméstica em determinado lar aumentou as possibilidades de a criança desenvolver transtorno de comportamento, mesmo quando a mesma não presenciam os episódios (BURNETTE, 2013).

Em relação a sua associação com o uso de drogas, a OMS aponta o uso nocivo de álcool como fator de risco tanto para a perpetração como para a vitimização de casos de violência doméstica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016). Em crianças em cumprimento de medida socioeducativa, a taxa de dependência de álcool entre seus pais foi de 82%, sendo que 67% delas foram expostas ao tabaco e 57% ao álcool na vida intrauterina (ANDRADE et al., 2011).

Contudo, estudos apontam que o uso do álcool não desencadeia diretamente na violência doméstica, mas funciona como um moderador ou gatilho do fenômeno. Um dos modelos que melhor explica como o álcool predispõe a violência doméstica é conhecido como “*alcohol myopia*”, e sugere que as propriedades do álcool limitam o foco de atenção do indivíduo, reduzindo a capacidade de perceber e processar pistas que recebe de seu ambiente

externo. Como resultado, o indivíduo percebe e processa apenas as pistas imediatas da situação (como receber um insulto verbal de seu parceiro ou parceira), dando menor valência para as pistas inibitórias (consequência do ato), o que facilita a tomada de atos agressivos (ECKHARDT; PARROTT; SPRUNGER, 2015; FEINGOLD et al., 2015).

Como pontuado pela fala de um participante de nosso estudo, a violência doméstica e infantil e as drogas acabam ocorrendo de forma simultânea dentro dos lares, o que potencializa o desenvolvimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes:

[...] Família desestruturada, envolvendo na família também, nem sempre, mas também drogas, violência, a criança crescendo e acompanhando esse comportamento desencadeia também, vai também para a criança, é um ciclo vicioso (H)

Estudos apontam que em lares nos quais ocorre violência doméstica, os maus tratos a crianças e adolescentes é mais frequente. Uma pesquisa feita em Hong Kong encontrou que 64,7% das famílias que se envolveram em violência doméstica durante a vida também haviam cometido violência física contra a criança em algum momento. Assim, essas duas formas de violência geralmente coexistem dentro do lar (CHAN, 2015).

Já os fatores macrossociais foram pormenorizados pelos profissionais de nosso estudo. Aparece nas falas de apenas duas profissionais da saúde apontamentos sobre os aspectos *sócio culturais, o acesso a condições adequadas de desenvolvimento e a sociedade e comunidade em que vivem* como possíveis fatores que contribuem para o desenvolvimento dos transtornos de comportamento:

[...] é sócio cultural e familiar, foi muito né, a pessoa não ter acesso e não ter possibilidade né, de uma certa humanização, de acesso a saúde né, e até de informação pra isso [...] (E)

[...] mas também as possibilidades que ela teve com a sociedade, com a comunidade que ela vive, por exemplo, se o lugar que ela mora, ela tem acesso, condições de saúde adequadas, se ela tem acesso ao tráfico, se as crianças com as quais ela convive, elas têm esse perfil de comportamento desviante [...] (C)

Apesar de ter sido evidenciado por apenas dois participantes, estudos demonstram que o impacto das condições sociais e econômicas no desenvolvimento dos transtornos de

comportamento é tão significativa quanto às contribuições inerentes ao ambiente familiar (ECKENRODE et al., 2014; WHITTLE et al., 2017).

Recentemente, um estudo demonstrou que viver em comunidades com adversidades sociais, como comunidades violentas e baixa ação estatal, impactam no desenvolvimento adequado de das regiões dos lobos temporais e da amígdala de adolescentes, regiões responsáveis pelas reações emocionais dos mesmos. Segundo seus resultados, as condições sociais adversas da vizinhança na qual o adolescente vive exerce maior impacto do que as desvantagens econômicas de sua família nuclear (WHITLLE et al., 2017).

Diferente das hipóteses anteriores de que são as desvantagens socioeconômicas que moderam os impactos das práticas parentais positivas, o estudo concluiu o contrário. Isto é, são as práticas parentais positivas que moderam os impactos negativos causados pelas condições de desvantagens sociais de determinada comunidade no neurodesenvolvimento dos adolescentes (WHITLLE et al., 2017), diferente da concepção dos profissionais de nosso estudo, que pouco ressaltam o impacto das desvantagens sociais no desenvolvimento de transtornos de comportamento.

O estudo de Sanchez, Howell e McCormack (2015), também aponta para a importância do ambiente social no qual a criança ou adolescente vivem. Em seu estudo, a autora analisou o índice de cortisol sanguíneo em quatro situações distintas: a) índice basal de cortisol sanguíneo de um filhote de macaco; b) 30 minutos após uma separação breve entre a mãe e o filhote; c) 30 minutos após o filhote ter sido isolado de sua mãe e de seu grupo; d) 30 minutos após a mãe ter sido retirada do grupo, enquanto o filhote permanecia com seu grupo social.

Os resultados indicaram um aumento no índice de cortisol tanto quando o filhote era isolado da mãe e de seu grupo, como quando era afastado de sua mãe, porém permanecia entre os membros de seu grupo social. Contudo, apesar do aumento do cortisol em ambas as situações, quando o filhote permanecia com seu grupo social, o aumento era significativamente menor do que quando era deixado sozinho, indicando que o grupo social da criança pode moderar a resposta ao estresse causado por situações adversas na infância (SANCHEZ; HOWELL; MCCORMACK, 2015).

Assim como os membros de um grupo social podem servir como fator de proteção para criança e o adolescente, outros estudos apontam que algumas ocorrências em ambientes sociais são fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno. A violência que ocorre na escola e na comunidade em que a criança vive acarreta em problemas no desenvolvimento de múltiplas habilidades cognitivas e emocionais, ressaltando a associação entre a exposição à violência nesses locais e os impactos no desenvolvimento ao longo do tempo, como baixo

rendimento escolar e conseqüente dificuldade na função ocupacional (BRIGGS-GOWAN, 2010; STEFANINI et al., 2015).

Um estudo realizado na Suécia, um dos países com a menor taxa de desigualdades sociais da Europa, comparou a saúde mental de suas crianças com as de crianças de países ricos, porém, com taxas maiores de desigualdades, como a Inglaterra e os Estados Unidos. Além do índice de transtornos mentais terem sido menores, a estrutura familiar e a escolaridade dos pais não tiveram impacto no desenvolvimento de transtornos de comportamento, variável que era vista como determinante em estudos prévios realizados em países vizinhos, tendo como hipótese que não são esses fatores que determinam o desenvolvimento do transtorno, e sim a própria desigualdade criada por essas condições (STENMARK et al., 2016).

Na direção contrária dos profissionais de nosso estudo, no qual os fatores macrossociais são pormenorizados, estudos já demonstraram que no Brasil, o impacto das condições socioeconômicas no desenvolvimento dos transtornos de comportamento parece ser ainda mais importante. O estudo de Murray et al. (2015a) mostrou que apesar dos fatores de risco perinatais do Brasil serem os mesmos da Inglaterra, as crianças brasileiras são expostas a um número maior deles.

Além disso, os fatores de risco perinatais são mais determinantes no desenvolvimento de transtornos de comportamento nas crianças inglesas do que nas brasileiras, apesar do índice do transtorno ser maior no Brasil. Uma das hipóteses para esse resultado é que os fatores sociais, como a associação com pares coercitivos, a baixa estrutura do estado, comunidades desfavorecidas e a violência possuem maior impacto no desenvolvimento de transtornos de comportamento nas crianças brasileiras do que as condições perinatais.

As condições socioeconômicas também são uma das possíveis explicações do porquê o índice de violência e homicídios no Brasil é mais alto do que a maior parte dos países desenvolvidos, mesmo tendo um índice de transtornos de comportamento semelhante aos de países desenvolvidos. Contudo, crianças brasileiras apresentam maiores índices de comportamentos disruptivos subclínicos. Essas crianças, ao não receberem atendimento adequado, quando expostas a um contexto de desigualdades, pobreza, baixa qualidade escolar e falta de oportunidades na adolescência, gradualmente desenvolvem comportamentos violentos quando jovens (MURRAY et al., 2013).

Assim, o desenvolvimento das crianças no Brasil está relacionado com a maneira com que a transição da infância para adolescência é modulada pelas oportunidades de vida que recebem em comparação às outras, a intensidade da atenção recebida pelas instituições do

estado e a intensidade das desigualdades na distribuição de recurso dentro da sociedade (MURRAY et al., 2013).

Os profissionais de nosso estudo também apontam fatores os biológicos e genéticos como colaboradores para o desenvolvimento de transtornos de comportamento. Em suas falas, os fatores chamados “biológicos”, são evidenciados como causas *orgânicas e hereditárias*:

[...] um deles é orgânico, que eu acho que a gente não pode excluir, o fato da criança ter uma doença, ter uma síndrome, um transtorno mesmo[...] (C)

[...] tem a questão social, tem a questão cultural, né, tem a questão que a gente não pode deixar de lado, tem a questão hereditária né [...] (E)

Dessa forma, os fatores biológicos aparecem como fator de risco assim como os relacionamentos familiares supracitados, os fatores culturais e os sociais. Contudo, podemos perceber que os profissionais citam esses diferentes fatores de risco como sendo independentes uns dos outros. Assim, as relações familiares exercem um impacto e os fatores biológicos outro, podendo ocorrer ou não concomitantemente.

Contudo, estudos atuais têm demonstrado que os fatores hereditários afetam ao mesmo tempo em que são afetados pelas condições psicossociais do indivíduo (SANCHEZ; HOWELL; MCCORMACK, 2015), processo evidenciado por alguns dos profissionais de nosso estudo:

Tem casos sim, genéticos né, mas aí dependendo do comportamento familiar esse genético, ele passa a aflorar mais, esse comportamento passa a aflorar mais né[...] (H)

Tem criança que você já lá, logo quando nasce que tem algum problema físico mesmo ou psíquico que é tratado, mas eu acho que aumenta muito isso dependendo da família, com a convivência familiar (J)

A associação entre os fatores do meio ambiente e a genética, como apontados pelos profissionais de nosso estudo, ocorrem de forma complexa. Por exemplo, trabalhos científicos demonstram que os comportamentos dos pais impactam diretamente na maturação dos circuitos de regulação de emoções e resposta ao estresse em seus filhos. Sendo assim, ser exposto a condições adversas na infância, como maus tratos e violência doméstica, ativam

caminhos neuronais específicos, fazendo com que neurônios no núcleo paraventricular hipotalâmico liberem cortisol na hipófise anterior, que por sua vez, desencadeia a secreção de adrenalina e noradrenalina na corrente sanguínea, preparando o corpo para lutar ou fugir (SANCHEZ; HOWELL; MCCORMACK, 2015).

Essa ativação do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA) é essencial para obtenção de uma resposta corporal satisfatória em situações de perigo. Porém, as ativações crônicas do estresse no período de desenvolvimento impactam no processo de maturação desse sistema, que para evitar o aumento excessivo de cortisol acaba se tornando sensível a altos índices do hormônio (SANCHEZ; HOWELL; MCCORMACK, 2015).

Essa modulação do desenvolvimento cerebral através de experiências prévias na vida da criança possibilitou nossa adaptação em ambientes hostis, nos quais havia perigo constante de predadores e escassez de recursos. Contudo, ao mesmo tempo em que determinadas modificações na neuroplasticidade servem como oportunidade para adquirir respostas adaptativas, elas representam um período de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento cerebral infantil (SANCHEZ; HOWELL; MCCORMACK, 2015),

Outra pesquisa recente que corrobora com as falas dos profissionais de nosso estudo é a de Lutz et al. (2017), no qual comprova que por ser um período crítico para formação das estruturas cerebrais, os maus tratos na infância impactam diretamente no processo de neurogênese através da metilação do DNA em genes responsáveis pela mielinização dos oligodendrócitos do córtex cingulado, predispondo o desenvolvimento de psicopatologias, comportamentos impulsivos e agressivos, ansiedade, uso de substâncias e depressão.

Esse processo pode ser avaliado em estudos realizados com filhotes de macacos que sofreram maus tratos na infância. Nesses animais, os maus tratos são caracterizados por dois comportamentos: o primeiro seria o abuso físico, quando a mãe apresenta atitudes como arrastar, esmagar e sentar em cima do filhote, e o segundo seria equivalente à negligência, caracterizado por quando a mãe não atende aos pedidos de cuidado e afeto do filhote (SANCHEZ; HOWELL; MCCORMACK, 2015).

Nesses casos, os filhotes apresentaram altos índices de cortisol sanguíneo, que diferente de outras situações adversas, como ser afastado da mãe por um curto período, impactaram de forma permanente na regulação da resposta ao estresse ao longo da vida, assim, de fato o comportamento familiar influencia as determinações genéticas que predis põem psicopatologias em crianças e adolescentes, como foi entendido pelos profissionais de nosso estudo (SANCHEZ; HOWELL; MCCORMACK, 2015).

A associação entre a predisposição genética e o meio ambiente, como apontado pelos profissionais de nosso estudo, também foi observada através de pesquisas que relacionaram o gene MAOA e sua contribuição no desenvolvimento de comportamentos disruptivos. O genótipo MAOA é responsável pela atividade da enzima Moamina Oxidase (MAO-A), que por sua vez é responsável pela degradação de neurotransmissores importantes na regulação das emoções e dos comportamentos, como a dopamina, serotonina e adrenalina (WIDOM; BRZSTOWICZ, 2006; FERGUSSON et al., 2011; OUELLET-MORIN et al., 2016).

O estudo de Caspi et al., (2002) foi o primeiro a observar que esse genótipo poderia explicar porque algumas crianças expostas a maus-tratos desenvolvem transtornos de comportamento e outras não. O estudo observou que em crianças expostas a maus tratos, aquelas com baixa atividade neste genótipo apresentaram maiores chances de desenvolver transtorno conduta. Posteriormente, outros estudos sustentaram esse resultado, observando sintomas mais graves de transtornos de conduta em crianças com baixa atividade da MAOA que foram expostas a maus tratos ou violência severa (WIDOM; BRZSTOWICZ, 2006; FERGUSSON et al., 2011; OUELLET-MORIN et al., 2016), comprovando que o desenvolvimento dos transtornos de comportamento depende da interação entre genótipo e fenótipo.

5.3.3 Ações (des)articuladas entre os setores saúde e assistência no atendimento a crianças e adolescentes com transtorno de comportamento

Em relação ao atendimento a crianças e adolescentes com transtornos de comportamento, os profissionais da saúde de nosso estudo destacam as ações interdisciplinares, isto é, que envolvem o trabalho em conjunto com profissionais de diferentes disciplinas, que discutem juntos as ações a serem tomadas para garantir o melhor tratamento da criança e do adolescente.

Além de interdisciplinares, as ações dos profissionais também são integradas, já que os profissionais lançam mão dos diferentes ambientes dos quais as crianças e adolescentes fazem parte, como a família e a escola:

[...] todos eles se juntam, sentam, discutem o que seria melhor pra essa criança, e aí um vai pra casa fazer visita domiciliar pra ajudar essa criança a se ajustar dentro do ambiente familiar, o outro vai pra escola tentar ajudar os professores a adaptar esse currículo, a fazer atividades que incluam a criança, que mediam as atividades dela com as outras crianças, o

outro vai nos outros ambientes terapêuticos, discutem conduta, então eu acho que esse é um lugar de inclusão social e da reestruturação da rede familiar, da rede de apoio dessa criança, tanto da rede de apoio familiar e escolar, como da rede de saúde também, que seria na UBS[...] (F)

[...]necessidade de espaço para as atividades lúdicas deles, atividade de exercícios, atividade de esporte, um espaço de aula maior [...]o tratamento também deve ser voltado no sentido de integração social, então nós teríamos que ter contato com empresas, pra poder inserir no mercado de trabalho [...](G)

[...] não adianta a gente achar que a criança vem aqui 50 minutos, vem aqui meia hora por semana, e vai ficar tudo bem né, se os ambientes que ela fica mais tempo são em casa e na escola então se a gente não lançar mão desses dois ambientes a gente não consegue uma mudança efetiva (R)

[...] então a assistente social daqui ela faz um trabalho muito bom, ela vai na casa, ela vê o que realmente está acontecendo lá, ela tenta fazer um trabalho dentro da casa, e a gente que tem a oportunidade vai pra escola, liga sempre na escola, manda relatório, conversa, vai e tenta fazer essa inserção da criança no ambiente social, a rede de proteção é muito importante, e a gente tem muito contato, a gente marca reunião, eles vem, a gente vai, com a UBS, com a saúde da família, com a saúde da criança, com essas redes de apoio da criança [...](R)

Assim, os profissionais da saúde de nosso estudo lançam mão dos diversos ambientes que compõem a vida de crianças e adolescentes com transtorno de comportamento, como a escola, a família e os espaços de lazer, a fim de prestar um tratamento em saúde integrado, como recomendado pela PNRMAV (BRASIL, 2001), e pela Portaria/GM nº 336, que discorre sobre a assistência a ser prestada por um CAPS-i (BRASIL, 2002).

Entretanto, através das falas dos profissionais de saúde de nosso estudo, podemos inferir que eles não realizam ações e programas baseados em evidências para atender crianças e adolescentes com transtornos de comportamento ou reduzir a violência juvenil, como é indicado pela OMS. Apesar de mencionarem o trabalho em grupo, o tratamento é realizado de forma pontual e conforme a demanda do serviço:

[...] nada assim específico pra esse tipo de transtorno de comportamento, mas pensando na especificidade desse transtorno deveria ser feito sim (A)

[...] ela faz um trabalho pontual com cada família de acordo com a demanda, o que vem de demanda a gente tenta suprir, então trabalho específico pra transtorno de comportamento em curso não tem [...] (R)

Eu acho que essa parte aí de transtorno de comportamento precisa sim fazer um trabalho em grupo com a questão das famílias, que ainda não se fez, não tem né na verdade [...] (F)

[...] nós que ficamos aqui sempre tem alguns grupos que a gente trabalha de acordo com a demanda, então a gente vê mais ou menos a idade da criança, qual combina com qual pelo tipo de sintoma, pela demanda a gente vai juntando e fazendo alguns grupos, mas nada específico pra transtorno de comportamento [...] (E)

Assim, apesar de mencionarem o trabalho em grupo para atender crianças e adolescentes, os profissionais de nosso estudo não realizam atividades voltadas às demandas específicas de crianças e adolescentes com diagnóstico de transtorno de comportamento ou para redução da violência juvenil. Na direção oposta, estudos e projetos que obtêm resultados positivos na redução dos sinais e sintomas dos transtornos de comportamento e consequentemente da violência juvenil, abrangem atividades específicas para esse diagnóstico (FAST TRACK PROJECT, 2011; FURLONG et al., 2013; EPSTEIN et al., 2015; PASALICH et al., 2016).

O *Fast Track Project*, formado pelo Grupo de Prevenção de Problemas de Conduta nos Estados Unidos, abrange atividades de desenvolvimento de habilidades sociais e da regulação emocional em crianças e adolescentes nas escolas, grupos de treinamento parental e visitas domiciliares com objetivo específico de promover habilidades de resolução de conflitos e autoeficácia entre os membros da família (FAST TRACK PROJECT, 2011). O índice de melhora alcançado pelo projeto em crianças e adolescentes com sintomas graves de transtorno de comportamento, como agressão física grave, foi de 75% (DODGE, MCCOURT, 2010).

Os grupos de treinamento parental possuem o melhor custo-benefício para o tratamento de transtornos de comportamento, já que podem ser realizados por qualquer profissional com conhecimento sobre o assunto (FURLONG et al., 2013), e quando associado

à terapia cognitiva-comportamental, possuem um índice de melhora de 43% (EPSTEIN et al., 2015), além de diminuir a permanência em unidades de reabilitação psicossocial em 51 dias (WOOLFENDEN; WILLIAMS; PEAT, 2002). A OMS também destaca a eficácia dos programas de desenvolvimento de habilidades sociais para vida, de prevenção ao *bullying* e de educação parental como eficazes na diminuição dos índices de violência infantil e juvenil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Através das falas supracitadas, podemos inferir que apesar de integrado, o tratamento fornecido a crianças e adolescentes pelos profissionais dos serviços de saúde de nosso estudo não são pautados nas evidências científicas recomendadas para o tratamento de transtornos de comportamento ou para prevenção da violência juvenil.

Assim, é necessário atentar para a possibilidade das práticas em saúde mental no Brasil não serem baseadas em evidências e nem subsidiadas por dados, sendo pautadas apenas em convicções ideológicas. Um fato que aponta para essa direção é a inexistência de registros na literatura brasileira demonstrando os índices de melhora de transtornos mentais em crianças e adolescentes nos serviços de atenção psicossocial.

A ausência de programas e ações baseadas em evidências no combate à violência é corroborada pelo Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência, o qual aponta que a maior parte dos planos de ação nacionais não são subsidiados por dados, e que apenas 26% dos países que foram avaliados pelo Relatório haviam realizado planos nacionais no combate a violência juvenil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Em relação a projetos de prevenção, a OMS aponta que 90% dos programas baseados em evidências são realizados por países de alta renda. Por conta disso, uma das recomendações realizadas pelo relatório é o desenvolvimento de programas abrangentes, sensíveis e de alta qualidade, que possam ser submetidos à avaliação de resultados por países de renda média e baixa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Enquanto que intervenções baseadas em evidências para o tratamento de transtornos de comportamento não são realizadas pelos profissionais de nosso estudo, práticas utilizadas em outras psicopatologias da infância e adolescência são evidenciadas como eficazes para o tratamento dos transtornos de comportamento:

[...] com uso de eletroestimulação transcraniana [...] O uso também de medicamentos mais avançados, estabilizadores de humor de geração mais avançada[...] (G)

O uso de eletroestimulação craniana, mencionada por um dos profissionais de nosso estudo como um tratamento efetivo para transtornos de comportamento tem evidências robustas de melhora no tratamento de transtornos depressivos, sendo que seu uso em outros transtornos psiquiátricos carece de evidências, podendo trazer prejuízos físicos e psicológicos aos pacientes (PHILIP et al., 2017). Os estabilizadores de humor possuem evidências de melhora principalmente no tratamento de transtorno bipolar na infância (DEPILIPPIS; WAGNER, 2013), não havendo qualquer suporte científico para o seu uso nos transtornos de comportamento (PRINGSHEIM et al., 2015), o que corrobora a hipótese de que os transtornos de comportamento são compreendidos por alguns profissionais como um sintoma que faz parte de outras psicopatologias da infância e adolescência.

Uma das hipóteses para a ausência de tratamentos específicos para transtornos de comportamento e para prevenção da violência juvenil consiste na falta de clareza quanto ao diagnóstico do transtorno e de seus sinais e sintomas, que não são compreendidos como problema de saúde ou são confundidos com outras psicopatologias da infância e adolescência.

A necessidade de o serviço ser embasado em ações mais estruturadas e subsidiadas por dados científicos também pode ser observada na fala de um profissional de nosso estudo:

[...] em relação aos CAPS, quando a gente abre um CAPS ninguém recebe um treinamento, qual é o modelo ideal de um CAPS? Eu acho que deveria ter um modelo ideal e que fossemos treinados dentro desse modelo ideal, e isso não acontece, então todo mundo faz do seu jeito, porque apesar de ter um manual ninguém foi treinado pra entender esse manual de uma forma adequada, então cada um entende do seu jeito, é a mesma coisa de você ler a bíblia, cada um entende do seu jeito (B)

Assim como colocado pela profissional de nosso estudo, Ramminger e Britto (2011) apontam que, para além de uma formação condizente com a proposta do CAPS, são necessárias orientações mais concretas para a realização do trabalho neste local, visto que, atualmente, os profissionais sentem que não conseguem alcançar as metas estabelecidas no manual do CAPS, já que devido à ausência de formalização, acabam desenvolvendo múltiplos papéis, não tendo clareza de como alcançar essas metas.

Neste mesmo estudo, os autores pontuam que na contramão dos hospitais psiquiátricos, no qual “conhecer um hospital psiquiátrico era conhecer a todos”, temos atualmente a ideia de que “cada CAPS é um CAPS”. Dessa forma, formalizar as ações dos trabalhadores de saúde mental é fornecer um suporte coletivo à atividade de trabalho,

contribuindo inclusive para a promoção de saúde dos trabalhadores (RAMMINGER; BRITTO, 2011).

Outra parte dos profissionais de nosso estudo apontou o cuidado hierárquico e fragmentado entre os diferentes membros da equipe, que remete ao modelo da psiquiatria clássica, centrada no modelo biomédico:

[...] levar para uma psicóloga, o tratamento seria a psicóloga, quando a psicóloga não da conta, quando é bem avançado, que já está na psicóloga e esgotou, aí a gente exige um tratamento neuro e muitas vezes o psiquiátrico também [...] (P)

Esta fala caminha na direção contrária à ampliação do conceito de saúde e das diretrizes da PNRMAV, pautadas no trabalho interdisciplinar, que é entendido como a integração de diferentes disciplinas pelos seus especialistas. Neste caso, não há superioridade entre uma disciplina e outra, mas uma troca de saberes com a finalidade de incorporar diferentes conhecimentos para um cuidado integral e resolutivo (MATTOS, 2004). Entretanto, na fala do profissional de nosso estudo, a figura do médico é representada como superior a do psicólogo, já que o psiquiatra “*da conta*” daquilo que é mais avançado e que o psicólogo não conseguiu dar resolutividade, reforçando o modelo biomédico.

Dessa forma, os profissionais destacam aspectos referentes às antigas práticas de cuidado em psiquiatria pautadas no modelo unicamente biologicista, como o papel hegemônico do médico, e a medicação como principal forma de tratamento:

[...] com psicólogo, com uma equipe técnica né. Então esse tratamento seria através de profissionais especializados [...] (H)

Todos eles necessitam muito, eu creio que eles tem que ter um atendimento de psiquiatria, psicólogo acompanhando[...] (I)

Tanto medicamentoso como apoio psicológico, médico, psiquiátrico né [...] uma equipe totalmente estruturada [...](D)

[...] porque muitas das vezes os pais não aceitam, que o filho tem um transtorno, inclusive a medicação, acima de tudo porque sem a medicação a criança não consegue ter o controle, quando está bem avançado esse transtorno (P)

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado na cidade de Itajaí em Santa Catarina, que teve como objetivo verificar como eram realizadas as práticas em saúde mental do município. Como resultado, os autores observaram que a medicação era a forma de tratamento mais evidenciada para lidar com as queixas emocionais dos usuários atendidos. Contudo, cabe destacar que o estudo foi realizado com profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com profissionais que não eram especialistas em saúde mental (OLIVEIRA et al., 2015), obtendo resultado semelhante a esse estudo, realizado em sua maior parte, com profissionais especialistas na área.

Este constructo equivocadamente parece contribuir para dificuldades de um tratamento efetivo e integrado para as crianças e adolescentes. Primeiramente porque ao entender que a medicação é a modalidade mais eficaz e isoladamente suficiente para o tratamento de transtornos de comportamento, pouco se pensa em outras modalidades terapêuticas e de cuidado tão ou mais importantes, já que o tratamento de primeira escolha para crianças e adolescentes com o transtorno, segundo a literatura científica, são as estratégias psicossociais (COMER et al., 2013; EPSTEIN et al., 2015).

A problemática do entendimento reducionista da medicalização como central no tratamento traz consigo uma divergente consequência: os defensores da antipsiquiatria, que condenam de forma radical o uso exacerbado de medicações para o tratamento do público infantil recorrem a avaliações imprudentes e superficiais dos profissionais, que não desenvolvem outras estratégias de tratamento que não a medicamentosa. Assim como a “medicalização da infância”, vale apontar exageros como invalidar a existência de transtornos mentais e, portanto, negar a rica produção científica sobre o assunto.

É de se esperar que pelo fato dos CAPSs surgirem após a reforma psiquiátrica e ter como eixo norteador o tratamento psicossocial, que os profissionais utilizem de práticas integrativas de cuidado, ao contrário da assistência realizada em serviços de assistência social e hospitais psiquiátricos de internação integral.

Assim como identificamos práticas de saúde baseadas na psiquiatria clássica por parte dos profissionais de nosso estudo, também é possível observar práticas de assistência social semelhantes às previstas pelo antigo código de menores, que visava medidas correccionais e repressivas. No caso dos profissionais de nosso estudo é possível perceber que as ações mediante atitudes como: evasão ou mau comportamento escolar, pais dependentes químicos e pais negligentes são voltadas estritamente às medidas punitivas previstas no ECA – como a advertência, a multa e até mesmo a prisão – e os familiares ou cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos de comportamento são considerados culpados:

“Agora se é uma advertência, uma criança que cometeu coisa errada lá na escola eles vem pra cá junto com a família, dá uma advertência, ou se ao pais não estão cumprindo com o papel dentro da lei do ECA, aí a gente dá uma advertência e encaminha se for o caso para a promotoria [...] (I)

“Se acontece alguma vez de a gente ver que tem uma situação de negligência da mãe, por exemplo a mãe beber, a gente encaminha pro fórum, aí o juiz que vai determinar, a lei diz que pode até uma prisão de 15 dias a 3 meses porque teve uma infração da lei. Então a gente vai atendendo a situação aqui e depois encaminha pro fórum” (J)

[...] o trabalho nosso é encaminhar e cobrar, normalmente adolescente rebelde que não gosta de ir pra escola, ou seja, acaba dando aquela evasão, e em cima do artigo a gente tem que tá aplicando a medida do artigo 101, então a gente tem que aplicar advertência nele, e no caso de três advertências a gente manda pro fórum, pra estar respondendo essa situação aí de evasão escolar [...] (P)

“Mas a gente tem esse método que até três advertências a gente segura, passando disso a gente encaminha pro fórum e lá ele vai aplicar uma medida, aí tem uma audiência né, o juiz ou o promotor vai atender e ali é aplicada uma medida pra família né, pro responsável. Às vezes uma multa, também pode chegar uma multa, um serviço comunitário, aí o juiz que vai determinar, e pode até, a lei diz que pode até uma prisão de 15 dias a 3 meses porque teve uma infração da lei. Então a gente vai entendendo a situação aqui e depois encaminha pro fórum” (I)

Assim, as ações dos profissionais de nosso estudo para com as famílias de crianças e adolescentes com transtornos de comportamento são estritamente judiciais e não consideram possíveis dificuldades, como transtornos mentais e dificuldades financeiras que os familiares podem enfrentar. No entanto, estes são culpabilizados e punidos. Nesse sentido, os profissionais acabam reproduzindo com as famílias a mesma negligência dos pais sobre seus filhos.

O próprio artigo 101 do ECA citado por um dos profissionais deste estudo estabelece que em casos de ameaça ou violação aos direitos da criança ou adolescente, as seguintes medidas protetivas podem ser realizadas: orientação, apoio e acompanhamento temporários; inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da

família, criança ou do adolescente; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial e inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio; orientação e tratamento de alcoólatras ou toxicômanos, entre outras. No artigo 101, não há menção sobre a aplicação de advertências à criança ou adolescente, que são previstas pelo ECA apenas em casos em que há ocorrência de ato infracional (BRASIL, 1990).

Em relação aos pais ou responsáveis, o artigo 129 discorre sobre as seguintes medidas em caso de ameaça ou violação por parte destes, dos direitos da criança ou adolescente: encaminhamento a serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos, encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico, encaminhamento a cursos ou programas de orientação, obrigação de matricular o filho e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar, advertência, entre outras (BRASIL, 1990).

No entanto, dentre todas as medidas de proteção previstas no ECA, apenas as medidas curativas e punitivas, como as advertências e multas são mencionadas. Ao referir que são necessárias três advertências antes de serem encaminhados ao fórum, os profissionais não citam qualquer ação preventiva ou psicossocial realizada na primeira advertência a fim evitar que se chegue à terceira.

Apesar de desconhecermos estudos que analisem as práticas de profissionais para com crianças e adolescentes com transtornos de comportamento, podemos fazer uma analogia de nossos resultados com o que foi encontrado no estudo de Vinuto (2014), acerca das percepções de profissionais que atendem adolescentes em conflito com a lei. Assim como em nosso estudo, a autora destaca que ao desconsiderar fatores macrossociais como: condições sociais e culturais, a ação do estado e as características da sociedade nas quais vivem as crianças e adolescentes, os profissionais acabavam culpabilizando apenas as famílias dos jovens.

Nesse sentido, as práticas dos profissionais de nosso estudo, ao serem apenas punitivas e curativas, caminham na direção contrária às recomendações da OMS, que destaca a necessidade de desenvolver programas voltados à prevenção da violência como: políticas de incentivos para que jovens em situação de risco de violência concluam o ensino médio, redução do acesso a bebidas alcólicas e seu uso indevido, o desenvolvimento de relacionamentos seguros, estáveis e protetores entre crianças e seus cuidadores, programas de atividades após o horário escolar e educação e orientação parental.

Já a PNRMAV recomenda ações contínuas de prevenção e atendimento interdisciplinar e intersetorial entre o setor da saúde e o setor jurídico e de segurança. Entretanto, as comunicações dos profissionais de nosso estudo ocorrem exclusivamente com setores de justiça, como o fórum e o ministério público, sendo que as ações desenvolvidas com os serviços de saúde se restringem a situações curativas, nas quais a criança já foi machucada ou se encontra em situação grave, ou de forma pontual e fragmentada, a partir do preenchimento de papéis e encaminhamento de documentos:

“Tem um documento que a gente vai preenchendo, tem um abuso a gente coloca um “X”, aí se é abuso psicológico, assim, tem que estar detalhado, normalmente a gente já manda todas as informações pra saúde, porque na hora que eles forem olhar a família ali, eles já estão sabendo praticamente de tudo, aí eles só colhem outras informações [...] (I)

[...] no primeiro momento a gente vai colocar pra família, a gente vai passar essa responsabilidade pra família, estar levando a criança ou adolescente em um médico especialista da área competente, o psiquiatra, pra que avaliando, ou esse adolescente passe por esse tratamento ambulatorial, ou quando o adolescente se impede de ir, aí é necessário fazer o internamento, então a gente vai tomar medida mais drástica quando tá no limite [...] (P)

[...] a gente tem que ver os dois lados da moeda, se tem marca de machucado alguma coisa, aí a gente encaminha, as vezes pro hospital, pra eles verem o que pode ter sido, e se for de bater a gente encaminha pro ministério público, representar por esse espancamentos (J)

Assim, o contato entre o Conselho Tutelar e os profissionais da saúde acontece apenas quando a situação de violência já ocorreu, sendo caracterizado por encaminhamentos e requisições. As recomendações da PNPVP caminham na direção contrária das ações dos profissionais de nosso estudo, já que preconiza ações preventivas e articuladas entre os setores, e não apenas encaminhamentos pontuais através de documentos. O fato do setor da saúde não ser procurado ou ser requisitado apenas quando os sintomas dos transtornos de comportamentos já estão graves é evidenciado pelos profissionais da saúde de nosso estudo, que referem que os serviços de saúde são desconhecidos pela população, isolados dos demais serviços e procurados como última alternativa:

[...] eu acho que a criança e o adolescente são encaminhados ou procuram esse serviço como uma das últimas ou penúltimas alternativas, quando se esgotaram todos os outros trabalhos, todos os outros encaminhamentos e acompanhamentos, eles acabam procurando a saúde mental [...] é que eles deixam como último recurso, falta de encaminhamento, falta de um profissional que está detectando se é um caso de saúde mental ou não né (F)

[...] Aqui, eu me sinto um pouco isolada em relação a esses outros serviços, o CAPS infantil aqui eu sinto que é um pouco isolado de tudo, a gente não tem muito contato, parece que a gente tá meio abandonado aqui dos outros [...](M)

[...] o CAPS vai fazer 4 anos agora, e ainda assim, algumas unidades que eu ligo quando eu preciso eles ainda não sabem o que que é o CAPS, não sabem nem o que significa a sigla, as famílias chegam aqui e na hora do acolhimento eles não sabem o que eles vieram fazer aqui [...](B)

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo que objetivou analisar as representações sociais dos profissionais da rede de proteção à criança e ao adolescente no município de Presidente Prudente, no qual encontrou a superioridade da influência do setor de justiça nas ações de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência e uma baixíssima abrangência dos profissionais da saúde (FURINI, 2008).

Entretanto, estudos que analisam o desfecho das denúncias encaminhadas à justiça demonstram que após cinco anos, 40% dos casos foram encerrados por arquivamento do processo, e apenas 1,7% por condenação do réu (MARTINS; MELLO JORGE, 2009). Em caso de abuso sexual de meninas, o abusador permanecia na casa da vítima em 55% dos casos (MAYER; KOLLER, 2012). Assim, conclui-se que a denúncia e a comunicação com os setores de justiça não resulta em uma solução efetiva das situações de violência vivenciadas por crianças e adolescentes, sendo necessário o envolvimento de outros setores, como a saúde e a assistência social.

Como já pontuado pelos estudos e protocolos internacionais acerca dos transtornos de comportamento, a efetividade do tratamento do mesmo depende da articulação entre os setores de saúde, assistência social e justiça (FAST TRACK PROJECT, 2011; COMER et al., 2013; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2017).

Entretanto, os profissionais de nosso estudo apontam que esses diferentes setores se encontram desarticulados e fragmentados, que não há continuidade no cuidado da criança

pelos diferentes serviços e nem o desenvolvimento de trabalhos e projetos em conjunto, o que acaba acarretando na recorrência ou piora dos sinais e sintomas dos transtornos de comportamento:

[...] eu acredito que a gente conseguia fazer o mínimo que era de nossa responsabilidade aqui dentro, mas que o buraco era muito mais em baixo, que a gente não tinha perna pra chegar a atender todo ele [...] e acho que isso podia ser visto pela quantidade de recaída que a gente tinha [...] então, por exemplo o menor que tá internado aqui, quando ele sai eu não tenho nenhum respaldo sobre qual vai ser a continuidade da vida desse menor [...] eu não sei se ele vai continuar na escola, eu não sei se ele vai ter algum serviço de saúde pra ser encaminhado [...] o CRAS, o CREAS só vão atender se tiver alguma situação gritante, eu acho que acompanhamento do dia a dia não vai ser feito [...] cada um atende aquilo que tá na sua alçada no momento que é mais gritante, e aí diminui esse surto, ou esse problema, aí a gente devolve e lava as mãos pro resto que continua, e meio que finge que tem o encaminhamento, finge que tem o acompanhamento, e isso não é feito por ninguém, porque não tem quem faça [...] (C)

“Nós temos serviços municipais que poderia desenvolver mais projetos juntos, porque um é assistência e o outro é saúde então mantém cada um no seu quadrado, e isso poderia ter mais comunicação, poderia ter mais trabalhado em rede realmente pra se ter um trabalho mais efetivo, abarcando um número maior de crianças, fazer realmente uma rede de proteção” (A)

[...] então essas crianças depois que elas recebem alta ou que elas voltam pra unidade, eu tenho certeza absoluta que fica sem atendimento nenhum, né, a gente não consegue, a gente também não monitoriza isso, então assim, nós somos corresponsáveis porque a gente também não monitoriza [...] (E)

[...] faz o tratamento, depois ele volta e ele não continua o atendimento no CAPS, o atendimento ambulatorial e se perde esse trabalho de meses que o adolescente ficou lá dentro internado, então é muito difícil o adolescente dar continuidade no tratamento, e volta todo o problema como era, e eu acredito que de menor deveria ter na rede né, terapeutas e projetos que trabalhem com esses transtornos em crianças e adolescentes. Hoje não temos suficiente pra atender legalmente assim não” (D)

Assim, as falas dos profissionais de nosso estudo evidenciam que não há um trabalho integrado e intersetorial entre os diversos serviços do município para o tratamento dos transtornos de comportamento ou para prevenção da violência juvenil entre crianças e adolescentes, como é recomendado pela PNRMAV, pela OMS e pelos estudos baseados em evidências acerca do tratamento para transtornos de comportamento.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Ribeiro et al. (2013), no qual os profissionais da rede sentem que trabalham sozinhos e desvinculados dos demais setores, o que acaba dificultando a resolutividade dos casos e gerando recorrência e cronificação dos mesmos. Como pontos que dificultam o trabalho articulado entre os diferentes serviços, os profissionais citam principalmente o desconhecimento em como proceder em casos de violência e a falta de clareza acerca do papel de cada serviço no atendimento destes casos (RIBEIRO et al., 2013), motivos que também são evidenciados pelos profissionais de nosso estudo:

[...] eu entendo que por falta de interpretação legal do estatuto da criança e do adolescente, cada entidade, cada órgão interpreta da maneira que lhes cabe. A polícia interpreta o estatuto de uma forma, o médico interpreta de outra forma, a assistente social enxerga de outra forma [...] (H)

[...] a gente consegue cumprir com a nossa responsabilidade até é onde é nosso limite, porque o nosso trabalho hoje é requisitar serviços, o nosso trabalho é administrativo, porém existem muitas representações diferenciadas do conselho tutelar, e isso acaba acarretando um prejuízo no nosso trabalho, qual a nossa responsabilidade? (J)

[...] em relação aos CAPS, quando a gente abre um CAPS ninguém recebe um treinamento, qual é o modelo ideal de um CAPS? Eu acho que deveria ter um modelo ideal e que fossemos treinados dentro desse modelo ideal, e isso não acontece, então todo mundo faz do seu jeito [...] (B)

Assim, podemos inferir que se faz necessário diretrizes que estabeleçam de forma mais clara o papel e o trabalho que será desenvolvido por cada serviço no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos de comportamento, assim como os fluxos de atendimento entre eles. A própria PNRMAV estabelece que a assistência à população em risco ou em situação de violência deve ser realizada através de protocolos baseados em

evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados entre os profissionais (BRASIL, 2001).

A portaria ainda prevê como fundamental para sua consecução a organização dos serviços de atendimento pré-hospitalar, estabelecendo as seguintes ações como sendo de responsabilidade do gestor municipal: a promoção da difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos saudáveis por parte dos municípios, mobilizando os diferentes segmentos sociais locais, a promoção da consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar e a organização e implementação de uma rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de violências, incluindo a recuperação e reabilitação (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, podemos inferir que apesar de haver serviços de atendimento a crianças e adolescentes em risco ou em situação de violência, eles não se articulam conforme as políticas estabelecidas para este fim. Esse fato corrobora com o que foi identificado pela OMS, de que embora muitos países apresentem serviços de proteção à criança e ao adolescente, estes acabam sendo dispersos e fragmentados, o que pode gerar um impacto negativo para as crianças e adolescentes que necessitam dos mesmos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

A OMS recomenda que os serviços de identificação, encaminhamento e proteção de pessoas em situação de violência devem fornecer serviços e encaminhamento abrangentes, sensíveis e de alta qualidade. Assim como a PNRMAV, a OMS recomenda a existência de mecanismos para coordenar as atividades dos diferentes setores, a fim de garantir uma colaboração efetiva entre eles (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Outro fator que dificulta o trabalho integrado e intersetorial identificado pelos profissionais de nosso estudo é a falta de capacitação técnica e emocional dos profissionais que irão trabalhar com crianças e adolescentes com transtorno de comportamento:

[...] capacitar o profissional e avaliar não só em nível de estudo, mas em nível emocional mesmo, como que essa pessoa tá preparada pra lidar com essa situação, não é fácil [...] é importante que a pessoa que vá trabalhar com esse público entenda a dinâmica, por que aí que ele desenvolve a empatia, se ela entende a dinâmica de onde o adolescente e a criança tá inserido e porque que ela tá apresentando esse transtorno, abuso, dependência, enfim, o roubo, até o homicídio, se entender essa dinâmica social, você consegue trabalhar legal com esses pacientes [...] (E)

[...] eu acho que falta focar em cursos pra nós, porque é todos os dias, e nós precisamos aprender, conhecer, né [...] (F)

A ausência de capacitação dos profissionais que envolvem a rede também é identificada em outros estudos relacionados ao tema, nos quais a maior parte dos profissionais veem a graduação de base como insuficiente para atender as demandas advindas dos atendimentos a crianças e adolescentes, sendo que em nenhum deles os profissionais haviam recebido educação permanente ou continuada para exercer sua função (SCANDOLARA, 2009; RIBEIRO et al., 2013).

Com relação à capacitação dos profissionais da rede, podemos perceber defasagens importantes em nosso estudo, já que todos os cursos fornecidos pelos gestores dos locais são de caráter curativo, isto é, apresenta medidas a serem tomadas após a ocorrência de alguma ação desviante por parte dos clientes atendidos. Com isso, não há um treinamento que contemple os problemas com os quais os profissionais se deparam no cotidiano de cada serviço, menos ainda um plano de treinamento estruturado em conjunto com os profissionais da rede.

Como destacado pela profissional de nosso estudo, não há uma análise emocional criteriosa nas contratações dos profissionais que irão atender esse público, assim como a ausência de atividades que promovam ações que extrapolam os limites da capacitação cognitiva, como o aprimoramento das habilidades sociais, resolução de conflitos, promoção da empatia e apoio emocional para os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes com transtornos de comportamento.

A OMS destaca como recomendação fundamental a capacitação profissional para o desenvolvimento adequado de ações de prevenção e tratamento das situações de violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014). A RNPVPS estabelece a capacitação de profissionais, movimentos e conselhos sociais para efetuar o trabalho de prevenção da violência em parceria com polos de educação permanente regionais como um dos objetivos a serem atingidos pela rede de prevenção (BRASIL, 2004).

Já a PNRMAV, estabelece como uma de suas diretrizes a capacitação de recursos humanos para trabalhar com situações de violência, apontando algumas ações a serem tomadas, como: a capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional (BRASIL, 2001).

A portaria ainda estabelece que a capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo, enfatizando como responsabilidade do gestor municipal a promoção e a execução do treinamento e capacitação de recursos humanos para realizar as atividades específicas decorrentes da política nacional e estadual (BRASIL, 2001).

Assim, podemos inferir que apesar de existirem serviços de atendimento a crianças e adolescentes com transtornos de comportamento, os mesmos não atendem às diretrizes e normas estabelecidas pela OMS, pela Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência no que diz respeito ao trabalho integrado e intersetorial no desenvolvimento de ações preventivas, na consolidação do atendimento pré-hospitalar sistematizado, hierarquizado e subsidiado por práticas baseadas em evidências e na capacitação adequada dos recursos humanos.

Este resultado enfatiza a hipótese dos estudos de Murray et al. (2015b), de que uma das explicações para o índice elevado de violência no Brasil pode estar associada com o alto índice de comportamentos disruptivos na infância, que por não receberem atenção adequada dos serviços estatais, acabam gerando comportamentos mais graves na adolescência e idade adulta.

6 Considerações Finais

Através de nosso estudo, verificamos que os profissionais dos serviços de saúde e assistência social são predominantemente mulheres que apresentam heterogeneidade quanto à nupcialidade, idade e ocupação. Foi possível perceber ainda que os profissionais desses serviços possuem pouco tempo de trabalho no local e não possuem treinamento específico para atuar na área.

Para estes profissionais, o conhecimento acerca da aplicabilidade diagnóstica dos transtornos de comportamento não é clara, sendo que parte deles compreendem os transtornos de comportamento como desvios que estão fora do esperado às condutas para a idade e cultura de uma criança ou adolescente, sem identificar os principais sinais e sintomas característicos do diagnóstico.

Outra percepção dos profissionais de nosso estudo acerca de crianças e adolescentes com transtornos de comportamento é de que eles são “rebeldes”, “malandros” e sem educação. Por vezes, os sinais e sintomas do transtorno são confundidos aos de outras psicopatologias, como o TDAH, os transtornos de humor e a personalidade antissocial. Tais concepções acabam dificultando a identificação e o encaminhamento dessas crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental e assistência social.

Para os profissionais de nosso estudo, os principais fatores de risco atribuídos ao desenvolvimento dos transtornos de comportamento em crianças e adolescentes são aqueles que ocorrem nas relações microssociais, isto é, nas relações entre as crianças e seus familiares, como a violência doméstica, a desestruturação familiar, a falta de afeto e as práticas educativas, fatores que podem inclusive potencializar ou não a predisposição genética da criança ou adolescente a desenvolver transtornos de comportamento.

Já os fatores macrossociais, como as condições sociais e culturais, a ação do estado e as características da sociedade nas quais vivem as crianças e adolescentes são pormenorizados como colaboradores para o desenvolvimento de transtornos de comportamento pelos profissionais de nosso estudo.

Por fim, nosso estudo permitiu concluir que as ações de prevenção à violência juvenil e de atendimento a crianças e adolescentes com transtornos de comportamento não atendem às diretrizes e normas estabelecidas pela OMS, pela Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e por estudos baseados em evidências no que diz respeito ao trabalho integrado e intersetorial no desenvolvimento de ações preventivas, na consolidação do atendimento pré-hospitalar sistematizado, hierarquizado e subsidiado por práticas baseadas em evidências e na capacitação adequada dos recursos humanos.

6.1 Limitações do estudo

Uma das limitações do estudo incidiu na não participação dos profissionais do CREAS, já que estes representam um mecanismo importante no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos de comportamento e no desenvolvimento de ações de prevenção da violência juvenil. Por analisar dois serviços de saúde e os Conselhos Tutelares, o estudo não pôde identificar se outros serviços do município realizam ações de atendimento a crianças e adolescentes com transtornos de comportamento ou de prevenção à violência juvenil, conforme estabelecem os estudos científicos, a OMS e as políticas Nacionais de Prevenção à Violência. Outra limitação do estudo consiste no período de realização da coleta de dados, que coincidiu com a mudança do secretário de assistência social e do prefeito do município. Este fato foi percebido como obstáculo para que alguns profissionais do Conselho Tutelar se sentissem inseguros em ter suas falas gravadas acerca do funcionamento dos serviços de assistência à criança e ao adolescente do município.

6.2 Contribuições do estudo

O estudo é o primeiro a fazer uma análise das percepções e conhecimentos dos profissionais de saúde e dos conselhos tutelares acerca dos transtornos de comportamento. Através dele, podemos observar que a falta de clareza quanto ao diagnóstico acaba dificultando a identificação de crianças e adolescentes que apresentam os sinais e sintomas do transtorno e impossibilita o tratamento adequado do problema.

Devido a relação dos transtornos de comportamento com a violência juvenil, o estudo também nos permite observar que as ações dos serviços para prevenir a violência não corroboram com as recomendações feitas pela OMS e pelas Políticas Nacionais de Prevenção da Violência. Nosso resultado ressalta a hipótese de estudos anteriores, que apontam a falta de suporte estatal e projetos de prevenção na transição da infância para a adolescência como um dos motivos para o alto índice de violência juvenil no Brasil.

Assim, através dos resultados de nossos estudos podemos sugerir algumas práticas que podem contribuir para o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento efetivas dos transtornos de comportamento e conseqüentemente, da violência juvenil:

a) capacitar os profissionais quanto aos sinais e sintomas dos transtornos de comportamento, a fim de possibilitar a identificação de casos de risco ou que necessitem de tratamento psicossocial;

b) normatizar as ações dos serviços com a participação de todos os setores, criando fluxogramas claros e baseados em evidências sobre as ações que devem ser tomadas caso sejam identificados fatores de risco importantes ou sinais e sintomas de transtornos de comportamento;

c) capacitar os profissionais dos serviços especializados no atendimento a crianças e adolescentes a realizarem ações preventivas tanto para os transtornos de comportamento, como para a violência juvenil, como a educação parental, os programas de orientação e o desenvolvimento de habilidades sociais;

d) desenvolver educação permanente e continuada com a participação de todos os profissionais da rede de proteção, assim como o desenvolvimento de habilidades emocionais e afetivas;

e) envolver os alunos e docentes dos cursos de assistência social, enfermagem, psicologia, medicina e direito nos atendimentos realizados pela rede de proteção através de estágios, projetos de extensão e pesquisa acadêmica.

Referências Bibliográficas

ABRAMO, L. A Situação da mulher latino-americana. In: DELGADO, D. G, CAPPELLIN, P; SOARES, V (Orgs.). **Mulher e trabalho: experiências de ação afirmativa**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000, p. 111-134.

ADAMS, A. **Entre a loucura e o desvio: adolescentes em conflito com a lei acometidos de transtorno psicótico e de conduta no cumprimento de medida socioeducativa de internação**. 2010. 198 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Faculdade de Direito PUCRS, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/1729>. Acessado em: 21 Abr. 2015.

AEBI, M. et al. Oppositional defiant disorder dimensions and subtypes among detained male adolescent offenders. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 57, n. 6, p. 729-736, Jun 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12473/abstract>. Acessado em: 21 Mar. 2017.

AFIFI, T. O. et al. An examination of the relation between conduct disorder, childhood and adulthood traumatic events, and posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. **Journal of psychiatric research**, v. 45, n. 12, p. 1564-1572, 2011. Disponível em: [http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/S0022-3956\(11\)00183-X/fulltext](http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/S0022-3956(11)00183-X/fulltext). Acessado em: 10 Abr. 2015.

ANDRADE, R. C. D. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. **Ciênc Saúde Coletiva**, Niterói, v. 16, n. 4, p. 2179-88, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n4/v16n4a17>. Acessado em: 21 Abr. 2015.

APA- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Transtornos disruptivos do controle de impulsos e da conduta. In: **DSM- 5 Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª. Ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 323-332, 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/6635>. Acessado em: 21 Mar. 2015.

BENJET, C.; KAZDIN, A. E. Spanking children: the controversies, findings, and new directions. In: (Ed.). **Clin Psychol Rev**. United States, v.23, p.197-224, 2003. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735802002064?via%3Dihub>. Acessado em: 09 Set. 2014.

BERNARDES, E. T. **Estudo das relações entre maus tratos na infância, prejuízo em funções executivas e transtornos do comportamento disruptivo em uma amostra comunitária de crianças**. 2015. 66 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo. 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-06062016-124024/en.php>. Acessado em: 30 Mar. 2016.

BESSA FERNANDES, F. M.; RASGA MOREIRA, M. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4008/400838265010/>. Acessado em: 03 Ago. 2017.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. p. 13563. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-normaatualizada-pl.pdf>. Acessado em: 10 ago. 2014.

_____. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011. p. 230-232. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 30 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 737 de 18 de maio de 2001. Institui a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 Mai. 2001. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Port_737_polt_reducao_acid_morbimortalidade.pdf. Acessado em: 01 Ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 936 de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 Mai. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acessado em: 01 Ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. 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**, Brasília, 20 Fev. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acessado em: 02 Set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. Acessado em: 30 Ago. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 130 de 15 de julho de 2005. Aprova a norma operacional básica da assistência social - NOB SUAS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 2005. Seção 1, p. 57. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/705063/pg-57-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-25-07-2005>. Acessado em: 01 set. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 2011.

BRIGGS-GOWAN, M. J. et al. Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 51, n. 10, p. 1132-40, Out 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2010.02256.x/abstract;jsessionid=1D639A4C9F02CB6A033BCFA5F20C3978.f02t03>. Acessado em: 10 Abr. 2015.

BURNETTE, M. L. Gender and the Development of Oppositional Defiant Disorder: Contributions of Physical Abuse and Early Family Environment. **Child Maltreatment**, v. 18, n. 3, p. 195-204, Aug 2013. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077559513478144?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. Acessado em: 20 Abr. 2015.

CARDOSO, L.; FRARI GALERA, S. A. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033308012/>. Acessado em: 11 Set. 2014.

CARPES, A. D. et al. A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/999>. Acessado em: 21 Mar. 2017.

CASPI, A. et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. **Science**, v. 297, n. 5582, p. 851-4, Ago 02 2002. Disponível em: <http://science.sciencemag.org/content/297/5582/851.long>. Acessado em: 12 Abr. 2015.

CHAN, K. L. Association between intimate partner violence and child maltreatment in a representative student sample in Hong Kong. **Violence Against Women**, v. 21, n. 4, p. 500-15, Abr 2015. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801215569080?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. Acessado em: 13 Set. 2017.

CID, M. F. B. Saúde mental de escolares: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção. 2011. 141 f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos. 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/2889>. Acessado em: 06 Ago. 2014.

COMER, J. S. et al. Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: a meta-analytic examination. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 52, n. 1, p. 26-36, Jan 2013. Disponível em: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(12\)00768-X/fulltext](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(12)00768-X/fulltext). Acessado em: 30 Ago. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 Mai. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Republica%C3%A7%C3%A3o-Resolu%C3%A7%C3%A3o-543-17-completa.pdf>. Acessado em: 01 Nov. 2017.

CRUZEIRO, A. L. S. et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2013-20, set 2008. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/857>. Acessado em: 07 Ago. 2014.

DACKIS, M. N.; ROGOSCH, F. A.; CICCETTI, D. Child maltreatment, callous-unemotional traits, and defensive responding in high-risk children: An investigation of emotion-modulated startle response. **Dev Psychopathol**, v. 27, n. 4, p. 1527-1545, Nov 2015. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/child-maltreatment-callousunemotional-traits-and-defensive-responding-in-highrisk-children-an-investigation-of-emotionmodulated-startle-response/9BDAAF0C354CED3C40DFFF0C7A56E726>. Acessado em: 23 Mar. 2016.

DE CASTRO MELO, D. et al. Transtorno de conduta: influência de fatores psicofisiológicos e socioambientais na personalidade de menores no envolvimento de atos infracionais. In: XIV Semana Científica da Faculdade, 2016, Teresina. **Anais da XIV Semana Científica da Faculdade Santo Agostinho**, Teresina: Psicologia PT, 2016, 15 p. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0394.pdf>. Acessado em: 07 Abr. 2017.

DEFILIPPIS, M. S.; WAGNER, K. D. Bipolar depression in children and adolescents. **CNS Spectr**, v. 18, n. 4, p. 209, Ago 2013. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/bipolar-depression-in-children-and-adolescents/F5C118ED3DE813DA0556724F6888B5C6>. Acessado em: 04 Ago. 2017.

DODGE, K. A.; MCCOURT, S. N. Translating models of antisocial behavioral development into efficacious intervention policy to prevent adolescent violence. **Dev Psychobiol**, v. 52, n. 3, p. 277-285, Abr 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dev.20440/abstract>. Acessado em: 04 Set. 2015.

DUMAS, J. E. Os transtornos de comportamento. In: _____. **Psicopatologia da infância e da adolescência**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 272-329.

DU PLESSIS, B. et al. The contribution of different forms of violence exposure to internalizing and externalizing symptoms among young South African adolescents. **Child Abuse & Neglect**, v. 45, p. 80-89, Jul 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213415000721>. Acessado em: 20 Nov. 2015.

EASTERBROOKS, M. A. et al. Intimate Partner Violence in the First 2 Years of Life: Implications for Toddlers' Behavior Regulation. **J Interpers Violence**, n. 1, p.1-23, 2015. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260515614562?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. Acessado em: 10 Set. 2017.

ECKENRODE, J. et al. Income inequality and child maltreatment in the United States. **Pediatrics**, v. 133, n. 3, p. 454-461, 2014. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/133/3/454.long>. Acessado em: 13 Set. 2015.

ECKHARDT, C. I.; PARROTT, D. J.; SPRUNGER, J. G. Mechanisms of Alcohol-Facilitated Intimate Partner Violence. **Violence Against Women**, v. 21, n. 8, p. 939-57, Ago 2015. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801215589376?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. Acessado em: 10 Set. 2017.

EPSTEIN, R. et al. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. In: (Ed.). **Psychosocial and Pharmacologic Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), n. 15, v. 16-EHC019-EF, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0079669/>. Acessado em: 01 Dez. 2015.

ERSKINE, H. E. et al. Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 55, n. 10, p. 841-50, Out 2016. Disponível em: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(16\)31157-1/fulltext](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(16)31157-1/fulltext). Acessado em: 07 Abr. 2017.

FAST TRACK PROJECT. United States, 2011. Disponível em: <http://fasttrackproject.org/overview.php#design>. Acessado em: 28 Ago 2017.

FEINGOLD, A. et al. Changes in the Associations of Heavy Drinking and Drug Use with Intimate Partner Violence in Early Adulthood. **J Fam Violence**, v. 30, n. 1, p. 27-34, Jan 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322775/>. Acessado em: 12 Set. 2017.

FERGUSON, D. M. et al. MAOA, abuse exposure and antisocial behaviour: 30-year longitudinal study. In: (Ed.). **Br J Psychiatry**. England, v. 198, 2011. p. 457-63. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/content/198/6/457.long>. Acessado em: 20 Abr. 2015.

FRICK, P. J. Early Identification and Treatment of Antisocial Behavior. **Pediatr Clin North Am**, v. 63, n. 5, p. 861-71, Out 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27565364>. Acessado em: 20 de Mai. 2017.

FRICK, P. J. et al. Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. **Psychol Bull**, v. 140, n. 1, p. 1-57, Jan 2014. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/record/2013-22183-001>. Acessado em: 3 de Mar. 2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **ECA 25 anos: avanços e desafios para infância e a adolescência no Brasil**. Brasil, 2015.

FURINI, L. A. **Redes sociais temáticas: o caso das redes sociais de assistência à criança e ao adolescente em Presidente Prudente (SP) e suas representações sociais**. 2008. 256 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Faculdade de Ciências e Tecnologia de Presidente Prudente, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. 2008. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/101423>. Acessado em: 20 Abr. 2015.

FURLONG, M. et al. Cochrane review: behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). **Evid Based Child Health**, v. 8, n. 2, p. 318-692, Mar 07 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ebch.1905/abstract>. Acessado em: 28 Ago. 2015.

GRANT, J. D. et al. The role of conduct disorder in the relationship between alcohol, nicotine and cannabis use disorders. **Psychol Med**, v. 45, n. 16, p. 3505-15, Dez 2015. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/role-of-conduct-disorder-in-the-relationship-between-alcohol-nicotine-and-cannabis-use-disorders/31F786EE28E7BA302928C79949B3B34F>. Acessado em: 05 Ago. 2016.

GRAÇA FATORI DE SÁ, D. et al. Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. **Psicologia: teoria e prática**, v. 11, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1938/193818630015/>. Acessado em: 09 Ago. 2014.

GREGER, H. K. et al. Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. **Child Abuse & Neglect**, v. 45, p. 122-134, Jul 2015. ISSN 0145-2134. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000356907500012 >. Acessado em: 21 Mai. 2016.

HERRENKOHL, T. I. et al. Developmental risk factors for youth violence. **Journal of Adolescent Health**, v. 26, n. 3, p. 176-186, 2000. Disponível em: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(99\)00065-8/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(99)00065-8/fulltext). Acessado em: 10 Ago. 2014.

KIM, J. I. et al. Prevalence of psychiatric disorders, comorbidity patterns, and repeat offending among male juvenile detainees in South Korea: a cross-sectional study. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**, v. 11, p. 6, 2017. Disponível em: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-017-0143-x>. Acessado em: 13 Set. 2017.

KYRANIDES, M. N. et al. Preventing Conduct Disorder and Callous Unemotional Traits: Preliminary Results of a School Based Pilot Training Program. **J Abnorm Child Psychol**, n.1, p. 1-13, Fev 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10802-017-0273-x>. Acessado em: 20 Mai. 2017

LIN, Y. J.; GAU, S. S. Differential neuropsychological functioning between adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without conduct disorder. **J Formos Med Assoc**, v. xx, n. 1, p. 1-10, Mar 11 2017. Disponível em: [http://www.jfma-online.com/article/S0929-6646\(17\)30103-1/fulltext](http://www.jfma-online.com/article/S0929-6646(17)30103-1/fulltext). Acessado em: 20 Set. 2017.

LONGMAN, T.; HAWES, D. J.; KOHLHOFF, J. Callous-Unemotional Traits as Markers for Conduct Problem Severity in Early Childhood: A Meta-analysis. **Child Psychiatry Hum Dev**, v. 47, n. 2, p. 326-34, Abr 2016. Disponível em: <https://rd.springer.com/article/10.1007/s10578-015-0564-9?no-access=true>. Acessado em: 19 Mai. 2017.

LUTZ, P. E. et al. Association of a History of Child Abuse With Impaired Myelination in the Anterior Cingulate Cortex: Convergent Epigenetic, Transcriptional, and Morphological Evidence. **Am J Psychiatry**, n. 1, p. 1-10, Jul 2017. Disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2017.16111286>. Acessado em: 11 Ago. 2017.

MACKINNON, N. et al. The Association Between Prenatal Stress and Externalizing Symptoms in Childhood: Evidence From the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. **Biol Psychiatry**, p. 1-15, Jul 27 2017. Disponível em: [http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(17\)31810-3/fulltext](http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(17)31810-3/fulltext). Acessado em: 09 Set. 2017.

MARTINS, C. B. D. G.; MELLO JORGE, M. H. P. D. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 800-807, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3070/307023847012/>. Acessado em: 21 Abr. 2015.

MASI, G. et al. A Naturalistic Comparison of Methylphenidate and Risperidone Monotherapy in Drug-Naive Youth With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Comorbid With Oppositional Defiant Disorder and Aggression. **J Clin Psychopharmacol**, v. 37, n. 5, p. 590-594, Out 2017. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=28806385>. Acessado em: 13 Set. 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTOS, R. A. D. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad saude publica**, v. 20, n. 5, p. 1411-16, 2004. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-385222>. Acessado em: 20 Abr. 2015.

MAURIZI, L. K.; GERSHOFF, E. T.; ABER, J. L. Item-Level Discordance in Parent and Adolescent Reports of Parenting Behavior and Its Implications for Adolescents' Mental Health and Relationships with Their Parents. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 41, n. 8, p. 1035-1052, Ago. 2012. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000307514300006 >. Acessado em: 22 Jan. 2015.

MAYER, L. R.; KOLLER, S. H. Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de crianças vítimas de violência doméstica. **Violência Contra Crianças e Adolescentes. Teoria, pesquisa e prática**. 2012. 116 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/2793>. Acessado em: 10 Abr. 2015.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01103.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MORGAN, P. L. et al. Which kindergarten children are at greatest risk for attention-deficit/hyperactivity and conduct disorder symptomatology as adolescents? **Sch Psychol Q**, v. 31, n. 1, p. 58-75, Mar 2016. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/record/2015-32553-001>. Acessado em: 20 Mai. 2017.

MURATORI, P. et al. Which dimension of parenting predicts the change of callous unemotional traits in children with disruptive behavior disorder? **Compr Psychiatry**, v. 69, p. 202-10, Ago 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27423362>. Acessado em: 23 Mar. 2017.

MURRAY, J.; CERQUEIRA, D. C.; KAHN, T. Crime and violence in Brazil: Systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. **Aggress Violent Behav**, v. 18, n. 5, p. 471-83, Set. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3763365/>. Acessado em: 18 Mai. 2017.

MURRAY et al. Childhood behaviour problems predict crime and violence in late adolescence: Brazilian and British birth cohort studies. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 50, n. 4, p. 579-589, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-014-0976-z>. Acessado em: 19 Mai. 2017.

MURRAY, J. et al. Epidemiology of childhood conduct problems in Brazil: systematic review and meta-analysis. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 48, n. 10, p. 1527-38, Out 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23644723>. Acessado em: 23 de Abr. 2015.

MURRAY, J. et al. Perinatal and sociodemographic factors at birth predicting conduct problems and violence to age 18 years: comparison of Brazilian and British birth cohorts. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 56, n. 8, p. 914-22, Ago 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12369/full#references>. Acessado em: 16 de Fev. 2016.

NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE. **Principles of substance abuse prevention for early childhood: a research-based guide**. United States: National Institute of Drug Abuse: 2016. Disponível em: https://d14rmgrwz5a.cloudfront.net/sites/default/files/early_childhood_prevention_march_2016.pdf. Acessado em: 28 de Ago. 2017

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management**. (Clinical guideline CG158) England: National Institute of Health and Care Excellence: 2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/Update-information>. Acessado em: 28 Ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência**. São Paulo: Organização mundial de saúde, 2014.

OLIVEIRA, I. C. et al. As Percepções Do Cuidado Em Saúde Mental Pelos Profissionais De Saúde De Uma Unidade Básica De Saúde Do Município De Itajaí-SC. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 6, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2653/265345668006/>. Acessado em: 12 Set. 2017.

OUELLET-MORIN, I. et al. Effects of the MAOA gene and levels of exposure to violence on antisocial outcomes. **British Journal of Psychiatry**, v. 208, n. 1, p. 42-48, Jan 2016. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/content/208/1/42.long>. acessado em: 07 de Abr. 2017.

KRUG et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

PACHECO, J. T. B.; HUTZ, C. S. Variáveis familiares preditoras do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais. Porto Alegre: **psicologia: teoria e pesquisa**, 25: 213-219 p. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a09v25n2>. Acessado em: 08 Ago. 2014.

PASALICH, D. S. et al. Indirect Effects of the Fast Track Intervention on Conduct Disorder Symptoms and Callous-Unemotional Traits: Distinct Pathways Involving Discipline and Warmth. **J Abnorm Child Psychol**, v. 44, n. 3, p. 587-97, Abr 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10802-015-0059-y>. Acessado em: 30 Mar. 2017.

PESCE, R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 507-518, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63013532019/>. Acessado em: 11 Ago. 2014.

PHILIP, N. S. et al. Low-Intensity Transcranial Current Stimulation in Psychiatry. **Am J Psychiatry**, v. 174, n. 7, p. 628-639, Jul 01 2017. Disponível em: http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2017.16090996?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed. Acessado em: 04 Set. 2017.

PRINGSHEIM, T. et al. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. **Can J Psychiatry**, v. 60, n. 2, p. 42-51, Feb 2015. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674371506000202?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. Acessado em: 04 Set. 2017.

RAMMINGER, T.; CRUZ DE BRITO, J". Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n esp., p. 150-160, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3093/309326564018/>. Acessado em: 07 Abr. 2015.

RAMMINGER, T.; CRUZ DE BRITO, J. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 33, n. 117, p. 36-49, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1005/100515167005/>. Acessado em: 07 Abr. 2015.

RIBEIRO, J. P et al. The protection of children and adolescents from violence: an analysis of public policies and their relationship with the health sector. **Invest. Educ. Enferm. Antioquia**, v. 31, n. 1, p. 133-141, jan. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Ativbook/Downloads/Dialnet-TheProtectionOfChildrenAndAdolescentsFromViolence-4228066.pdf>Acessado em: 03 ago. 2014.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES STEFANINI, J. et al. Adolescentes com transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e exposição à violência: opinião dos pais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1090-1096, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2814/281442811014/>. Acessado em: 09 Set. 2017.

RODRIGUEZ, J. D. M. et al. The impact of perinatal and socioeconomic factors on mental health problems of children from a poor Brazilian city: a longitudinal study. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 46, n. 5, p. 381-391, 2011. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-010-0202-6>. Acessado em: 06 Ago. 2014.

RONDINI, C. A.; INCAU, C.; MARTINS, R. A. Concepções de profissionais da saúde sobre altas habilidades e transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em crianças. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v. 13, n. 32, p. 152-170, 2015. Disponível em: <http://revistapuca.estacio.br/index.php/reeduc/article/viewArticle/938>. Acessado em: 11 Ago. 2017.

SANCHEZ, M. M.; MCCORMACK, K. M.; HOWELL, B. R. Social buffering of stress responses in nonhuman primates: Maternal regulation of the development of emotional regulatory brain circuits. **Soc Neurosci**, v. 10, n. 5, p. 512-26, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4618704/>. Acessado em: 09 Set. 2017.

SCANDOLARA, A. S et al. Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel-PR. **Psicol. Soc.** Rio Grande do Sul, v. 21, n. 3, p. 334-342, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a06v21n3>> Acesso em: 13 ago. 2014.

SCHLACK, R.; PETERMANN, F. Prevalence and gender patterns of mental health problems in German youth with experience of violence: the KiGGS study. In: (Ed.). **BMC Public Health**. England, v. 13, n.1, p. 628, 2013. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-628>. Acessado em: 14 Ago. 2014.

SCIVOLETTO, S. et al. Avaliação diagnóstica de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social: transtorno de conduta, transtornos de comunicação ou "transtornos do ambiente"? **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 5, p. 206-207, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000500006. Acessado em: 10 Ago. 2014.

SHAW, D. S. et al. Transactional effects among maternal depression, neighborhood deprivation, and child conduct problems from early childhood through adolescence: A tale of two low-income samples. **Dev Psychopathol**, v. 28, n. 3, p. 819-36, Ago 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27427808>. Acessado em: 30 de Mar. 2017.

SHERMAN, B. J.; DUARTE, C. S.; VERDELI, H. Internalizing and externalizing problems in adolescents from Bahia, Brazil: sociodemographic correlates and family environment in boys and girls. **International Journal of Mental Health**, v. 40, n. 3, p. 55-76, 2011. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2753/IMH0020-7411400304>. Acessado em: 11 Ago. 2014.

STENMARK, H. et al. Mental problems and their socio-demographic determinants in young schoolchildren in Sweden, a country with high gender and income equality. **Scand J Public Health**, v. 44, n. 1, p. 18-26, Fev 2016. Disponível em: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494815603544?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. Acessado em: 30 Ago. 2016

STIVANIN, L.; SCHEUER, C. I.; ASSUMPÇÃO JR, F. B. SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire): identificação de características comportamentais de crianças leitoras. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 407-413, 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/9235>. Acessado em: 23 Nov. 2015.

TUNG, I. et al. Patterns of Comorbidity Among Girls With ADHD: A Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 138, n. 4, Out 2016. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/138/4/e20160430.long>. Acessado em: 13 Set. 2017.

TURINI BOLSONI-SILVA, A.; MARIANO, M. L. Práticas educativas de professores e comportamentos infantis, na transição ao primeiro ano do Ensino Fundamental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4518/451844509007/>. Acessado em: 10 Abr. 2015.

ULLOA FLORES, R. E.; NAVARRO MACHUCA, I. G. Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. **Salud mental**, v. 34, n. 3, p. 219-225, 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300005. Acessado em: 10 Set. 2014.

VIDING, E.; SEARA-CARDOSO, A.; MCCRORY, E. J. Antisocial and callous behaviour in children. **Curr Top Behav Neurosci**, v. 17, n. 1, p. 395-419, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24357438>. Acessado em 18 Mai. 2017.

VINUTO, J. Representações sociais sobre a família do adolescente em conflito com a lei: a lei e suas ressignificações. **Cadernos de Campo (São Paulo, 1991)**, v. 22, n. 22, p. 326-336, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/cadernosdecampo/article/view/80911>. Acessado em: 10 Set. 2017.

WEISSENBERGER, S. et al. ADHD, Lifestyles and Comorbidities: A Call for an Holistic Perspective - from Medical to Societal Intervening Factors. **Front Psychol**, v. 8, n. 1, p. 454, 2017. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00454/full>. Acessado em: 12 Set. 2017.

WICKENS, C. M. et al. The impact of childhood symptoms of conduct disorder on driver aggression in adulthood. **Accid Anal Prev**, v. 78, n. 1, p. 87-93, Mai 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001457515000548?via%3Dihub>. Acessado em: 25 Nov. 2015.

WIDOM, C. S.; BRZUSTOWICZ, L. M. MAOA and the "cycle of violence:" childhood abuse and neglect, MAOA genotype, and risk for violent and antisocial behavior. In: (Ed.). **Biol Psychiatry**. United States, v. 60, n. 1, 2006. p.684-900. Disponível em: [http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(06\)00473-2/fulltext](http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(06)00473-2/fulltext). Acessado em: 18 Abr. 2015.

WHITTLE, S. et al. Role of Positive Parenting in the Association Between Neighborhood Social Disadvantage and Brain Development Across Adolescence. **JAMA Psychiatry**, v. 74, n. 8, p. 824-832, Ago 01 2017. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2631892>. Acessado em: 13 Set. 2017.

WOOLFENDEN, S. R.; WILLIAMS, K.; PEAT, J. K. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. **Arch Dis Child**, v. 86, n. 4, p. 251-6, Abr 2002. Disponível em: <http://adc.bmj.com/content/86/4/251.long>. Acessado em: 10 Abr. 2015.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.

Caro participante,

Você está sendo convidado como voluntário(a), para participar da pesquisa “Rede de atendimento e proteção à infância e adolescência do interior paulista: representações sociais dos seus profissionais acerca dos Transtornos de Comportamento”. Os transtornos de comportamento na infância e adolescência, em específico o Transtorno de Conduta é caracterizado por comportamentos frequentes de desrespeito às regras e aos adultos, agressão física, roubo, culminando em prejuízos no desenvolvimento da criança ou adolescente. Nesse sentido, torna-se indispensável a implementação de uma rede de ações voltadas para minimizar os problemas de comportamento, exclusão e discriminação aos quais crianças e adolescentes com este transtorno podem vivenciar. Este trabalho objetiva conhecer as representações sociais dos profissionais da rede de proteção e atendimento a infância e adolescência do município de Marília acerca dos transtornos de comportamento e o atendimento prestado a esta população. Em dia, horário e local agendado, o participante responderá a uma entrevista semi-estruturada composta de duas partes. A primeira com dados de identificação e a segunda parte contendo dez questões abertas sobre o foco de interesse do estudo que será gravada pela pesquisadora. A entrevista será realizada em uma única sessão de aproximadamente 40 minutos.

Antes da finalização da pesquisa, os entrevistados poderão verificar as interpretações de suas falas feitas pelo pesquisador, podendo emitir sua opinião. Por se tratar de um assunto que aborda crianças e adolescentes em risco social ou emocional, existe uma chance de você sentir desconforto relacionado ao relato de vivências difíceis, ou de emitir sua opinião sobre assuntos delicados, como violência infantil. Para minimizar esse risco, a pesquisadora foi treinada para conduzir as entrevistas da maneira mais adequada. Como benefício, essa pesquisa poderá fazer você refletir sobre seu trabalho, além de implementar melhorias na rotina dos serviços de saúde. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Não haverá ônus, assim como não haverá remuneração financeira pela sua participação nesse estudo. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Os dados serão utilizados anonimamente para o relatório final da pesquisa e para divulgação dos resultados em eventos e revistas científicas.

Afirmo a confidencialidade de seus dados e garanto que o uso será restrito ao estudo em questão e armazenamento dos dados. Gostaria de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação em qualquer momento da pesquisa, se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo algum.

Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá o direito de ser indenizado.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem (EERP-USP), que tem a função de proteger os participantes da pesquisa, e que poderá ser acionado caso necessário, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, pelo telefone (16) 3315-3386.

Após a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você receberá uma via do mesmo.

Declaro que foram cumpridas as exigências contidas no item IV.3 da Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012.

Nome do pesquisador:

Contatos dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa:

Caroline Krauser

e-mail: caroline.krauser@usp.br

Profa. Dra. Zeyne A. Pires Scherer

e-mail: Scherer@eerp.usp.br

Consentimento pós-esclarecido

Eu confirmo que _____ explicou-me o objetivo dessa pesquisa, bem como a forma de participação. Estou ciente das informações sobre a pesquisa e entendo que minha participação é voluntária, não me causarão nenhum dano, risco ou ônus. Será mantido segredo das informações contidas nas entrevistas. Tenho ciência da segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, da garantia de que todas as informações fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficarão sob guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitadas por mim a qualquer momento e que posso me recusar a responder a alguma pergunta. Autorizo a gravação e transcrição da entrevista.

Marília/SP, _____ / _____ / _____

Nome do participante:

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista para profissionais dos serviços**Parte I: Dados de Identificação**

Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ anos

Religião: () Sem Religião () Católico () Pentecostal () Protestante () Espírita

Estado Civil: () Solteiro () Casado () União Consensual () Separado () Viúvo

Escolaridade: () Fundamental I () Fundamental II () Médio () Superior

Ocupação: _____

Você fez algum curso de aprimoramento profissional ou de pós-graduação (especialização, residência, mestrado, doutorado)? _____ Qual?

Tempo de atividade profissional (anos): _____

Unidade de Saúde em que atua: () CAPS infantil () Hospital Espírita de Marília ()

Conselho tutelar () CREAS

Era seu desejo trabalhar neste local? _____

Tempo de atividade na função atual: _____

Recebeu algum tipo de capacitação para desempenhar sua função? _____ Qual?

Parte II – Roteiro da entrevista semiestruturada:

1. O que você entende sobre Transtornos de Comportamento na Infância ou Adolescência?
2. Em sua opinião, quais fatores podem levar ao desenvolvimento de Transtornos de Comportamento na Infância ou Adolescência?
3. Em sua opinião, qual é o papel do serviço ou entidade em que você atua no atendimento a estas crianças e adolescentes?
4. Em sua opinião, o serviço ou entidade em que você atua consegue cumprir com essa responsabilidade? Por quê?
5. Em sua opinião, crianças ou adolescentes com Transtornos de Comportamento necessitam de tratamento? Como seria este tratamento?
6. Quais medidas devem ser tomadas para oferecer um tratamento efetivo para essas crianças e adolescentes?

7. O que você entende por rede de proteção à criança e ao adolescente?
8. Em sua opinião, quais os pontos positivos e negativos da rede de atendimento à infância e adolescência em seu município?
9. Em sua opinião, o serviço ou entidade em que você atua está inserido na rede de atenção à criança e adolescência?
10. Você gostaria de comentar mais alguma coisa sobre esse assunto?