



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

[cecilia@claves.fiocruz.br](mailto:cecilia@claves.fiocruz.br)

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Gonçalves de Assis, Simone; Quintes Avanci, Joviana; Pires Pesce, Renata; Furtado Ximenes, Liana  
Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 2, abril, 2009, pp. 349-361  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013532002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência

The situation of Brazilian children and adolescents with regard to mental health and violence

Simone Gonçalves de Assis <sup>1</sup>  
Joviana Quintes Avanci <sup>1</sup>  
Renata Pires Pesce <sup>1</sup>  
Liana Furtado Ximenes <sup>1</sup>

**Abstract** *This article reflects about the situation of mental health and violence against Brazilian children and adolescents, proposing a discussion about the need for public health policies including these extremely relevant issues in their priority agenda. In Brazil, the debate about this problem has occurred in a fragmented and not very consistent way. This article presents a non-systematic selection of epidemiological investigations on this subject conducted in Brazilian schools and communities. The great variety and prevalence of familiar and community violence and of mental health problems is pointed out and the methodological differences between the studies and the concentration of studies in the South and Southeastern regions of the country are emphasized. The article still highlights to the scarce service network for dealing with this kind of problem and the lack of concern with the prevention of mental disorders and promotion of mental health.*

**Key words** *Child, Adolescent, Mental health, Violence*

**Resumo** *Este artigo reflete sobre as violências cometidas contra crianças e adolescentes brasileiros e suas repercussões sobre a saúde mental, propondo um debate sobre a necessidade das políticas públicas de saúde priorizarem temáticas de tamanha relevância. No país, tem-se verificado que a discussão dos temas “violência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes” vem ocorrendo de forma fragmentada e pouco consistente. Este trabalho traz uma seleção não sistemática de estudos epidemiológicos desenvolvidos em escolas e comunidades brasileiras sobre o assunto. A ampla variedade e a prevalência da violência familiar e comunitária e dos problemas de saúde mental são apontadas, ressaltando-se as diferenças metodológicas dos métodos de aferição e a concentração de estudos nas regiões sul e sudeste do país. A ainda escassa rede de atendimento para os problemas aqui tratados é sinalizada, assim como a falta de preocupação com a prevenção do transtorno mental e com a promoção da saúde mental.*

**Palavras-chave** *Criança, Adolescente, Saúde mental, Violência*

<sup>1</sup> Centro Latino-Americano de Violência e Saúde Jorge Careli, Fiocruz. Av. Brasil 4036/700, Manguinhos. 21040-261. Simone@claves.fiocruz.br

## Introdução

Apresentar dados epidemiológicos e refletir sobre as variadas formas de violência cometidas contra crianças e adolescentes brasileiros e sobre as condições de saúde mental desse grupo etário são os objetivos deste artigo, que aponta lacunas e perspectivas das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes no país.

O artigo está baseado na apresentação de estudos epidemiológicos populacionais já realizados no país sobre o tema, embora não seja fruto de revisão bibliográfica sistemática contemplando a totalidade das publicações existentes no país. Os estudos apresentados foram realizados através de amostras representativas de crianças e adolescentes, obtidos através de coleta domiciliar ou escolar. Com esse critério, excluíram-se as publicações sobre violência e de problemas de saúde mental provenientes de estatísticas específicas dos serviços de saúde.

No país, verifica-se que a discussão sobre violência e repercussões dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vem ocorrendo de forma fragmentada. As pesquisas sobre violência contra crianças e adolescentes privilegiam mais as causas do problema e suas consequências físicas, embora estudos atuais apontem para a existência de problemas emocionais associados a vivências de violências, especialmente as cometidas no âmbito familiar<sup>1</sup>. Investigações mais recentes de saúde mental infanto-juvenil começam a valorizar algumas formas de violências como potenciais fatores de risco<sup>2,3</sup>. Apresentaremos em sequência os estudos focados na temática da violência, na saúde mental e os que agregam as duas áreas. Para finalizar, descrevemos algumas limitações, assim como perspectivas para o atendimento de crianças e adolescentes com esses problemas.

## Violências contra crianças e adolescentes

Esse fenômeno engloba todas as formas de maus-tratos físicos e emocionais, abuso sexual, descuido ou negligência, exploração comercial ou de outro tipo, que originem um dano real ou potencial para a saúde da criança, sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder<sup>4</sup>.

Essa população, em pleno crescimento e desenvolvimento, é muito vulnerável às situações de violência que ocorrem na família, na escola e na comunidade em que vivem, e depende da proteção dos adultos, das instituições e das políticas públicas. A violência familiar engloba maus-tratos e abusos

que ocorrem no contexto, nas inter-relações e se estabelecem como forma de comunicação familiar. A violência escolar inclui agressões presentes na escola e cometidas por funcionários, professores contra os alunos e destes entre si. A violência comunitária ocorre no ambiente dos bairros, próximo às moradias e também inclui as violências que ocorrem na escola. No dia-a-dia de vida das crianças e adolescentes, essas formas de violência não ocorrem de forma isolada. Estão comumente correlacionadas, tanto simultaneamente quanto ao longo do desenvolvimento, o que requer uma rede de proteção ainda mais fortalecida, a fim de minimizar possíveis efeitos atuais e futuros.

Estudos com amostras populacionais sobre violência contra crianças e adolescentes variam muito ao redor do mundo<sup>5</sup>. Nos Estados Unidos, estima-se que, por ano, a violência familiar afete 10 milhões de lares americanos<sup>6</sup>. Nas estatísticas da violência escolar e comunitária, o cenário também é alarmante. Bell e Jenkins<sup>7</sup> verificaram que, entre adolescentes escolares de 10 a 19 anos da cidade de Chicago (Estados Unidos), 75% já testemunharam roubo, esfaqueamento, tiro ou morte. Neste país, a violência que acontece nas escolas tem sido tão frequente que detectores de metais foram instalados nos estabelecimentos de ensino como forma de prevenir crimes e agressões.

No Brasil, também é expressiva a violência que afeta a vida de crianças e adolescentes, como pode ser observado nos quadros 1 e 2, que apresentam alguns estudos populacionais. Observa-se que não é possível estimar com segurança a magnitude dessa situação, pois há utilização de diferenciados instrumentos de aferição e variedade de grupos etários, dentre outras questões metodológicas. Também a centralização de estudos em poucas realidades brasileiras (especialmente capitais da região sul e sudeste) impede um mapeamento mais preciso da situação no país.

Todavia, pode-se sugerir a partir desses quadros que, no Brasil, a violência está muito presente no cotidiano de crianças e adolescentes, sendo um pouco mais conhecida a extensão da violência física dos pais contra os filhos do que a cometida por pessoas desconhecidas e a que ocorre fora dos lares. Em relação à violência sexual, sua investigação dá-se mais através serviços especializados do que em pesquisas com a população em geral.

Os dados sobre violência social e urbana apresentados no Quadro 2 evidenciam os elevados índices hoje existentes, atingindo diretamente crianças e adolescentes, especialmente aqueles que vivem em comunidades de baixo poder aquisitivo.

**Quadro 1.** Características de estudos epidemiológicos e prevalências de tipos da violência familiar contra a criança e o adolescente.

Estudos	Amostra	Local	N	Idade	Instrumentos de aferição
Assis <sup>8</sup>	Adolescentes (escolas públicas e privadas)	Duque de Caxias/Rio de Janeiro	1.328	11-17 anos	*CTS (VF) Virm - elaborado para o estudo
Waiselfisz <sup>9</sup>	Adolescentes (domiciliar)	Brasília/DF	401	14-20 anos	Instrumento elaborado para o estudo
Minayo <i>et al.</i> <sup>10</sup>	Adolescentes (domiciliar)	Rio de Janeiro	914	14-20 anos	*CTS (VF, VP)
Assis <i>et al.</i> <sup>11</sup>	Adolescentes (escolas públicas/privadas)	São Gonçalo/Rio de Janeiro	1.685	11-19 anos	*CTS (VF) ** Violência psicológica
Assis <i>et al.</i> <sup>12</sup>	Adolescentes (escolas públicas e privadas)	São Gonçalo/Rio de Janeiro	1.923	11-19 anos	*CTS (VF, Vpais) Virm- elaborado para o estudo
Bordin <i>et al.</i> <sup>3</sup>	Mães e filhos (domiciliar)	Embu/São Paulo	89 pares (mãe/filho)	0-17 anos	World SAFE Core Questionnaire
Assis <i>et al.</i> <sup>13</sup>	Crianças (escolas públicas)	São Gonçalo/Rio de Janeiro	500	6-13 anos	*CTS (VF, VP, Vpais) Virm - Elaborado para o estudo

Estudos	Violência física (VF)	Violência psicológica (VP)	Violência entre os irmãos (Virm)	Violência entre os pais (Vpais)
Assis <sup>8</sup>	<b>Violência severa da mãe</b> 9,1% escolas públicas 8,7% escolas privadas <b>Violência severa do pai</b> 8,3% escolas públicas 10,2% escolas privadas	-	39,9% escolas públicas 41,9% escolas privadas	-
Waiselfisz <sup>9</sup>	40,3% (estrato social A) 39,5% (estrato social B) 18,2% (estrato social C)	14,3% (estrato social A) 16% (estrato social B) 6,8% (estrato social C)	68,2% (estrato social A) 69,5% (estrato social B) 36,4% (estratos social C)	-
Minayo <i>et al.</i> <sup>10</sup>	14,5% (estratos sociais A/B) 16,3% (estratos sociais C/D/E)	75,1% (estratos sociais A/B) 72,3% (estratos sociais C/D/E)	-	-
Assis <i>et al.</i> <sup>11</sup>	<b>Violência física severa do pai ou da mãe</b> - 14,6%	48%	-	-
Assis <i>et al.</i> <sup>12</sup>	<b>Violência severa da mãe</b> - 30,5% <b>Violência severa do pai</b> - 16,2%	-	39,8%	16,6%
Bordin <i>et al.</i> <sup>3</sup>	10,1%	-	-	-
Assis <i>et al.</i> <sup>13</sup>	<b>Violência severa do pai</b> - 25,5% <b>Violência severa da mãe</b> - 58,2%	<b>Agressão verbal do pai</b> - 63,1% <b>Agressão verbal da mãe</b> - 81,4%	47,4%	<b>Pai contra a mãe</b> - 21,4% <b>Mãe sobre o pai</b> - 35,9%

\* Conflict Tactics Scale<sup>14,15</sup>, que afere violência física e agressão verbal; \*\* Pitzner e Drummond<sup>16</sup> e Avanci *et al.*<sup>17</sup>.

**Quadro 2.** Características de estudos epidemiológicos e prevalências de tipos da violência comunitária contra a criança e o adolescente.

Estudos	Amostra	Local	N	Idade	Instrumentos de aferição
Waiselfisz <sup>9</sup>	Adolescentes (domiciliar)	Brasília/DF	401	14-20 anos	Elaborado para o estudo
Minayo <i>et al.</i> <sup>10</sup>	Adolescentes (domiciliar)	Rio de Janeiro	914	14-20 anos	Elaborado para o estudo
Polanczyk <i>et al.</i> <sup>18</sup>	Adolescentes Escolas	Porto Alegre/RS	1.193	13-20 anos	*Triagem da exposição de crianças à violência na comunidade (VS)
Assis <i>et al.</i> <sup>12</sup>	Adolescentes (escolas públicas e privadas)	São Gonçalo/RJ	1.923	11-19 anos	** <i>Child Abuse and Trauma</i> (VS) ***Violência na escola (VE)
Assis <i>et al.</i> <sup>13</sup>	Crianças (Escolas públicas)	São Gonçalo/RJ	500 mães	6-13 anos	***Violência na escola e comunidade (VE, VC) Elaborado para o estudo (VS)
Assis e Njaine <sup>19</sup>	Adolescentes (escolas públicas e privadas)	Manaus/Amazonas	474	14-19 anos	**Violência na escola e comunidade (VE, VC) Elaborado para o estudo (VS)

Estudos	Violência sexual (VS)	Violência na escola (VE)	Violência na Comunidade (VC)
Waiselfisz <sup>9</sup>	2,5%	<i>Agressão física freqüente</i> - 16,5% <i>Ameaças/intimidações freqüente</i> - 18,9%	<i>Assaltos/furtos</i> - 35.2% <i>Violência no trânsito</i> - 13.5%
Minayo <i>et al.</i> <sup>10</sup>	2,3% (estratos sociais A/B) 2% (estratos sociais C/D/E)	<i>Agressão física</i> 28,2% estratos sociais A/B 23,3% estratos sociais C/D/E	53.5% (estratos sociais A/B) 31.3% (estratos sociais C/D/E)
Polanczyk <i>et al.</i> <sup>18</sup>	2,3%	-	-
Assis <i>et al.</i> <sup>12</sup>	7,8%(experiências sexuais traumáticas ou perturbadoras)	2,1% (agressão física intensa)	-
Assis <i>et al.</i> <sup>13</sup>	1,4%	43,6%	27,3%
Assis e Njaine <sup>19</sup>	6,9% (cometida pelos pais)	56,9%	67.4%

\* Richters e Martinez<sup>20</sup>; \*\* Sanders e Becker-Laussen<sup>21</sup> e Assis e Avanci<sup>11</sup>; \*\*\*Kahn *et al.*<sup>22</sup>

Outros estudos mostram dados similares. Em pesquisa com crianças de 6 a 12 anos de um município próximo ao Rio de Janeiro, 11,3% das mães ou responsáveis disseram que seus filhos já testemunharam alguém gravemente ferido; 11,4% já presenciaram alguém roubando ou atirando em

outras pessoas e 12,1% já viram pessoas sendo assassinadas ou mortas<sup>23</sup>. Cardia<sup>24</sup> constatou em dez capitais brasileiras que 16% dos jovens já haviam sido ou tinham um parente próximo ameaçado de morte e 12% tinham sofrido agressão física na comunidade em que moram.

A vivência de graves situações violentas em casa, na escola e na comunidade pode gerar um sentimento de desesperança e insegurança muito grande, impactando a vida e a saúde das pessoas. Nas crianças e adolescentes, o conhecimento das consequências da violência em sua saúde é ainda muito incipiente, mas pode estar relacionado ao absenteísmo e abandono da escola, ao baixo rendimento na aprendizagem, à ideação suicida e mesmo a comportamentos violentos.

É importante destacar que, para a criança e o adolescente, tanto o testemunho quanto a real vitimização de situações violentas podem afetar sua emoção e afeto, seu comportamento e a percepção do mundo que vive, podendo abalar alicerces básicos para o desenvolvimento mais saudável, com repercussões prováveis até na vida adulta. Todavia, a intensidade e o histórico de vitimizações, o tipo de relação existente entre o agressor e a criança ou o adolescente, o contexto no qual a situação violenta ocorre, o entorno protetor de vida desses jovens, bem como as características individuais deles e dos cuidadores são fatores que conformam o prejuízo da violência sobre sua saúde física e mental<sup>12,25</sup>.

Embora não seja o objeto deste artigo, é importante ressaltar a variedade de estudos efetuados em serviços de saúde que mostram variadas dimensões da violência sobre crianças e adolescentes que terminam por afetar a saúde mental, tais como: desnutrição e violência familiar<sup>26</sup>; gravidez e violência<sup>27</sup>; violência conjugal e violência contra os filhos<sup>28</sup> e detecção da violência em serviços de saúde<sup>29</sup>.

### **Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes**

Estudos epidemiológicos populacionais internacionais mostram importante oscilação na prevalência estimada de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, entre 1-51%<sup>30-34</sup>. Revisão da literatura sobre estudos epidemiológicos publicados entre os anos de 1980 a 1999 na América Latina e Caribe identificou dez trabalhos que evidenciam taxas de prevalência desses problemas entre 15-21%<sup>35,36</sup>. As diferentes classificações diagnósticas e metodologias de aferição utilizadas explicam parte desta variação, em conjunto com possíveis diferenças sociais e culturais existentes nas diversas regiões e países.

Existem três principais grupos diagnósticos na psiquiatria infantil. Os dois primeiros são discutidos neste artigo: a) desordens emocionais (também descritas como problemas internalizantes), a exemplo da depressão, ansiedade, desordens ob-

sessivo-compulsivas e somatização, em que os sinais estão especialmente interiorizados nos indivíduos; b) desordens de comportamento disruptivo, (nomeadas também como problemas externalizantes), tais como conduta desafiadora excessiva e transtornos de conduta-agressividade a pessoas e animais e comportamento transgressor, em que as condutas estão mais dirigidas para o outro; c) transtornos do desenvolvimento, como, por exemplo, problemas de aprendizagem, desordens autistas, enurese e encoprese<sup>37,38</sup>.

Os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes costumam ser decorrentes de vários fatores: problemas genéticos; desordens cerebrais como, por exemplo, epilepsia; violências, perdas de pessoas significativas, adversidades crônicas e eventos estressantes agudos; problemas no desenvolvimento; adoção; abrigo; além de aspectos culturais e sociais que impactam de forma significativa o desenvolvimento infantil<sup>25</sup>.

Associações entre problemas de comportamento e variáveis do ambiente familiar têm sido consistentemente verificadas. A quantidade ou qualidade de eventos de vida negativos provenientes da família vem sendo apontada como particularmente prejudicial ao desenvolvimento infantil, sendo fator predisponente a problemas de comportamento<sup>39,38</sup>.

No Brasil, os estudos de epidemiologia psiquiátrica na infância e adolescência vêm crescendo nos últimos anos, mas ainda são poucos em relação às necessidades observadas em pesquisas empíricas. Estudo pioneiro realizado em 1973 em área de Salvador<sup>40</sup> utilizou questionário de psicopatologia infantil para crianças de 5-14 anos de idade, encontrando prevalência de 13%. No entanto, não foram avaliadas a confiabilidade e a validade do instrumento utilizado. Outro estudo em outra área de Salvador com 829 crianças da mesma faixa etária evidenciou prevalência de 10% de casos de gravidade moderada ou severa e 13,2%, duvidosa ou leve, utilizando-se o Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil – QMPI<sup>41</sup>. A taxa de prevalência global no ano de 23,2% correspondeu a 15,3% de transtornos neuróticos e psicossomáticos, 2,6% de transtornos orgânico-cerebrais, 2,6% de retardo mental, 1,6% de transtornos de desenvolvimento e 1,2% para outros diagnósticos mais raros. Meninas apresentaram mais distúrbios neuróticos e psicossomáticos e meninos, mais transtornos de desenvolvimento e retardo mental. Crianças mais velhas evidenciaram taxas maiores nos quadros mais graves de transtornos<sup>42</sup>.

No Quadro 3, apresentam-se algumas estatísticas de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes brasileiros aferidas em investigações

epidemiológicas que utilizaram o questionário de habilidades e dificuldades (***Strengths and Difficulties Questionnaire*** – SDQ<sup>43-45</sup>) para rastreio de problemas de saúde mental na infância. Esse instrumento possui cinco sub-escalas: hiperatividade, problemas emocionais, problemas de conduta, relacionamentos interpessoais e comportamento pró-social. Como se pode perceber, encontram-se valores entre 12% e 15% quando os próprios jovens avaliam, entre 8% e 10% na visão dos educadores e entre 14% e 18,7% na perspectiva dos pais. O estudo de Fleitlich e Goodman<sup>46</sup> mostra ainda diferenças em relação a variáveis socioeconômicas em diferentes situações comunitárias. Goodman *et al.*<sup>47</sup> indicam maior presença de problemas de saúde mental entre adolescentes do sexo feminino.

Outros estudos utilizaram o ***Self-Reported Questionnaire*** – SRQ-20<sup>50-</sup>, validado no Brasil por Mari e Williams<sup>51</sup>, para aferir transtornos psiquiátricos

menores. Esta escala foi criada para aferir sintomas em adultos, avaliando: sintomas psicossomáticos, como dores de cabeça, má digestão e sensações desagradáveis no estômago; sintomas depressivos, a exemplo de tristeza, choro freqüente, falta de apetite, perda de interesse, sentimento de inutilidade e sem valor, idéia de acabar com a vida, cansaço, dificuldade de pensar com clareza e de realizar com satisfação atividades diárias; e sintomas ansiosos, como dormir mal, assustar-se com facilidade, tremores na mão, nervosismo/tensão/agitação, dificuldade para tomar decisões e dificuldades no trabalho e na escola. Tem sido utilizado também com adolescentes, resultando em prevalências variadas<sup>52-56</sup>. No Quadro 4, observam-se alguns estudos realizados no país com dados especificados para a faixa da adolescência. Observa-se a dificuldade de comparação entre os resultados, especialmente por causa dos distintos pontos de corte utilizados.

**Quadro 3.** Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes brasileiros, segundo a escala SDQ.

Estudos	N	Idade	Amostra	Instrumento	Entrevistado	Local /data	Prevalência geral
Fleitlich e Goodman <sup>46</sup>	898	7-14 anos	Domiciliar em favela, área urbana e rural	SDQ anormal com impacto	Pais, professores e crianças/adolescentes	Campos do Jordão/SP	15% jovens (22% favela; 12% área urbana e 12% rural)
Cury e Golfeto <sup>48</sup>	107 327	6-11 anos	Uma escola pública	SDQ anormal	Pais e professores	Ribeirão Preto/SP	18,7% pais; 8,3% professores
Barros <sup>49</sup>	187	11-15 anos	Escolas públicas e privadas	SDQ anormal/limítrofe com impacto	Adolescentes	Barretos/SP	12,6% jovens
Goodman <i>et al.</i> <sup>47</sup>	430 pais; 406 professores	7-14 anos	Domiciliar	SDQ anormal com impacto	Adolescentes; pais; professores	Ilha de Maré/BA	15,1% pais, 10,3% professores e 13,1% adolescentes

**Quadro 4.** Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em adolescentes brasileiros, segundo a escala SRQ-20.

	N	Idade	Amostra	Ponto de corte	Local /data	Prevalência geral
Feijo <i>et al.</i> <sup>54</sup>	126	13-20 anos	Duas escolas públicas	8	Porto Alegre/RS	8%
Oehlsschlaeger <i>et al.</i> <sup>55</sup>	960	15-18 anos	Setores censitários – área urbana	5 homens; 6 mulheres	Pelotas/RS	50,9%
Avanci <i>et al.</i> <sup>17</sup>	1.923	10-19 anos	Escolas públicas e privadas	7 homens; 8 mulheres	São Gonçalo/RJ	29,4%



Outras escalas empregadas para aferir problemas de saúde mental no cenário nacional estão apresentadas no Quadro 5. Destacamos a **Child Behaviour Checklist** – CBCL<sup>57</sup>, que visa ao rastreamento de problemas de saúde mental e, para o diagnóstico, a **Development and Well-Being Assessment** – DAWBA<sup>58</sup>. A prevalência de casos clínicos oscila entre cerca de 12% e 25%, dependendo do local e do informante. Estudo internacional que comparou resultados da CBCL em doze países encontrou uma prevalência média de 22,4%<sup>59</sup>. A CBCL tem versão para professores (**Teacher Report Form** – TRF) e crianças e adolescentes (**Youth Self Report** – YSR), com adaptações para o Brasil, realizada por Bordin *et al.*<sup>60</sup> e Silveiras<sup>61</sup>.

Um estudo longitudinal investigou a incidência de problemas de saúde mental, acompanhando por um ano trezentas crianças sem problemas de saúde mental diagnosticados pelos responsáveis (CBCL) e professores (TRF)<sup>13</sup>. Por meio desta pesquisa, os pesquisadores constataram que, segundo os pais, houve 2,7% de casos clínicos incidentes e 4% de acordo com os professores. Para os problemas internalizantes, foram mencionados em 3,7% das crianças (informação dos pais) e 4,9% (professores); para os externalizantes, 4% e 5,7% e para os

que se referem à atenção, 1,3% e 2,4%, respectivamente. Pouco ainda se conhece no país sobre a ocorrência de problemas de saúde mental ao longo do ciclo de desenvolvimento infanto-juvenil. As diferentes perspectivas de pais e professores sobre a saúde mental também são pouco debatidas no país.

Outro acompanhamento longitudinal da saúde mental de uma amostra de 601 crianças através da aplicação da CBCL em dois momentos (aos quatro e aos doze anos de idade) foi realizado por Anselmi *et al.*<sup>66</sup> em Pelotas, Rio Grande do Sul, encontrando significativo decréscimo de prevalência total e de problemas externalizantes no período.

Este panorama geral dos dados relatados nos estudos em algumas áreas do Brasil encobre muitas questões que merecem ser destacadas de forma breve neste artigo, como, por exemplo, a necessidade de se investigar os distintos tipos de problemas de saúde mental e suas especificidades. É o caso de problemas externalizantes, que costumam estar mais presentes em crianças e adolescentes do sexo masculino e tendem a declinar com a idade; e de problemas internalizantes, mais frequentes no sexo feminino e que costumam se elevar com o passar dos anos<sup>13, 59,67</sup>. Outro aspecto muito importante que precisa ser aprofundado é o tópico das comor-

**Quadro 5.** Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes brasileiros, segundo escalas CBCL e DAWBA.

Estudos	N	Idade	Amostra	Instrumento	Entrevistado	Local /data	Prevalência
<sup>(1)</sup> Fleitch-Bilyk e Goodman <sup>62</sup>	1.251	7-14 anos	Escolas públicas e privadas	DAWBA	Pais, professores, crianças / adolescentes	Taubaté/SP	12,7%
Anselmi <i>et al.</i> <sup>63</sup>	635	4 anos	Domiciliar	CBCL	Pais	Pelotas/RS	15% casos clínicos e 9% limítrofes
Benvegnú <i>et al.</i> <sup>64</sup>	3.139	10-17 anos	Domiciliar	CBCL	Pais	Pelotas/RS	13,5% casos clínicos
Bordin e Paula <sup>36</sup>	89	4-17 anos	Domiciliar	CBCL	Pais	Embu/SP	22,4% casos clínicos e 11,9% limítrofes
Paula <i>et al.</i> <sup>65</sup>	479	6-17 anos	Domiciliar	CBCL/ YSR	Pais; crianças/ adolescentes	Embu/SP	24,6% casos clínicos (pais e adolescentes)
<sup>(2)</sup> Assis <i>et al.</i> <sup>13</sup>	500	6-13 anos	Escolas públicas	CBCL/TRF	Pais; professores	São Gonçalo/RJ	15,7% casos clínicos (pais) 13,2% (professores)

<sup>(1)</sup> Transtorno de ansiedade 5,2%; transtorno depressivo 1%; transtorno de atenção/hiperatividade 1,8%; transtorno oposicional/conduita 7%; <sup>(2)</sup> Problemas internalizantes: 12% segundo os pais e 10,9% os professores; problemas externalizantes: 11% pais e 10,2% professores; problemas com a atenção: 5,6% para pais e para professores.



bidades, assinalado como uma real característica das desordens psiquiátricas nas etapas iniciais do desenvolvimento humano, o que se impõe como grande desafio aos estudiosos e clínicos da área.

Outros fatores individuais, como a presença de doenças, hospitalização, prematuridade e QI mais baixo são considerados fatores de risco à saúde mental. Também são considerados relevantes uma série de dificuldades familiares, escolares e comunitárias vivenciadas por esses seres em formação, tais como problemas de saúde mental da mãe; mau relacionamento familiar; ausência do pai; vivência em famílias muito extensas (o filho mais velho seria o mais vulnerável); condições econômicas desfavoráveis; racismo; precário desempenho da criança na escola e convivência com violências na família, escola e comunidade<sup>3,45,46,63,64,68-70</sup>.

### Violências e problemas de saúde mental

Pesquisas internacionais vêm indicando a associação entre vivenciar violências e sofrer problemas de saúde mental ao longo do ciclo de crescimento e desenvolvimento humano. Estudo realizado com crianças de 6 a 10 anos numa vizinhança pobre e violenta em Washington, Estados Unidos indica que a exposição a esse tipo de fenômeno (ser vitimizado ou ser testemunha) está associada com sintomas de sofrimento mental, tais como ansiedade, depressão, distúrbios de sono e pensamentos intrusivos<sup>71</sup>. Malik<sup>72</sup> também associa violência familiar e comunitária com problemas de comportamento internalizantes e externalizantes, apontando que a forte relação entre violência comunitária e o funcionamento mental da criança acontece porque seu senso de segurança é ameaçado, prejudicando o seu crescimento e desenvolvimento. Outros estudos confirmam a associação entre vitimização por violência com problemas físicos, transtorno de estresse pós-traumático, falta de concentração na escola, distúrbios do sono e hipervigilância<sup>73-75</sup>.

Os investigadores nacionais começam a se debruçar mais recentemente sobre essas temáticas. Dos poucos trabalhos existentes, sobressaem os estudos seccionais, que avaliam a associação entre os problemas, sem capacidade de aferir causalidade. Alguns desses são apresentados a seguir. Todos apontam na direção da associação entre sofrer violência e apresentar problemas emocionais e comportamentais.

Bastos e Almeida Filho<sup>76</sup> encontraram, em amostra de 545 crianças de um bairro popular de Salvador, Bahia, associações altamente significantes entre exposição da criança (até cinco anos de

idade) à punição e restrição física na família e escores mais altos no Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (instrumento elaborado por Almeida Filho<sup>42</sup>) de crianças da mesma família na faixa dos 5-14 anos de idade.

Fleitlich e Goodman<sup>46</sup>, utilizando a SDQ, encontraram mais desordens psiquiátricas entre crianças e adolescentes que testemunham violência entre pais e que são educados através de dura disciplina que inclui atos como bater com cintos.

Benvegnú *et al*<sup>64</sup> observaram que crianças e adolescentes com mães que gritam excessivamente, batem, espancam ou punem severamente dentre outras reações inadequadas têm o dobro da chance de apresentar problemas de saúde mental do que os não expostos a estas práticas.

Vitolo *et al*<sup>69</sup> entrevistaram pais de 454 crianças entre 7 e 11 anos, estudantes de escolas públicas e particulares de Taubaté, e verificaram que bater em crianças com cinto, em si, esteve associado a transtorno de conduta e de saúde mental. Esses problemas se agudizam quando há outros fatores de risco, como o fato de ser menino, haver problemas de saúde mental dos pais e vivência de condições socioeconômicas desfavoráveis.

No mesmo período, Salvo *et al*<sup>77</sup> verificaram que a falta de monitoria positiva aliada a práticas educativas negativas, como negligências, punição inconsistente, abuso físico, são preditoras de problemas de comportamento.

Bordin *et al*<sup>36</sup>, em estudo seccional realizado com população de baixa renda por meio de visita domiciliar em Embu, São Paulo com amostra de 89 crianças até 18 anos, observou que problemas de saúde mental de crianças e adolescentes e experiência materna de violência física severa na infância estiveram correlacionados à punição física severa infantil e juvenil, no ano anterior à pesquisa. A punição severa foi aferida como um ou mais dos seguintes comportamentos: sacudir ou chacoalhar em caso de crianças até dois anos; chutar, esganar, sufocar, queimar, espancar ou ameaçar com arma em todos os casos.

Paula *et al*<sup>2</sup>, em estudo seccional, estudaram fatores de risco e protetores para problemas de saúde mental em adolescentes, dentre os quais a violência intrafamiliar e urbana. Adolescentes expostos a essas situações mostraram ter duas vezes mais problemas de saúde mental. Nenhum outro fator de risco ou protetor investigado revelou associação (nível socioeconômico da família, sexo, mãe responsável pela família e participação em atividades sociais). Adolescentes expostos à violência familiar mostraram-se três vezes mais propensos a apresentar problemas do que os expostos à vio-

lência urbana, indicando a importância das relações familiares para uma boa condição de saúde mental.

Um estudo longitudinal que acompanhou trezentas crianças sem problemas de saúde mental ao longo de um ano constatou que, segundo a informação dos pais (CBCL), o risco de ter problemas de saúde mental no final do período foi maior para a criança que sofre violência física severa do pai: para problemas externalizantes, o risco relativo é 3,8 vezes e, para problemas da atenção, 2,9 vezes (crianças limítrofes foram agregadas às clínicas). Ser vítima de violência física severa da mãe também aumenta o risco de distúrbios mentais: 1,6 vezes para problemas externalizantes e 1,8 vezes para os internalizantes<sup>13</sup>.

Constatados os muitos indícios de que os problemas de saúde mental são muito frequentes em crianças e adolescentes vítimas e testemunhas de violência, passamos a problematizar, a seguir, as inúmeras dificuldades encontradas ao se buscar atendimento em saúde mental na rede pública de saúde.

### O atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes

Como se constatou nas seções anteriores, embora já existam alguns estudos realizados no Brasil, ainda são vários os problemas que impedem a existência de estatísticas nacionais fidedignas. Esta realidade é comum a muitos países do mundo, mas é mais grave nos de menor grau de desenvolvimento, por causa dos seguintes fatores: a) escassez de recursos humanos com especialidade nas áreas temáticas; b) baixa prioridade que as questões de saúde mental possuem frente às muitas doenças físicas e que provocam a morte; c) fragilidades da rede de serviços de saúde mental<sup>78,79</sup>. Um levantamento realizado pela Organização Mundial de Saúde em todo o mundo mostra que a escassez de recursos para se promover a saúde mental infantil é de várias ordens: econômica, humana, fragilidades nos serviços de atendimento, falta de programas de capacitação e de políticas de saúde mental específicas para essa faixa etária<sup>80,81</sup>.

O editorial de importante revista aponta a gravidade da situação da saúde mental em todo o mundo: ***É comum que as necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes ainda não sejam contempladas, mesmo em países de elevada renda. Devido ao estigma associado com a desordem mental e o pequeno número de profissionais***

***treinados, existe necessidade urgente de se desenvolver intervenções eficazes voltadas para a prevenção ou para o tratamento precoce, que possam ser implementadas na atenção básica em saúde por profissionais de saúde não especialistas***<sup>78</sup>.

No caso do Brasil, os cuidados com a saúde mental de crianças e adolescentes nunca foi tomado como prioridade. Tentamos, ainda timidamente, atender aos casos mais graves de transtornos desenvolvimentais, deixando de perceber e atuar frente aos problemas emocionais e comportamentais. No contexto nacional, fala-se pouco em promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais.

Outra faceta dos cuidados em saúde mental no país é que parte dele esteve, historicamente, voltado para o controle da infância e adolescência internada ou abrigada, especialmente através da prescrição medicamentosa ou da institucionalização<sup>82-84</sup>.

O quadro de escassa consciência do problema e de oferta de serviços é evidente, embora avanços venham ocorrendo desde a implementação da reforma psiquiátrica que visou superar a violência asilar em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental. Na década de 1990, passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros núcleos ou centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS) e hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Hoje, existem 689 CAPS, representando 64% dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental<sup>85</sup>. Os CAPS configuram-se como a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país e têm como função prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à rede básica no que concerne ao tema.

Os CAPSi são especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e geralmente dão resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200 mil habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 meninos e meninas por mês. A equipe mínima para esse serviço é de onze profissionais de nível médio e superior. Estimativas indicam haver no país 56 CAPSi implantados<sup>86</sup>.

Existe um movimento no sentido de incorporar os cuidados em saúde mental (incluindo a assistência a crianças e adolescentes) na rede de atenção básica do país. A atenção básica tem o objetivo de levar à

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

O Ministério da Saúde vem começando a construir, nos últimos anos, as diretrizes e condições para que nos municípios com menos de 20 mil habitantes a rede de cuidados em saúde mental estruture-se a partir da atenção básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Nessas localidades, equipes de saúde mental, que podem estar lotadas em ambulatórios ou CAPS de municípios vizinhos, passam a dar apoio às equipes de atenção básica.

Todavia, o atendimento no país é também limitado pela quantidade de profissionais especializados. Levantamento tomando por base o número de psiquiatras da infância e adolescência, habilitados pela Associação Brasileira de Psiquiatria, indica haver um profissional especializado para cada 35 mil crianças e adolescentes brasileiros. Nos Estados Unidos, onde a relação jovem/psiquiatra é considerada pequena, existe uma relação de um para cada 15 mil adolescentes<sup>87</sup>. Os pediatras, por sua vez, não estão preparados para lidar com problemas de saúde mental<sup>88</sup>. Outros profissionais da equipe de saúde, como psicólogos, nem sempre estão presentes no atendimento cotidiano de serviços públicos. Por outro lado, a capacitação dos profissionais da equipe de saúde, seja para lidar com a violência ou para produzir intervenções mais eficazes em casos de crianças com problemas mentais são ainda insuficientes<sup>89</sup>.

É histórica a omissão da Saúde Pública no direcionamento das políticas de saúde mental para infância e adolescência. Apenas em 2001, essa população foi incluída na pauta das discussões político-assistenciais e de urgência, na III Conferência Nacional de Saúde Mental. Essa lacuna foi preenchida por uma rede de assistência à criança e ao adolescente composta por instituições filantrópicas e privadas, com forte componente tutelar, como é o caso de educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas. Tais instituições ainda desempenham relevante papel na assistência infanto-juvenil, embora, em 2003, o Ministério da Saúde tenha passado a orientar a construção coletiva e intersetorial de diretrizes para uma rede de assistência de base co-

munitária e em acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica.

A criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, instrumento de gestão que visa a dar visibilidade e resolutividade às diversas dificuldades nesse campo específico da saúde mental, foi fundamental nesse sentido, principalmente por possibilitar a ampla participação da sociedade na elaboração de propostas e consolidação de uma política própria. Esse fórum busca incorporar as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e é composto por representantes de instituições governamentais, setores da sociedade civil, entidades filantrópicas, agentes da justiça e promotoria da infância e juventude. Sua atuação tem caráter deliberativo<sup>90</sup>.

Apesar dessas ações e do grande passo dado em tão pouco tempo, a construção de uma política pública de saúde mental voltada para a criança e o adolescente continua sendo um dos maiores desafios do setor. Ainda há muito o que avançar, não só na abertura de novos CAPSi, como também na sensibilização da rede de saúde, como é o caso dos ambulatórios e a rede de atenção básica. Há também urgência de investimento na capacitação da assistência social, dos conselhos tutelares, das instâncias jurídicas e da área de educação.

Inicialmente, as ações da saúde mental para a criança e o adolescente no Brasil estiveram concentradas no atendimento à clientela com grave sofrimento psíquico, em especial, os casos de autismo e de psicose. A seguir, a preocupação com várias outras situações começaram a se impor, como é o caso de cuidados com crianças e adolescentes envolvidos em situação de risco ou vulnerabilidade social, como tráfico, prostituição, abuso de álcool, drogas e violências. Hoje, os sintomas que levam o responsável a pedir tratamento em saúde mental variam desde as situações assinaladas até dificuldades escolares, comportamentos agressivos, automutilação, dentre outros.

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

Oliveira<sup>86</sup> destaca que não são apenas os impasses das políticas públicas orientadas para este campo que dificultam o atendimento às crianças e jovens com problemas de saúde mental. Aspectos clínicos são fundamentais para que se estabeleça vínculo de confiança e a relação interpessoal entre

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

### Colaboradores

SG Assis, JQ Avanci, RP Pesce e LF Ximenes participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

### Referências

1. Assis SG, Constantino P. Violência contra a criança e o adolescente: o grande investimento da comunidade científica na década de 90. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.163-198.
2. Paula CS, Vedovato MS, Bordin IAS, Barros MGSM, D'Antino MEF, Mercadante MT. Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(3):524-528.
3. Bordin IAS, Paula CS. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: Mello MF, Mello AA, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. São Paulo: ArtMed; 2006. p.101-117.
4. World Health Organization. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva: World Health Organization; 1999.
5. World Health Organization. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
6. Slep MAS, O'Leary SG. Parent and partner violence in families with young children: rates, patterns, and connections. *J Consulting and Clinical Psychol* 2005; 73(3):435-444.
7. Bell CC, Jenkins EJ. Community violence and children on the south side of Chicago. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Process* 1993; 56:46-54.
8. Assis SG. Violência doméstica: estudo epidemiológico sobre a vitimização física dos adolescentes de Duque de Caxias - Rio de Janeiro. *Medicina-Ribeirão Preto* 1995; 28(1):51-60.
9. Waiselfisz JJ, coordenador. *Juventude, violência e cidadania: os jovens de Brasília*. São Paulo: Cortez; 1998.
10. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, Njaine K, Deslandes SF, Silva CMFP, Fraga PCP, Gomes R, Abramovay M, Waiselfisz JJ, Monteiro MCN. *Fala galera: juventude, violência e cidadania no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond; 1999.
11. Assis SG, Avanci JQ. *Labirinto de espelhos: a formação da auto-estima na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
12. Assis SG, Pesce RP, Avanci J. *Resiliência: enfatizando a proteção na adolescência*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
13. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Oliveira RVC, Furtado LX. *A violência familiar produzindo reversos: problemas de comportamento em crianças escolares* [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Claves/Fiocruz; 2007.
14. Straus MA. Measuring intrafamilial conflict and violence: the conflict tactics (CT) Scales. *J Marriage and the family* 1979; 41:75-88.
15. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português das "Conflict Tactics Scales Form R" (CTS-1) usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(4):1083-1093.
16. Pitzner JK, Drummond PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *J Psychosomatic Research* 1997; 2:125-142.
17. Avanci JQ, Assis SG, Oliveira RVC, Ferreira RM, Pesce RP. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007; 23(3):287-294.
18. Polanczyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammernan PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(1):8-14.
19. Assis SG, Njaine K. *Vivências de violência nas relações afetivo-sexuais entre adolescentes da cidade de Manaus/AM* [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
20. Richters JE, Martinez P. The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry* 1993; 56:7-21.
21. Sanders B, Becker-Laussen E. The measurement of psychological maltreatment: Early data on the Child Abuse and Trauma scale. *Child Abuse Negl* 1995; 19:315-323.
22. Kahn T, Bermergui C, Yamada E, Cardoso FC, Fernandes F, Zacchi JM, Guimarães L, Hasselman ME. *Projeto de pesquisa: o dia a dia nas escolas (violências auto-assumidas)*. São Paulo: Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente (Ilanud)/ Instituto Sou da Paz; 1999.
23. Avanci JQ, Assis SG, Pesce RP. *Depressão em crianças: uma reflexão sobre crescer em meio à violência*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves/Cnpq; 2008.
24. Cardia N. *Pesquisa sobre atitudes, normas culturais e valores em relação a violência em 10 capitais brasileiras*. Brasília: Ministério da Justiça; 1999.
25. Rutter M, Taylor E. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing; 2002.
26. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatric Perinatal Epidemiol* 2006; 20:299-311.
27. Reichenheim ME, Patrício TF, Moraes CL. Detecting intimate partner violence during pregnancy: awareness-raising indicators for use by primary health care professionals. *Public Health-London* 2008; 122 (7):716-724.

28. Reichenheim ME, Dias A, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra criança em serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(40):595-603.
29. Moura ATS, 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 Saúde Pública* 2005; 21(4):1124-1133.
30. Roberts RE, Attkinsson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1988; 155:647-654.
31. British Medical Association. *Child and adolescent mental health: a guide for health care professionals*. England: British Medical Association; 2006.
32. Bird HR. Epidemiology of childhood disorders in a crosscultural context. *J Child Psychology and Psychiatry* 1996; 37(1):35-49.
33. Hackett R, Hackett L. Child psychiatry across cultures. *Int Rev Psychiatry* 1999; 11:225-235.
34. Hackett R, Hackett L, Bhakta P, Gowers S. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *J Clin Psychol Psychiatry* 1999; 40:801-807.
35. Duarte CS, Hoven C, Bordin IAS, Berganza CE, Bird H, Miranda CT. Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *Psiquiatr Salud Int* 2003; 33:203-222.
36. Bordin IAS, Paula CS, Nascimento R, Duarte CS. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev Bras Psiquiatria-São Paulo* 2006; 28:290-296.
37. Bee H. *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Artmed; 1996.
38. Goodman R, Scott S. *Child psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing; 2005.
39. Ferreira MCT, Marturano EM. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicol Reflex Crit* 2002; 15(1):35-44.
40. Coutinho D. *Prevalência de doenças mentais em uma comunidade marginal: um estudo do Maciel* [tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1976.
41. Almeida Filho N. Confiabilidade de um questionário para detecção de transtornos mentais na infância e adolescência. *Rev Med Bahia* 1976; 23:43-52.
42. Almeida Filho N. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador - Bahia. *J Bras Psiq* 1982; 31(4):225-236.
43. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatry caseness and consequent burden. *J Clin Psychology Psychiatry* 1999; 40(5):791-799.
44. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Academy Child Adolescent Psychiatry* 2001; 40(11):1337-1345.
45. Paula CS, Barros MGM, Vedovato MS, Dantino EF, Mercadante MT. Problemas de saúde mental em adolescentes: como identificá-los? *Rev Brasileira de Psiquiatria-São Paulo* 2006; 28:254-255.
46. Fleitlich BW, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ* 2001; 323:599-600.
47. Goodman R, Santos DN, Nunes APN, Miranda DP, Fleitlich-Bilyl B. The Ilha de Mare study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(1):11-17.
48. Cury CR, Golfeto JH. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(3):139-145.
49. Barros MGM. *Estudo de prevalência de problemas de saúde mental em adolescentes de 11 a 16 anos na cidade de Barretos* [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2005.
50. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine* 1980; 10:231-241.
51. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148:23-26.
52. Ludermitz AB, Lewis G. Links between social class and common mental health disorders in northeast Brazil. *Social Psychiatry Psychiat Epidemiol* 2001; 36:101-107.
53. Bener A, Tewfik I. Prevalence of overweight, obesity, and associated psychological problems in Qatar's female population. *Obesity Reviews* 2006; 7:139-145.
54. Feijó RB, Saueressig M, Salazar C, Chaves M LF. Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in Southern Brazil. *J Adolescent Health* 1997; 20: 232-237.
55. Oehlsschlaeger MHK, Pinheiro RT, Horta B, Gelatti C, Sant'ana P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(2):157-163.
56. Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Dalgalarondo P, Botega NJ. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio-demográficos e de saúde mental. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(5):1089-1097.
57. Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont/ Research Center for Children, Youth & Families; 2001.
58. Goodman R, Ford T, Richards H, Meltzer H, Gatward R. The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41:645-657.
59. Crijnen AA, Achenbach TM, Verhulst FC. Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing and internalizing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1269-1277.
60. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL* 1995; 17(2):55-66.
61. Silveira E. *Child behavior checklist*. São Paulo; 2005. [Mimeo].
62. Fleitlich BW, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:727-734.



63. Anselmi L, Piccini CA, Barros FC, Lopes RS. Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *J Child Psychol and Psychiatry* 2004; 45 (4):779-788.
64. Benvegna LA, Fassa AG, Facchini LA, Wegman DH, Dall'Agnol MM. Work and behavioural problems in children and adolescents. *Int. J. Epidemiology* 2005; 34:1417-1424.
65. Paula CS, Duarte CS, Bordin IAS. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo City and estimation of service need and capacity. *Rev Brasileira de Psiquiatria-São Paulo* 2007; 29:11-17.
66. Anselmi L, Barros FC, Teodoro MLM, Piccini CA, Menezes CLA, Rohde LA. Continuity of behavioral and emotional problems from pre school years to pre-adolescence in a developing country. *13th International Congress Bridging the Gaps: perspectives child adolescent mental health*. Firenze; 2007.
67. Graminha SSV. Problemas emocionais/comportamentais em uma amostra de escolares: incidência em função de sexo e idade. *Psico* 1994; 25:49-74.
68. Halpern R, Figueiras ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. *J Pediatr* 2004; 80(2 Supl):S104-S110.
69. Vitolo YL, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Bordin IA. Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39:716-724.
70. Tramontina S, Martins S, Michalowskia MB, Ketzera CR, Eizirika M, Biedermanb J, Rohdea LA. Estimated mental retardation and school dropout in a sample of students from state public schools in Porto Alegre, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 24:177-181.
71. Martinez P, Richters JE. The NIMH community violence project: II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry* 1993; 56:22-35.
72. Malik NM. Exposure to domestic and community violence in a nonrisk sample. *J Interpersonal Violence* 2008; 23(4):490-504.
73. Buka SL, Stichick TL, Birdthisle I, Earls FJ. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. *Am J Orthopsychiatry* 2001; 71(3):298-310.
74. Hurt H, Malmud E, Brodsky NL, Giannetta J. Exposure to Violence. Psychological and Academic Correlates in Child Witnesses. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:1351-1356.
75. Shields N, Nadasen K, Pierce L. The effects of community violence on children in Cape Town, South Africa. *Child Abuse Negl* 2008; 32(5):589-601.
76. Bastos AC, Almeida Filho N. Variables económico sociales, ambiente familiar y salud mental infantil en un área urbana de Salvador (Bahia) Brasil. *Acta Psiquiátrica y Psicológica América Latina* 1990; 36(3/4):147-154.
77. Salvo C, Silveiras EFM, Toni PM. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia* 2005; 22(2):187-195.
78. Leckman JF, Leventhal BL. Editorial: a global perspective on child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disciplines* 2008; 49(3):221-225.
79. Patel V, Flisher AJ, Nikapota A, Malhotra S. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *J Child Psychology and Psychiatry* 2007; 49(3):313-334.
80. World Health Organization. *Child and adolescent Atlas resources for child and adolescent mental health*. Geneva: World Health Organization; 2005.
81. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(3):226-236.
82. Bentes ALS. *Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
83. Vicentin MCG. Responsabilidade penal juvenil: problematizações para a interface psi-jurídica. *Rev Bras Ciências Criminais* 2005; 13:319-343.
84. Assis SG, Constantino P. *Filhas do mundo: a infração juvenil feminina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
85. Andreoli SB. Serviços de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
86. Oliveira RC. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento no rede pública de saúde mental. In: Couto MCV, Martinez RG. *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Nuppsam/Ipúb/UFRJ; 2007.
87. Pinzon VD. Cenário atual do atendimento psiquiátrico. In: Fleitlich-Bily B, Andrade ER, Scivoletto S, Pinzon VD. *A saúde mental do jovem brasileiro*. São Paulo: Edições Inteligentes; 2004.
88. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. *Problemas de saúde mental das crianças: abordagem na atenção básica*. São Paulo: Annablume; 2005.
89. Graeff-Martins AS, Flament MF, Fayyad J, Tyano S, Jensen P, Rohde LA. Diffusion of efficacious interventions for children and adolescents with mental health problems *J Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(3):335-352.
90. Delgado PGG, Schechtman A, Weber R, Ferraz A, Porto K, Hoffmann MCCL, Martins R, Grigolo T. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007.