
Considerações sobre o texto “Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência”

Comments on the text “The situation of Brazilian children and adolescents with regard to mental health and violence”

Michael Eduardo Reichenheim³

Se nos idos anos setenta/oitenta do século passado podíamos sentar a uma só mesa, contando nos dedos os que se debruçavam sobre o tema, feliz-

³Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
michael@ims.uerj.r

mente hoje as violências de todos os matizes interessam a muitos mais e estão significativamente nas pautas de discussão e ação em todo o país¹. Claramente, revisões como a de Assis *et al.*² são muito oportunas, se não essenciais. Esta síntese, seguramente, faz parte da coroação de muitos anos de esforços do grupo ao qual se filiam as autoras (CLAVES) e que, desde os seus primórdios, tem liderado um genuíno movimento e processo de consolidação das *violências* na agenda da Saúde Coletiva no Brasil³⁻⁵.

Um curso a tomar seria comentar cada bloco visitado no texto e me debruçar estritamente sobre as evidências apresentadas. Todavia, preferi tomar o instigante texto mais como um norte e, de forma um tanto livre, externar algumas reflexões suscitadas pela leitura. Neste sentido, toco em vários aspectos que desejo compartilhar e que, aliás, estão entre os pontos que o nosso grupo de pesquisa (Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar/PIEVF) vem debatendo há algum tempo. Como o leitor poderá observar, não é meu intuito arriscar grandes aprofundamentos, mas deliberadamente identificar possíveis agendas de investigação por desenvolver.

Ainda que não tenha sido explicitamente um objetivo revisar os estudos sobre violência familiar desenvolvidos em serviços de saúde, talvez convenha abrir oferecendo algumas considerações adicionais sobre sua magnitude neste cenário e, assim, focar um pouco mais um dos *fronts* em que o próprio artigo de fundo se situa. Sem questionar a importância de se apreciar a grandeza do fenômeno no plano domiciliar e nas escolas, também me parece oportuno desenhar o quadro que se apresenta diariamente aos profissionais envolvidos no atendimento básico.

Há mais de uma década, Minayo³ nos alertava o quanto as violências e seus efeitos sobrecarregam os serviços de saúde e, desde este seminal artigo, algumas evidências da magnitude da violência contra a criança e adolescente (VCCA) vieram se acumulando. Utilizando dados de registros, vários autores têm reportado uma frequência expressiva, tanto de casos chegando aos serviços, quanto os referidos (uma boa maior parte pelos próprios) a setores afins, como por exemplo, os Conselhos Tutelares⁶⁻⁸. Entretanto, a magnitude dos casos identificados e reportados parece não refletir inteiramente o verdadeiro quadro que se apresenta na “porta de entrada” da assistência primária.

Alguns estudos de busca ativa, baseados em coletas de dados primários em clientelas atendidas no setor público de saúde e que utilizam instrumentos dimensionais padronizados (e.g.,

CTSPC^{9,10}), revelam, por exemplo, percentuais de maus-tratos físicos quase chegando aos dois dígitos¹¹⁻¹³. Mas não só estas magnitudes, assustadoras por si só, nos inquietam. Lembrando um debate bem colocado em Gonçalves e Ferreira¹⁴ sobre a necessidade de aprimorar e acompanhar os processos de desenvolvimento e implantação de instrumentos de notificação, dois dos estudos indicados acima^{11,12} reforçam que é preciso atentar para a discrepância entre os diversos tipos de VCCA efetivamente ocorrendo entre os usuários e o que tende a ser percebido, captado e finalmente notificado.

Colocando em perspectiva essa questão das “oportunidade perdidas”, comparemos o que foi “ativamente” identificado com o que foi “notificado”, por exemplo, em uma clientela ambulatorial¹¹. Na amostra estudada, foram estimados 9,9% de agressões físicas graves perpetradas pela mãe no período coberto pelo recordatório (um ano), o que, projetado para toda a clientela atendida no referido ambulatório e período de referência, corresponderia a 54 casos. No entanto, somente dois casos foram efetivamente encaminhados ao serviço social neste período, o que, colocado em miúdos, equivale a uma subestimação da ordem de 5.300%! E a discrepância não foi menor no estudo realizado no serviço de emergência¹².

Fica evidente que mais estudos nessa linha mereceriam ser realizados, mesmo porque o movimento no sentido da consolidação das notificações e das redes de proteção tem crescido bastante¹⁵⁻¹⁷. Acompanhar o processo de implantação de notificação de violências (*inter alia*, de crianças e adolescentes) é de extrema valia e merece estar em primeiro plano nas agendas de investigação dos grupos de pesquisa sobre violência. Também não custa lembrar que sem uma sintonia mínima entre a real ocorrência e sua efetiva detecção, as “variadas dimensões da violência sobre crianças e adolescentes que terminam por afetar a saúde mental” (passagem extraída do texto de fundo) também não tem como ser adequadamente enfrentadas.

Essa questão nos remete a outra crucial: a adequação do processo de detecção em si e do instrumental de suporte no contexto das práticas em serviços ou de pesquisas epidemiológicas. Claramente não cabe aqui visitar os “rigores” demandados para um desenvolvimento apropriado de um instrumento de aferição^{18,19}. Ainda assim, não há como deixar de ser sublinhado o quanto essa questão é importante, principalmente no âmbito dos eventos psicossociais. Há de se conceder que, particularmente em relação às violências e os agravos/transtornos mentais, a literatura científica específica sobre os instrumentos de aferição é até gene-

rosa. Entretanto, a despeito dessa relativa pletoira, pouco se tem discutido sobre os níveis de focalização dos processos de detecção em que estes devem ser aplicados. Perguntas como “quem deve detectar o que?” e “onde e como deve se dar o processo?” não têm sido feitas com muita assiduidade.

Como ilustração, focalizemos o caso de detecção de VCCA nos serviços de saúde. Admitindo que o processo de detecção caiba a diversos e crescentes níveis de complexidade, faz-se necessário enfrentar o desafio de identificar os diversos atores desse processo, bem como desenvolver e ajustar condizentemente o acervo ferramental de apoio. Na linha de frente (ambulatórios de atenção primária, serviços de urgência/emergências ou PSF), por exemplo, não é suficiente disponibilizar fichas de notificação e pressupor que os profissionais sejam plenamente capazes de “intuir” sobre as situações demandando aprofundamento ou mesmo encaminhamento imediato. Impõe-se, portanto, auxiliar os profissionais a lidarem melhor com estas dificuldades. Poderíamos tentativamente pensar em uma forma mais dirigida para este “primeiro” encontro, ao qual se sucederiam outras etapas de maior aprofundamento. Assim, como um primeiro nível de “discernimento”, interessaria identificar certas informações práticas e simples que pudessem ser comunicadas aos profissionais da ponta, visando a orientá-los minimamente quanto à conduta a ser tomada^{13,20}. Dado o “alerta” e vendo a necessidade de dar seqüência à investigação, o profissional acionaria um instrumental de média complexidade que lhe facilitasse tomar a decisão de notificar caso visse necessidade. E, feito isso, se seguiria uma etapa em que finalmente se utilizariam procedimentos e instrumentos mais elaborados com vista à “consolidação diagnóstica” e ulterior acompanhamento de casos/famílias²¹. Nitidamente, cada etapa deste processo requereria ferramentas distintas, abrindo, assim, um atraente espaço para múltiplos programas de pesquisa conexos.

Para além das VCCA sofridas diretamente (e amplamente cobertas no artigo de Assis *et al.*²), um segundo foco de debate requerendo um pouco mais destaque concerne à influência das violências testemunhadas para a saúde e qualidade de vida. No âmbito extradomiciliar, é emblemático o que muitos autores reconhecem como *violência urbana* (inclusive as autoras ao discorrer sobre o Quadro 2). A crescente brutalidade de nossas cidades não só tem levado a danos físicos e tantos óbitos desnecessários de muitos adolescentes e adultos jovens, mas também a morbidades de toda ordem, incluindo os da esfera mental. A *urbis* é hoje o que poderíamos chamar de um grande “espaço estressor”, na

qual o medo, a desesperança, a alienação figuram centralmente.

Mas também no domínio íntimo (familiar/domiciliar) a violência testemunhada pode ter um importante papel deletério, necessitando, pois, mais atenção e investimento. Uma revisão sistemática publicada em 2006 sobre os estudos relacionando violência entre pais e algumas conseqüências danosas no âmbito materno-infantil mostrou evidências neste sentido (sub imunização infantil e comportamento de risco entre adolescentes, tais como abuso de substâncias ou comportamento sexual arriscado)²². Em relação a conseqüências para a saúde de mulheres vitimizadas fisicamente, Campbell *et al.*²³ referem um aumento de 50% a 70% dos problemas ginecológicos e relacionados ao estresse. Pesquisas nossas também têm identificado algo nessa direção, tanto em relação à saúde de crianças/filhos de terna idade (desnutrição aguda grave²⁴; desmame precoce²⁵), quanto para a mulher gestante, muitas delas ainda adolescentes (déficit de crescimento gestacional²⁶; depressão pós puerperal²⁷).

Mas por mais que este mapeamento inicial pareça alvissareiro, não satisfaz mostrar que as violências de foro íntimo (e aqui cabe claramente recolocar as violências “diretas” na discussão) têm um papel independente na erosão da saúde de crianças e adolescentes. É preciso que busquemos um entendimento maior da inter relação dos vários eventos envolvidos. Aproveitando a temática violência/saúde mental, um exemplo bastante proveitoso pode ser extraído do programa de investigação epidemiológico apresentado em Kendler e Prescott²⁸, no qual há uma vívida integração dos vários níveis explicativos. Eventos psicossociais (e, entre estes, explicitamente as violências vivenciadas) são estudados concomitantemente e de forma integrada a outros, na procura de uma melhor compreensão dos processos de “produção” de psicopatologias. Usando métodos complexos (e.g., modelos de equações estruturais²⁹), os autores juntam em um só processo analítico “componentes de determinação” de diferentes níveis. A proposta discerne o papel específico das cargas genéticas individuais, do ambiente físico, dos eventos de vida (estressores), dos hábitos de vida (como uso de substâncias), e do ambiente psicossocial na produção dos desfechos psicopatológicos. Seguindo uma tendência crescente em vários programas de investigação (exemplos em Hernandez *et al.*³⁰ e Wright *et al.*³¹), interações aditivas³² dos componentes são formalmente exploradas visando a identificar o que se poderia chamar, tentativamente, de “filtros de determinação”^{33,34}. Certamente, linhas de pesquisa como es-

tas teriam muito a contribuir se desenvolvidas em nosso meio.

Outro ponto conexo que as passagens anteriores levantam diz respeito ao caráter multifacetado da violência, não somente em relação a possíveis coexistências de diversas conseqüências indesejadas, mas também da concomitância de diferentes tipos de violência íntima (e.g., psicológica, física, negligência) e/ou de co-vitimizados em um mesmo domicílio. Uma evidência brasileira recente sobre a marcante ocorrência da violência familiar envolvendo casais e contra crianças e adolescentes¹³ nos rememora que se trata efetivamente de um fenômeno englobando vários integrantes do núcleo familiar e que não se restringe a um indivíduo ou relação específica³⁵. Retornando à idéia sugerida acima, o ambiente domiciliar/familiar pode ser entendido como um “espaço estressor” em si mesmo e, logo, demandante de abordagens sintonizadas. No âmbito de ações (enfrentamentos) mediadas pelo setor saúde, isso significaria abordagens eminentemente coletivas e, por coerência, pesquisas de sustentação (avaliações) relacionadas ganhariam muito ao utilizar a família/domicílio como unidade analítica.

Uma questão interessante que o texto de Assis *et al*² açoda e que certamente faria jus a um maior aprofundamento concerne a um possível elo da violência familiar com a urbana. Não seria despropositado propor que crianças e adolescentes criados em lares violentos estejam mais propensos a trilhar caminhos violentos extradomiciliares no curso de suas vidas, a confluência de ambas as situações, por fim, levando a transtornos mentais importantes. Da mesma forma, não seria descabido conjecturar o advento de transtornos mentais em crianças e adolescentes vivenciando sinergicamente as duas situações de violência, mesmo que uma não levasse necessariamente à outra. No entanto, ainda que pareça bastante intuitivo propor essa vinculação, no melhor do nosso conhecimento (e surpresa), ainda não há muita evidência robusta sobre uma possível conexão entre os dois tipos de violência, nem tampouco sobre as repercussões à saúde mental. Esta poderia ser mais uma linha de pesquisa emergente.

Concluindo, reitero meu apreço pelo estimulante artigo e que este nos encoraje a dar passos ainda mais largos no sentido de mapear plenamente o estado da arte, tanto das violências (familiar, urbana, etc.), bem como dos transtornos e doenças mentais (menor, maiores, etc.). Futuras revisões sistemáticas seriam muito bem-vindas e, quiçá, valha a pena um esforço conjunto que permita uma genuína colaboração entre os vários grupos de pes-

quisa que hoje se ocupam com estes relevantes e interconexos fenômenos.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Violência: uma epidemia silenciosa*. Seminários Regionais. Brasília: CONASS, 2008. p. 260
2. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e a violência. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):349-361.
3. Minayo MC. A Violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad Saude Pública* 1994; 10:7-18.
4. Minayo MC, Souza ERS. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 1998; IV:513-531.
5. Minayo MCS. Implementação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. *Cad Saude Pública* 2007; 23:4-5.
6. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saude Pública* 1994; 10:177-187.
7. Gonçalves HS, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Rev. Saude Pública* 1999; 33:547-553.
8. Bazon M. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Pública* 2008; 24:323-332.
9. Straus MA, Hamby SH, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents (erratum). *Child Abuse Negl* 1998; 22:1177.
10. Reichenheim ME, Moraes CL. Psychometric properties of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales: Parent-child Version (CTSPC) used to identify child abuse. *Cad Saude Pública* 2006; 22:503-515.
11. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência nas famílias de criança atendidas em nossos serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro. *Cad Saude Pública* 2005; 21:1124-1133.
12. Moura ATS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Pública* 2008. [No prelo].
13. Reichenheim ME, Dias A, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev. Saude Pública* 2006; 40:595-603.
14. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saude Pública* 2002; 18:315-319.
15. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Cien Saude Colet* 2006; 11:1269-1278.
16. Njaine K, Assis SG, Gomes R, Minayo MCS. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Cien Saude Colet* 2006; 11:429-438.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde [acessado 2008 out 5]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/maus_tratos.pdf
18. Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural de instrumentos de aferição epidemiológicos: uma proposta de operacionalização. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41:665-673.
19. Reichenheim ME, Moraes CL. Desenvolvimento de instrumentos de aferição epidemiológicos. In: Kac G, Schieri R, Gigante D, organizadores. *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 227-243.
20. Reichenheim ME, Patrício TF, Moraes CL. Detecting intimate partner violence during pregnancy: awareness-raising indicators for use by primary healthcare professionals. *Public Health* 2008; 122:716-724.
21. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Cien Saude Colet* 1999; 4:109-121.
22. Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics* 2006; 117:e278-90.
23. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, Gielen AC, Wynne C. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002; 162:1157-1163.
24. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2006; 20:299-311.
25. Dias A, Moraes CL, Reichenheim ME, Azevedo GL. *Violência íntima entre casais na gestação pós-parto como fator de risco para desmame precoce* [resultado de pesquisa preliminar divulgado em comunicação oral]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2008.
26. Moraes CL, Amorim AR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int J Gynecol Obstetrics* 2006; 95:254-260.
27. Azevedo GL, Moraes CL, Dias A, Reichenheim ME. *Violência íntima entre casais na gestação pós-parto como fator de risco para depressão pós-puerperal e transtornos mentais menores* [resultado de pesquisa preliminar divulgado em comunicação oral]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2008.
28. Kendler KS, Prescott CA. *Genes, environment, and psychopathology: understanding the causes of psychiatric and substance use disorders*. New York: The Guilford Press; 2007.
29. Bollen KA. *Structural Equations with Latent Variables*. New York: John Wiley & Sons; 1989.
30. Hernandez LM, Blazer DG, Institute of Medicine. *Genes, behavior, and the social environment moving beyond the nature/nurture debate*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2006.
31. Wright RJ, Suglia SF, Levy J, Fortun K, Shields A, Subramanian RW. Transdisciplinary research strategies for understanding socially patterned disease: the Asthma Coalition on Community, Environmental, and Social Stress (ACCESS) project as a case study. *Cien Saude Colet* 2008; 13:1729-1742.
32. Schwartz S. Modern Epidemiologic Approaches to Interaction: Applications to the Study of Genetic Interactions. In: Hernandez LM, Blazer DG, Institute of Medicine, editors. *Genes, behavior, and the social environment moving beyond the nature/nurture debate*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2006. p. 310-337.
33. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Richie P. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297:851-854.
34. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301:386-389.
35. Gelles RJ. *Intimate Violence in Families*. London: Sage Publications; 1997. p. 202.