

Lúcia Helena Guimarães Sátiro

Um olhar sobre o nascimento do CAPSIJ: as transformações no serviço de saúde mental para crianças e adolescentes do município de Mariana-MG.

Belo Horizonte

2020



Lúcia Helena Guimarães Sátiro

Um olhar sobre o nascimento do CAPSIJ: as transformações no serviço de saúde mental para crianças e adolescentes do município de Mariana-MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Márcia M. Rodrigues Ribeiro

Belo Horizonte

2020



S253o

Sátiro, Lúcia Helena Guimarães.

Um olhar sobre o nascimento do CAPSIJ: as transformações no serviço de saúde mental para crianças e adolescentes do município de Mariana-MG. / Lúcia Helena Guimarães Sátiro. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2020.

42 f.

Orientador(a): Márcia Maria Rodrigues Ribeiro.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Psicossocial. 3. Criança e Adolescente. 4. Desastre. 5. Violência. I. Ribeiro, Márcia Maria Rodrigues. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 30



Lúcia Helena Guimarães Sátiro

Um olhar sobre o nascimento do CAPSIJ: as transformações no serviço de saúde mental para crianças e adolescentes do município de Mariana-MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em 30/11/2020.

Banca Examinadora

Orientadora: Márcia Maria Rodrigues Ribeiro

Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e Docente da ESP-MG

Avaliadora: Marcela Alves de Lima Santos

Mestre em Saúde Coletiva e Servidora da Prefeitura de Mariana- MG

Avaliador: Rodrigo Chaves Nogueira –

Especialista em Saúde Mental e Psicologia Clínica e Docente da ESP-MG

Belo Horizonte

2020



Considerando a atual conjuntura do país é sempre bom lembrar que “Democracia é Saúde” (AROUCA, 1986).



AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais por ofertar o Curso de Especialização em Saúde Pública na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. A formação do sanitarista é fundamental para manutenção e sustentação do SUS e a escola exerce papel fundamental na formação de profissionais que se tornam mais capazes de fortalecer seus locais e municípios de atuação. Aos professores e funcionários agradeço pela competência e dedicação durante todo o curso.

Agradeço a todos os trabalhadores que já passaram pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPSIIJ) de Mariana-MG que sonharam e construíram o serviço. Agradeço a atual equipe por compartilhar momentos de alegria e de resistência. Em especial à Marcela que idealizou o CAPSIIJ, à Carla que apoiou esse trabalho; à Germana, Rosi, Vanessa e Adelina pela paciência.

Agradeço a orientação dedicada e paciente da Márcia.

Agradeço a Marcela Santos e Rodrigo Chaves pela disponibilidade e contribuição.

E finalmente agradeço aos colegas de curso pelas trocas, compartilhamentos e leveza.

RESUMO

As políticas públicas de saúde mental voltadas ao público infantojuvenil se estruturam de forma tardia nas cidades. O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSIJ) e o imperativo de um trabalho intersetorial surgem para combater o vazio assistencial gerado e constituíram-se como base da política de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil. Os CAPSIJ dos municípios de pequeno e médio porte passam por dificuldades para se implantarem, para se adequarem à política proposta e para se habilitarem junto ao Ministério da Saúde. A trajetória do CAPSIJ da cidade de Mariana espelha tais dificuldades, além de enfrentar peculiaridades durante sua trajetória de adequação e credenciamento. Esse relato de experiência tem o objetivo de descrever as mudanças ocorridas durante a transição do serviço de um perfil ambulatorial para um CAPSIJ. As transformações sucedidas entre os anos de 2015 e 2018 receberam maior ênfase, pois além de considerar as adequações já iniciadas, também consideram o período posterior ao rompimento da barragem de Fundão, ocorrido na cidade em 2015, e seus impactos no serviço de saúde mental infanto-juvenil. Foi utilizado um estudo documental descritivo de dados secundários, obtidos no software da saúde da cidade de Mariana e dados de notificações de violência da cidade e de sua microrregião de saúde. Ao longo das análises, foi possível observar transformações motivadas por fatores internos como é ao caso das adequações de espaço físico e da equipe e a maior participação em espaços de debates sobre políticas públicas infantojuvenis ocorridas após a solicitação do credenciamento do serviço. Além disso, foram encontradas mudanças provocadas por fatores externos, tais como o aumento substancial de atendimentos no serviço e o aumento de notificações de violência na cidade após o rompimento da barragem de Fundão. Esses dados demonstram as dificuldades e desafios enfrentados pelos CAPSIJ para se consolidarem como pilar da política pública de saúde mental no Brasil.

Palavras - Chaves: saúde mental, atenção psicossocial; criança e adolescente; desastre; violência.



ABSTRACT

The public policies for child and adolescent mental health have been belatedly assembled in Brazilian cities. The mental health center for children and adolescents, named CAPSIJ, along with the fundamental guideline of an interprofessional practice and psychosocial care were developed with the purpose of coming up against that void. The mental health centers - CAPSij of small and medium-sized cities usually experience difficulties to established themselves, to adapt to the proposed programs and to be licensed by the ministry of Health. The path of the CAPSIJ in the city of Mariana reflects these difficulties, facing readjustment and sanction obstacles. This report aims to describe the changes along the process of transforming a clinic-profile mental health center into a CAPSIJ according to the SUS – universal system care concept. The transformations that took place within the years 2015 and 2018 received greater emphasis because it considers the period after the Fundão`s tailing dam`s disaster and its subsequent impacts on Child and youth mental health and its corresponding health center. A study was carried out through a descriptive secondary data analysis method. The evidence was obtained from the city of Mariana and its micro-region`s medical database software. Throughout the analyzes it was possible to observe transformations motivated by departmental influence after the pledge for licensing, such as physical structure and team adequacy, part on debates about public policies regarding child and youth. Also, there were changes impacted by external factors such as the increase of violence notice in the city, after the dam disaster. All data and report demonstrate the difficulties and challenges faced by the CAPSIJ in order to consolidate itself as base of mental health public policies in Brazil.

Key words: health mental; support psychosocial; child and adolescents; disasters; violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - Dados de Acolhimento e Procedimentos - CAPSII/Mariana-MG (Período: 2015 – 2018). _____29

QUADRO 2 - Notificações de Violência da Cidade de Mariana por Faixa etária de 1 a 19 anos, entre os anos de 2013 a 2018. _____32

QUADRO 3 - Notificações de Violência da Cidade de Mariana por Lesão Autoprovocada e Sexo, entre os anos de 2013 a 2018. _____32

GRÁFICO 1 - Gráfico Comparativo de Notificações de Violência: Cidade de Mariana x Microrregião de Saúde (Itabirito, Mariana e Ouro Preto) entre os anos de 2013 a 2018. _____33

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSIJ - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CIR - Comissão Intergestores Regional

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

ONU - Organização das Nações Unidas

PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SGDCA - Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

SINAN - Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

TTAC - Termo de Transação e de Ajustamento de Conduta

UBS - Unidade Básica de Saúde

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes



SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	12
2. INTRODUÇÃO	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1. O CAPSIJ NA HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL	16
3.2 CRIANÇA, ADOLESCENTE E A VIOLÊNCIA	18
3.3 DESASTRES E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE.....	21
4. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CIDADE	25
5. O NASCIMENTO DO CAPSIJ DE MARIANA: SEUS DESAFIOS E CONQUISTAS DE AMBULATÓRIO A CAPSIJ.	27
6. VIOLÊNCIA X ADOLESCÊNCIA NA CIDADE DE MARIANA APÓS O ROMPIMENTO DA BARRAGEM DE FUNDÃO	31
7. DISCUSSÃO	34
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38



1. APRESENTAÇÃO

Somos atravessados pelo trabalho, principalmente o trabalho na Saúde Mental, onde o cuidado é pungente. Racional ou irracionalmente, resiste-se para continuar cuidando.

Cheguei em agosto 2016 para trabalhar no serviço ambulatorial de saúde mental para crianças e adolescente, o Crescer, em Mariana. Chego para ampliar o quadro de funcionários após as repercussões no serviço, após o Rompimento da Barragem de Fundão.

Minha formação foi toda voltada para o usuário adulto e iniciar um trabalho em Saúde Mental para crianças e adolescentes era novo e desafiador, pois, somente naquele momento me despertava o assunto. Difícilmente, eu pensava sobre o adoecimento mental infantojuvenil sob a perspectiva de um CAPS.

Minha chegada ao serviço foi precedida por um grande volume de encaminhamentos de crianças e adolescentes, não me esqueço da equipe descrevendo nas reuniões e corredores sobre o volume de encaminhamentos de dificuldades escolares, sintomas ansiosos, agressividade e automutilação.

A ansiedade dos trabalhadores adivinha da necessidade de adequação do projeto institucional do serviço, uma vez que tinham pedido o credenciamento daquele serviço como um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSIJ) junto ao Ministério da Saúde. Em meio a isso, houve um aumento de demanda, principalmente nos anos de 2016 e 2017, após o rompimento da barragem.

No final de 2017, uma lufada de esperança nos acalentava com o credenciamento do serviço. Eram nossas crenças sendo suportadas e nossos esforços sendo recompensados.

Em 2018, frente a essas transformações, fui chamada pela equipe a assumir o lugar de Referência Técnica do CAPSIJ de Mariana, onde permaneci até março de 2020. Passo a acolher a angústia dos trabalhadores, dos usuários e a ter que convocar a rede de saúde, a rede intersetorial e a gestão para tecer os furos das políticas públicas para a infância e a juventude do município de Mariana. Passei pelos papéis de instigar a transformação, de suportá-la e de achar soluções aos problemas surgentes.



A Especialização em Saúde Pública me convidou a olhar, reconhecer a mudança e a solidificação do serviço. Nesse momento, repensei a minha vivência e entendi a importância da construção de um dispositivo público. Por isso, resolvi contar as transformações, as pelepas e desafios dessa construção.

O relato dessa experiência, dessa transformação, da solidificação de um dispositivo público, tem o efeito de propagar e reafirmar a política por trás dele. O serviço se firmou em um momento de transformações, em meio a lama e em um momento onde era apresentado políticas públicas que tentavam ser retrógradadas tal como em 2018 com a tentativa de estabelecer o que se chamou de “A Nova Política de Saúde Mental” que flertava, na verdade, com a volta dos manicômios.

Esse registro do nascimento e crescimento de um dispositivo de Saúde Mental é uma resistência. Relatar reaviva a discussão iniciada pela equipe na construção de um CAPSIJ, numa cidade do interior. Narrar rememora o serviço da sua importância. Narrar recoloca luz sobre as políticas públicas de saúde mental infantojuvenil.

2. INTRODUÇÃO

Historicamente as políticas de Saúde Mental enfatizaram o cuidado aos problemas relacionados a população adulta e invisibilizaram a saúde mental de crianças e adolescentes. O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSIJ) foi uma das ações criadas para combater esse vazio assistencial, constituindo-se, atualmente, como o pilar da saúde mental pública para crianças e adolescentes no Brasil (COUTO; DUARTE e DELGADO, 2008). O relato de experiência em questão se estrutura a partir dessa invisibilidade e das transformações ocorridas no Serviço de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes do Município de Mariana-MG, que nasceu com um perfil ambulatorial e se transformou em um dispositivo de urgência e emergência em saúde mental com foco na Atenção Psicossocial - um CAPSIJ.

Segundo Gauy e Rocha (2014) desde o início do século XXI, a atenção à saúde mental infantojuvenil tem se elevado. Estima-se que 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais, desse total, 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo (BRASIL, 2005). A política pública de saúde mental criou o CAPSIJ, um serviço aberto de base



comunitária de atenção diária voltado ao público infanto-juvenil que conta com equipe multiprofissional para atendimento de transtornos mentais que envolvem prejuízos severos e persistentes em detrimento ao modelo asilar existente à época.

A cidade de Mariana foi palco do maior crime socioambiental do país e provocou perdas humanas, ambientais, sociais e econômicas à cidade. Desastres são capazes de afetar os sujeitos individual e coletivamente interferindo em suas histórias de vida e processos de desenvolvimento podendo afetar de diferentes formas à saúde humana (NOAL, RABELO e CHACHAMOVICH; 2019).

Nesses casos o sistema de saúde deve promover ações para redução dos impactos na saúde da população em geral visando à redução do sofrimento mental. Ações de proteção a crianças e adolescentes devem ser prioridade pela sua condição peculiar de desenvolvimento e por isso de maior vulnerabilidade. Nessas situações, o público infantojuvenil estão mais propensos a ocorrência de violação de seus direitos na medida em que as condições usuais de proteção ficam alteradas e fragilizadas e podem sofrer com o estresse generalizado, negligências e com o menor controle em relação à violências, ao trabalho infantil, às práticas de ato infracional e ao uso de drogas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2018).

A autora deste trabalho tem como principal objetivo identificar e descrever as mudanças ocorridas durante a transição do serviço de saúde mental infantojuvenil da cidade de Mariana em um CAPSIIJ. Além de apresentar e descrever os procedimentos registrados nos serviço entre 2015 e 2018 e analisar as notificação de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências por local de notificação entre 2013 e 2018 de usuários com idade entre 01 e 19 anos.

Inicialmente, serão discutidas as transformações do serviço que ocorreram entre 2006 e 2018. O ano inicial das discussões é 2006, considerando a data de nascimento de serviço. O período das análises quantitativas foi definido pelo período de 2015 a 2018, considerando a utilização do Sistema de Informação contratado pela Prefeitura chamado *Viver e o* processamento dos lançamentos do serviço integralmente nesse tempo. Além disso, os anos entre 2015 e 2018 serão ressaltados propositalmente, pois têm o intuito de considerar o período de tempo do rompimento da barragem de rejeitos de Fundão em 5 de novembro de 2015, ocorrido em Mariana- MG e seus impactos no serviço de saúde mental infantojuvenil.

Esse relato de experiência tem como base um estudo documental descritivo de dados secundários, obtidos no software do Sistema de Informação da Secretaria de Saúde de Mariana.



Esses dados são números quantitativos de diferentes procedimentos são eles: “Acolhimento Inicial”, “Atendimento por Profissionais de Nível Superior” e “Outros Procedimentos” (descritos ao longo do texto). Tais atividades foram realizados no serviço (considerou-se todos os profissionais inscritos no CNES) entre os anos de 2015 a 2018. Utilizou-se, também dados de notificações de violência da cidade de Mariana e de sua microrregião de saúde (formada pelas cidades de Mariana, Ouro Preto e Itabirito) entre os anos de 2013 a 2018, considerando a Faixa etária de 1 a 19 anos de idade a fim de fazer um comparativo entre os dados.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse capítulo vamos discutir a luz das produções literárias alguns desafios que foram encontrados na história do CAPSIJ de Mariana: a invisibilidade da saúde mental infantojuvenil, a violência que atravessa esse público e os impactos de desastres na saúde e sobre os equipamentos de saúde mental serão as bases da discussão feita ao longo desse texto.

Durante a discussão os termos Saúde Mental e Atenção Psicossocial serão citados e por isso é necessário fazer recortes desses conceitos.

Amarante (2007) traz dois conceitos de saúde mental, o primeiro conceitua a Saúde Mental *“como campo (ou área) de conhecimento e de atuação no âmbito das políticas públicas”*. Esse campo é uma junção de saberes da psiquiatria, neurociências, psicanálise, filosofia, sociologia, geografia, entre outros. Apresentando um campo complexo, plural e com transversalidade de saberes (AMARANTE, 2007, p.15).

O outro sentido para a expressão de Saúde Mental é *“a ideia de que saúde mental seja um estado mental sadio, portanto, poderíamos concluir, um estado normal”*. (Amarante, 2007, p.18). Esses dois conceitos serão citados ao longo do texto.

A Atenção Psicossocial não será reduzida a ação ou assistência. Será percebida no texto como forma de promover o cuidado, sendo mais abrangente e considerando a conjuntura social e comunitária, além da pessoa em sofrimento psíquico. Na literatura, Atenção Psicossocial e o Campo da Saúde Mental não são sinônimos, mas aqui se aproximam, principalmente ao



falarmos de políticas públicas que considerarão os indivíduos/populações de forma mais ampla, além de seus adoecimentos, serão considerados seus contextos.

3.1. O CAPSIJ NA HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL

O conceito de cidadania e de detenção de direitos para crianças e adolescentes já assegurado constitucionalmente ganhou força no Brasil e no mundo através da Convenção Internacional sobre o Direito da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989 e com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 que estabeleceu a proteção integral como orientação das novas políticas e ações a serem direcionadas ao público infanto-juvenil.

As políticas públicas de Saúde Mental para crianças e adolescentes demoraram a ser incluídas nas discussões sobre adoecimento psíquico gerando um atraso no reconhecimento da sua importância e trazendo repercussões para os serviços que atendem esse público. Uma das consequências foi o pouco investimento das cidades para a criação de equipamentos como os CAPSIJ, gerando certa invisibilidade do adoecimento psíquico do público infantojuvenil.

Historicamente, as políticas de saúde mental enfatizaram o cuidado aos problemas relacionados a população adulta e invisibilizaram a saúde mental de crianças e adolescentes. Essa desassistência histórica foi preenchida ao longo dos anos por instituições de natureza privada ou filantrópica dos setores educacional e da assistência social com ausência de propostas por políticas de saúde mental (HOFFMANN, SANTOS & MOTA, 2008). Dessa forma, tivemos uma inserção tardia da saúde mental infanto-juvenil na agenda da saúde pública brasileira e no processo de Reforma Psiquiátrica (COUTO e DELGADO, 2015).

A construção de políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil no Brasil foi delimitada por dois marcos: o primeiro com a aprovação da Portaria N° 336, de 19 de Fevereiro de 2002, que definiu as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, do tipo infantil, que seriam serviços ambulatoriais de atenção diária criados, prioritariamente, para crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2002). E o segundo com a Portaria N° 1.608 de 03 de agosto de 2004, que instituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, espaço de discussão e articulação intersetorial para subsidiar a construção de políticas públicas para esse público (BRASIL, 2014). Esses dois marcos históricos inauguram a resposta às



necessidades de cuidado em saúde mental ao público infanto-juvenil pelo governo brasileiro (COUTO e DELGADO, 2015).

Couto, Duarte e Delgado (2008) apontam fatores que podem ter atrasado a implementação das políticas de saúde mental infanto-juvenil. Segundo eles, a extensa gama de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência, que incluem transtornos globais do desenvolvimento, fenômenos de externalização, fenômenos de internalização e uso abusivo de substâncias podem ter deixado o cuidado mais complexo, dificultando sua implementação. Outro fator que pode ter pesado foi a especificidade do cuidado com esse público que envolve diferentes setores tais como atenção básica, educação, assistência social e justiça que geralmente operam isoladamente, mas que agem de alguma forma sobre crianças e adolescentes com transtornos mentais. Assim, a implantação de CAPSIJ e o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial da saúde mental com outros setores públicos constituíram “*os pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes*” no Brasil (COUTO; DUARTE e DELGADO, 2008 p. 392).

O CAPSIJ foi constituído sobre a lógica interdisciplinar e realiza atendimento a crianças e adolescentes com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes e àqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ou outras situações clínicas que dificultam os laços sociais e a realização de seus projetos de vida. Atua em situações de crise e nos processos de reabilitação psicossocial. Dada a especificidade do cuidado desse público, a intersetorialidade é um imperativo nas ações do CAPSIJ a fim de alcançar a integralidade do cuidado de crianças e adolescentes. Esse serviço que se organiza para ser uma porta aberta às demandas de saúde mental do território deve também identificar populações específicas e mais vulneráveis que devem ser objeto de estratégias diferenciadas de cuidado (BRASIL, 2014).

O CAPSIJ foi pensado pela Portaria N° 336/2002 como um CAPS II (CAPS com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes), porém ao ser especificado foi indicado para *população de cerca de 200.000 habitantes*. Posteriormente, a Portaria n° 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 reviu a indicação populacional e o referencial a municípios com populações 150 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Em 2013, a republicação da Portaria n° 3.088 em 23 de dezembro de 2013, propõe a redução do parâmetro populacional para implantação de CAPSIJ considerando municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2016). Esse novo parâmetro pode ter impulsionado a expansão e interiorização de CAPSIJ no país.



Muito se avançou nesse período, uma série histórica sobre o número de CAPS habilitados no Brasil no período de 2008 a 2015 mostra um crescimento no número de CAPSIIJ que em 2015 contava com 210 equipamentos habilitados no país. Essa quantidade de CAPSIIJ, em 2015, representavam 9% do total de CAPS habilitados no país (BRASIL, 2016). Esses dados nos fazem considerar que o processo de expansão, apesar de significativo, ainda está aquém da necessidade assistencial do público infanto-juvenil

Os espaços coletivos de discussão sobre a atenção psicossocial a essa população apontam para a necessidade de ações efetivas das instâncias de gestão para viabilizar maior número de implantação de CAPSIIJ, especialmente em cidades de médio porte (BRASIL, 2007; BRASIL, 2016).

3.2 CRIANÇA, ADOLESCENTE E A VIOLÊNCIA

Outro tema que permeia a saúde pública e que aparece no dia-a-dia de um CAPSIIJ é a violência. Uma preocupação é a nova dinâmica territorial da violência que têm aumentado a violência nos municípios interioranos. Esse novo arranjo evidencia a necessidade de políticas de Estado tripartites e intersetoriais, que atuem fortemente nos determinantes da situação de violência que assola a sociedade e que impacta sobremaneira na saúde de adolescentes e nos jovens (BRASIL, 2010).

A violência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública, pois apresenta grande impacto na mortalidade desse público. Pode também acarretar consequências diretas ou indiretas em sua saúde física, saúde mental e em suas relações sociais afetando também seus familiares e a comunidade (ANDRADE *et al.*, 2012). Os ciclos de violência contra as crianças e adolescentes levam ao sentimento de desvalorização e de impotência e mesmo sem lesões físicas aparentes, as diferentes formas de violência são acompanhadas de sofrimentos psíquicos e resultam em traumas profundos para toda a vida (ASSIS, 2007; MALTA *et al* 2017).

Sabemos que a violência é um fenômeno complexo, resultante de desigualdades sociais, questões culturais e históricas. Entende-se o papel de fatores como desemprego, condições de



acesso como fatores que contribuem para a consolidação de situação de violência em âmbito intrafamiliar (MACEDO, *et al.* 2019).

O Ministério da Saúde considera a violência uma ação intencional imposta por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros e são classificadas como agressão física, abuso sexual, violência psicológica, violência institucional (BRASIL, 2000).

A partir do reconhecimento dos impactos da violência sobre a população, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o primeiro Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e, em 2009, o “Módulo Violência” foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). Em 2011, o Ministério tornou a notificação de violência obrigatória a todos profissionais de saúde e, em 2014, estabeleceu que ela devia ser realizada de forma imediata para violência sexual e suicídio e semanal para violência doméstica e outras.

A Ficha de Notificação Compulsória da Violência é composta por variáveis e categorias que englobam as violências autoprovocadas e as violências interpessoais. Por meio de seu preenchimento, torna-se possível revelar a magnitude da violência, sua tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, sejam elas vítimas e/ou autores da agressão, localização de ocorrência, entre outras características dos eventos violentos (CEZAR, ARPINI & GOETZ, 2017, p. 434).

A violência interpessoal pode se apresentar de diferentes formas, tal como agressão física, abuso sexual, abuso psicológico, negligência, abandono, maus-tratos, entre outras. Bahia *et al.* (2020) considera a lesão autoprovocada como a violência que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser classificada como comportamento suicida ou autoagressão.

O comportamento suicida se caracteriza pelo fato de o indivíduo causar lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal ou do verdadeiro motivo do ato. Nele estão incluídos pensamentos, planejamento, tentativas de se matar e o ato consumado. Já a autoagressão engloba automutilações, desde as mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas, até as mais severas, como amputação de membros (BAHIA *et al.* 2020, p.2).

No cotidiano dos serviços Saúde Mental, observa-se que a violência entre crianças e adolescentes têm aumentado. Em uma análise das três últimas edições da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), considerando estudantes do nono ano de escolas de todas as capitais



do país, mostrou-se uma tendência de aumento para todos os indicadores de violência. Foi encontrado aumento das prevalências de adolescentes que se sentiam inseguros no trajeto casa-escola e dentro da escola. E o aumento mais significativo foi de adolescentes que sofreram agressão física por adultos na família nos últimos 30 dias, passando de 9,5% em 2009 para 16,2% em 2015. Houve índices maiores de situações de violência entre os estudantes de escolas públicas (PINTO *et al.*, 2018).

Em um painel de indicadores do SUS de 2008 foi feita caracterização das violências contra adolescentes de 10 a 19 anos de idade registradas pela VIVA, no período de 01/08/06 a 31/07/07, onde as principais causas de violência encontradas foram a agressão sexual (56,3%), seguida da agressão psicológica (49,9%), agressão física (48,3%) e a negligências ou abandono (12,6%). Esse painel também mostra a relação de violência e gênero e constata que, do total de notificações de atendimentos de violências, 74% das vítimas eram do sexo feminino (BRASIL, 2008).

Um estudo descritivo sobre notificações e internações de lesão autoprovocada no Brasil encontrou, entre os anos de 2011 e 2014, 14% de lesões autoprovocadas correspondentes a todos os registros de violências realizadas pelos serviços de saúde do país. *Dessas notificações, “(...) 23,3% referiam-se a adolescentes sendo (...) 23,6% de 10 a 14 anos e (...) 76,4% de 15 e 19 anos. Nos dois grupos etários discriminados, houve predomínio de indivíduos do sexo feminino: (...) 79,8% na faixa de 10 a 14 anos e (...) 71,6% na de 15 a 19 anos”.* Sobre taxas mais altas em adolescentes mais velhos, os autores explicam que, cognitivamente, eles apresentam mais aptidão em planejar e executar atos suicidas, com intenções mais elaboradas, além de apresentarem-se com mais autonomia e com menos supervisão e apoio dos pais (BAHIA *et al.* 2020, p.3 e 4).

Nos CAPSIIJ, observamos que a violência física apresenta altos índices e bastante respaldo na literatura e a lesão autoprovocada também é comum no dia-a-dia dos serviços, porém, com baixo índice de notificação e poucas evidências e estratégias de prevenção e intervenção.

BRENT (2018) faz algumas recomendações aos profissionais da Saúde para o manejo do comportamento suicida de adolescentes. Primeiro, afirma o crescimento de taxa de suicídio em jovens de 10 a 14 anos e propõe intervenções mais precoces. Segundo, recomenda atenção ao uso de mídias sociais e seus efeitos deletérios na saúde mental incluindo aumento de ideação suicida. Sobre possibilidades de abordagens faz duas considerações: uma sobre possíveis



efeitos benéficos em abordagens preventivas principalmente na escola e com as famílias e a outra sobre a melhoria do acesso a cuidados de saúde mental, principalmente nos tratamentos de depressão e comportamentos suicidas.

A violência está em todos os ambientes de convivência das crianças e dos adolescentes: no ambiente intrafamiliar, na escola e na comunidade. Observamos que os fatores que geralmente alteram o equilíbrio social das famílias se refletem em violência doméstica ou na vivência de situações de risco e de autoagressão. Sabidamente os impactos sociais e psiquiátricos da violência têm levado cada vez mais crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental. Esse fato deve ser considerado nas políticas públicas e nas ações desses serviços a fim de combatê-lo, mitigá-lo e preveni-lo.

3.3 DESASTRES E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE

Uma peculiaridade que atravessou o CAPSIJ de Mariana foram as consequências do rompimento da Barragem de Fundão, pertencente à mineradora SAMARCO e suas mantenedoras VALE e BHP Billiton, ocorrido em 2015. Por isso, é necessário levar em consideração que *“na perspectiva da saúde pública, os desastres se definem por seu efeito sobre as pessoas e sobre a infraestrutura dos serviços de saúde”* (BRASIL, 2011A, p.5).

Tais eventos apresentam significativo impacto na saúde das populações atingidas, a saúde mental é uma preocupação após esses eventos. Portanto, os desastres serão contextualizados para conseguirmos entender sua intercessão com o CAPSIJ da cidade de Mariana.

Desastres são eventos cuja natureza pode ser natural ou tecnológica e que acarretam *“séria interrupção do funcionamento normal de uma comunidade ou sociedade, afetando seu cotidiano. Essa interrupção envolve, simultaneamente, perdas materiais e econômicas, assim como danos ambientais e à saúde das populações”* (OPAS, 2015, p. 9). Para Noal *et al* (2013), os desastres tendem a interferir no desenvolvimento humano, podendo afetar em diferentes níveis a saúde, a infraestrutura, as crenças e a perspectiva de vida das pessoas atingidas.

Alguns estudos sobre impactos dos desastres naturais na saúde humana destacam que estes afetam as comunidades de forma desigual e de maneiras diferentes, direta e



indiretamente, com efeitos que variam de curto a longo prazo, a depender da característica do evento e da vulnerabilidade socioeconômica e ambiental do território (ALDERMAN, et al., 2012 apud OPA, 2015, p.17).

Os impactos dos desastres sobre a saúde podem ocorrer em tempos diferentes podendo variar entre horas e anos. Em um período de horas a dias podem produzir feridos e mortalidade. Entre dias a meses, caracteriza-se pela ocorrência de doenças transmissíveis, podendo, também, intensificar as doenças não transmissíveis. Num espaço maior de tempo, entre meses a anos, os impactos na saúde se relacionam às doenças não transmissíveis, especialmente, os transtornos psicossociais e comportamentais (OPAS, 2015).

O sistema de saúde deve promover ações para redução dos impactos na saúde mental da população em geral e em especial nos grupos de grande vulnerabilidade. Em meio às adversidades produzidas por desastres, as crianças e os adolescentes ficam mais expostos a violências de natureza física, sexual, psicológica e à negligência, entre outras formas de violação de direitos. Nessas ocasiões as famílias se encontram em situação de grande vulnerabilidade, o que interfere nos cuidados de proteção a seus filhos. O estresse vivenciado pelos pais ou responsáveis pode provocar aumento de violência doméstica e menor controle em relação à violência sexual, ao trabalho infantil, às práticas de ato infracional e ao uso de drogas (BRASIL, 2018, BRASIL, 2013).

O que foi considerado o maior desastre ambiental do país ocorreu na cidade de Mariana, em Minas Gerais, que faz parte do Quadrilátero Ferrífero e tem a mineração como sua principal atividade econômica. No dia 05 de novembro de 2015, a Barragem de Fundão, da Samarco Mineração S.A, rompeu e despejou 62 milhões de metros cúbicos de rejeito se arrastado por quase 500 km de distância de seu epicentro.

O material formou uma onda de aproximadamente 10 metros de altura, que deixou um rastro de destruição e morte por onde passou. Dezenove pessoas faleceram e milhares de outras pessoas foram atingidas direta e indiretamente. Trabalhadores da Samarco e de empresas terceirizadas estão entre as vítimas desta tragédia. Houve destruição total de comunidades rurais, de terras férteis da agricultura familiar, além da contaminação de cursos d'água da região, atingindo toda a extensão do rio Doce (...) (PINHEIRO; POLIGNANO; GOULART; PROCÓPIO, 2019, p.12).



Após o rompimento da barragem se instalou um processo de mudança social na cidade, provocando interferências de diferentes dimensões na vida coletiva. Foram incontáveis danos humanos, ambientais, materiais e imateriais, unitários e também coletivos.

O conceito de “atingido” diz respeito ao reconhecimento e legitimação, de direitos e de seus detentores. Estabelecer que determinado grupo social ou indivíduo é, ou foi, atingido por determinado evento significa reconhecer como legítimo seu direito a algum tipo de ressarcimento ou reparação. A definição clara e abrangente do que sejam os “atingidos” é elemento necessário para o estabelecimento de políticas socialmente responsáveis (VAINER, 2003).

Nesse cenário, registrar a cidade de Mariana como uma cidade atingida é importante para reconhecermos todas as alterações sofridas nas redes de saúde e sócioassistenciais da cidade e uma forma de subsidiar as políticas públicas necessárias para o enfrentamento das consequências desse desastre.

“O desastre não só envolve a lama de rejeitos que os atinge, mas também as perdas de receitas arrecadadas, que se reflete na capacidade de oferta dos serviços essenciais como a saúde, educação, saneamento, entre outros” (FREITAS *et al* 2019, p.4). A paralização da atividade mineradora significou queda na arrecadação (royalties do minério) pela prefeitura e com o passar do tempo, houve aumento do desemprego, diminuição do consumo no comércio, entre outros. Podemos considerar que, a longo prazo, os desarranjos sociais tiveram influência no aumento de demanda por serviços públicos, principalmente em saúde mental.

“O acompanhamento à saúde mental e ao bem-estar psicossocial pode ser considerado como prioridade em situações de desastres, sendo necessárias ações coordenadas entre os atores de órgãos governamentais e não governamentais envolvidos” (SANTOS, CARVALHO e RIBEIRO, 2019, p.191). Segundo esses autores os primeiros cuidados psicossociais na cidade de Mariana, foram iniciados logo após o rompimento da barragem. A médio e longo prazo, um planejamento das ações em saúde mental e atenção psicossocial foi feito a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental que incluíram ações no território; ações coletivas de promoção, prevenção da saúde e de convívio social; apoio matricial; ações intersetoriais; apoio a comissão de atingidos e construção de fóruns (SANTOS, CARVALHO, RIBEIRO, 2019). Apesar de observar que as demandas desses serviços



cresceram, não houve nenhum estudo que relate os impactos para os equipamentos de saúde mental.

Os impactos de desastres na saúde pública, em geral, são subvalorizados e ou classificados como secundários. Até o desastre em Mariana, os dados sobre desastre e saúde pública estavam ligados unicamente a eventos naturais e seus danos a infraestrutura dos serviços. Para Londe *et al* (2015), quando há relato de desastre e suas consequências sobre a capacidade de atenção da rede de serviços, esses referem-se a serviços hospitalares e ao atendimento de enfermidades e morte.

A literatura traz textos descrevendo os impactos dos desastres como causadores de transtornos psiquiátricos e/ou consequências sobre a saúde mental de atingidos, mas existem poucos estudos sobre o impacto dos desastres nos equipamentos de saúde mental. Se existe um possível aumento de acometimentos em saúde mental, é possível supor que os serviços que prestam esse cuidado também tenham suas demandas aumentadas. Porém, não foram identificados estudos dizendo como esses equipamentos são afetados e nem quais recursos são utilizados para adequá-los.

Foi encontrado um estudo de 2018 que verificou as consequências do desastre ocorridos após deslizamentos de terra e inundações na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro em 2011. Tal desastre matou 918 pessoas e deixou 30 mil desabrigados em 11 municípios. Nesse estudo, verificou-se um aumento significativo no atendimento público de saúde mental após o evento, atingindo seu máximo em um ano e permanecendo acima do esperado por quase dois anos após o evento. A análise considerava o aumento no número de unidades especializadas de saúde mental (CAPS) e o aumento no número de consultas de saúde mental por unidade que permaneceu alto durante todo o estudo (DELL'ARINGA *et al.*, 2018).

Esse estudo aponta a importância de estudar e verificar as possíveis sobrecargas dos equipamentos de saúde mental e suas necessidades após desastres. A ampliação, manutenção ou fortalecimento de serviços de atenção especializada em saúde mental deve ser prioridade após a ocorrência de desastres, uma vez que é imperativo o aumento de suas demandas. A curto prazo, cuidados psicossociais podem ser preventivos de agravos psiquiátricos e a longo prazo devem ser suporte para adoecimentos mais graves, mas também promotores de saúde mental à população.



Para FREITAS, *et al.* 2019, do ponto de vista da Saúde Coletiva é preciso conhecer o impacto dos desastres sobre a saúde e sobre os equipamentos de saúde de modo a mobilizar e preparar toda sua estrutura para identificação da emergência de novos eventos, mas também assegurar as necessidades de saúde ao longo do tempo.

4. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CIDADE

O rompimento da barragem de fundão impactou diretamente a dinâmica da cidade e dos serviços de saúde. A curto prazo, o deslocamento das cerca de 300 famílias da área rural para a área urbana e as repercussões imediatas, como ansiedade e luto para a população em geral, fez crescer bruscamente as demandas dos serviços de saúde. Posteriormente, esse número continuou a crescer pelas consequências econômicas e sociais que atingiram toda a cidade.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Mariana, antes do rompimento em 2015, contava com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I; um ambulatório de saúde mental para crianças e adolescentes, que aguardava habilitação enquanto Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSIJ) e uma equipe de matriciamento as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O desastre provocou uma reorganização de todos os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atender os atingidos e as novas demandas do território. Santos, Carvalho & Ribeiro (2019), relataram que os cuidados psicossociais iniciais aconteceram nos primeiros momentos da ocorrência do desastre e que, logo após, foram traçadas estratégias de saúde mental e atenção psicossocial a médio e longo prazo, orientadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental, abarcando as diferentes necessidades da população.

Ainda em 2015, a Secretaria Municipal de Saúde, através da coordenação da RAPS, propôs um Plano de Planejamento das Ações em Saúde Mental e Atenção Psicossocial para a cidade de Mariana. Uma das estratégias, foi a criação de uma equipe específica, para acompanhar as famílias atingidas diretamente, essa equipe levou o nome de “Conviver” e surgiu em janeiro de 2016. As ações, que consideravam o aumento do volume de demandas de saúde mental e atenção psicossocial à toda a cidade, propuseram o aumento do quadro de funcionários de todos



os dispositivos da RAPS (SANTOS, CARVALHO e RIBEIRO, 2019). Ao todo, o plano propõe a contratação de 28 profissionais de nível superior alocados nos serviços de saúde mental. A contratação se deu através da empresa responsável pelo desastre como forma de reparação, porém a gerência sobre os profissionais ficou a cargo da secretaria de saúde.

Um acordo jurídico entre o Executivo, o Judiciário e a empresa causadora do desastre chamado de Termo de Transação e de Ajustamento de Conduta (TTAC), fechado em Março de 2016, fez com que os investimentos nos dispositivos de saúde de Mariana, no período posterior ao rompimento, acontecessem como ações compensatórias e como forma de reparação dos danos à cidade (MACHADO; DOWBOR; AMARAL, 2020). A parceria que se formou deixava a cargo do município a formulação das ações de cuidado e o gerenciamento sobre os serviços e trabalhadores que foram custeados pela empresa.

A situação dos trabalhadores contratados pela empresa se tornou uma questão, uma vez que recebem remuneração diferente daquela que é paga pela prefeitura. Além disso, a instabilidade do contrato com a empresa é uma realidade, que pode ser observada nos constantes acordos e desacordos entre empresa e município.

Não houve repasse imediato direto da União e do Estado para fortalecimento ou manutenção dos equipamentos públicos de saúde mental na cidade. A falta do investimento público imediato pela União nos serviços de saúde mental da cidade e a transferência da responsabilidade apenas ao setor privado naquele momento, demonstra a dificuldade da União em responder aos impactos de desastres tecnológicos e de auxiliar os municípios nas implantações de suas políticas e serviços após desastres.

Para reduzir a vulnerabilidade dos serviços de saúde frente a desastres, é necessário que a Secretaria de Saúde esteja preparada para atuar, conforme a necessidade do território que ela atende, seja com os próprios recursos ou com a solicitação de apoio adicional, com base na avaliação de danos e necessidades locais (BRASIL, 2011A, p. 11).

A magnitude dos danos à saúde e à infraestrutura de uma determinada localidade, dependerá das vulnerabilidades locais associadas às condições sociais, econômicas, políticas, ambientais e sanitárias do território. Os desastres alteram toda a dinâmica de prestação de serviço à comunidade na maioria das vezes pelo aumento da demanda pelos serviços de saúde com a superação de sua capacidade de atendimento.



5. O NASCIMENTO DO CAPSIJ DE MARIANA: SEUS DESAFIOS E CONQUISTAS DE AMBULATÓRIO A CAPSIJ.

Na trajetória dos serviços de saúde mental da cidade de Mariana os cuidados prestados às crianças e adolescentes aconteciam no único serviço de saúde mental da cidade – o de adultos. No ano de 2006, observando o crescimento de demandas e das especificidades apresentadas pelo público infanto-juvenil e a necessidade de melhorias e credenciamento do serviço, foi criado um espaço próprio para a prestação de cuidados em saúde mental a crianças e adolescentes.

Esse serviço iniciou suas atividades com quatro profissionais, sendo um psiquiatra, dois psicólogos e um terapeuta ocupacional. A desvinculação do serviço adulto, a experiência de um espaço próprio e a possibilidade de profissionais que ficariam exclusivos para esse público foi um grande avanço para a cidade que passava a prestar um cuidado mais direcionado e colocava a pauta da infância e da juventude na agenda das políticas de saúde mental da cidade.

Foi um progresso, mas, apesar do serviço ser reconhecido pela população e ser referência para a gestão municipal, ele permanecia invisível institucionalmente. Por sete anos, o serviço funcionou sob a política municipal, mas sem uma vinculação efetiva com as políticas nacionais, permanecendo sem registro de produção para o governo federal. A existência de um serviço só é reconhecida no país a partir de sua inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que veio acontecer somente no ano de 2013.

Instituído pela Portaria nº 376 de 03 de outubro de 2000, o CNES é um cadastramento que permite a União conhecer todos os prestadores de serviços de saúde, seja da rede pública ou privada, em seus aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos, Profissionais em Serviços Ambulatoriais e Hospitalares. A manutenção e atualização de dados nas bases locais e federal subsidiam a implantação/implementação de políticas de saúde.

Em 2013, o Serviço de Saúde Mental voltado para crianças e adolescentes da cidade de Mariana passa a existir de fato em um banco de dados nacional. Diante do crescente aumento de demandas e de uma pressão da equipe junto a gestão, foi formalizado ao Ministério da Saúde o pedido de habilitação do serviço como um CAPSIJ.

A partir daí, as mudanças institucionais foram acontecendo de forma gradual: mudança de endereço do espaço físico da instituição; adequação do quadro de funcionários - foi incorporada



a equipe um fonoaudiólogo; contratação de um técnico administrativo; e a criação da função de uma referência técnica responsável pelo equipamento. Assim o serviço se adequava as premissas da Política Nacional de Saúde Mental e a todas às suas exigências.

Em 2014, a mudança de endereço deixava o serviço fisicamente próximo do serviço adulto que passou a ofertar suporte com sua equipe de enfermagem. O ano de 2015 foi marcado pela adequação de lançamentos de produção no sistema de saúde local e no esforço da equipe de implantar um projeto clínico institucional mais próximo de um CAPSIJ com transformações administrativas e de funcionamento do equipamento.

Em novembro do ano de 2015, veio a queda da Barragem de Fundão e, com ela, todas as consequências socioeconômicas para a cidade. O desastre que acometeu a cidade também atravessou o projeto de CAPSIJ. As transformações que serão destacadas a partir de 2015 se encontram no QUADRO 1.

O ano de 2016 foi marcado pelo aumento substancial das demandas do serviço. O procedimento “Acolhimento Inicial”, é o primeiro atendimento no serviço, podendo ser por demanda espontânea ou referenciada, esse número demonstra a quantidade de usuários novos recebidos no serviço por ano. De 2015 para 2016 observou-se um aumento de 86% na quantidade de acolhimentos. No intervalo de tempo analisado, a quantidade de “Acolhimento Inicial” dobrou, passando de 250 no ano de 2015 para 503 no ano de 2016.

Os procedimentos são códigos que identificam os tipos de consulta, atendimento e ou acompanhamento na tabela do SUS. “Atendimentos de Profissional de Nível Superior” é um tipo de procedimento que considera atendimentos individuais feitos por profissionais de nível superior cadastrados nos CNES do serviço. Ao compararmos os números de “Atendimentos de Profissional de Nível Superior” feitos nos anos de 2015 com os do ano de 2016 foi observado um aumento de 73,08%. Nos dois anos seguintes (2017 e 2018) os números de atendimento, mantiveram-se altos.

Os “Outros Procedimentos” consideram todos os demais procedimentos registrados no serviço: são atendimentos coletivos, grupo/oficina, acolhimento diurno ou permanência dia, discussão com a rede intersetorial, visita domiciliar, entre outros. Entre 2015 e 2016 registrou-se um aumento de 235,76% de “Outros procedimentos”, um aumento menor, mas não menos significativo, de 107,8% foi registrado de 2016 para 2017.

QUADRO 1 – Demonstrativo dos diferentes procedimentos realizados no CAPSIJ/MARIANA-MG. Tais procedimentos delineiam as formas de atendimentos prestados pelo serviço.

Dados de Procedimentos realizados pelos profissionais inscritos no serviço no CAPSIJ			
Ano	Número de Procedimentos		
	Acolhimentos Inicial*	Atendimento de Prof. Nível Sup.	Outros Procedimentos
2015	250	2.831	534
2016	465	4.900	1.793
2017	459	5.095	3.713
2018	503	4.452	1.905

Dados retirados do **Vivver Sistemas** – Softwares para gestão pública contratado pelo Município de Mariana entre os anos de 2013 a 2018.

Dos dados encontrados foram retirados os números referentes aos atendimentos do Neurologista que utilizava o espaço, mas não era parte da Equipe e considerado todo o resto.

*Dados retirados dos Cadernos de Acolhimento do Serviço. Somente em 2019 esse procedimento passou a ser lançado no sistema de forma separada.

Entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016, o Plano de Planejamento das Ações em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, feito pela Secretaria de Saúde, enviou ao CAPSIJ 03 profissionais de nível superior, contratados como reparação de danos. Por isso, ao comparar os números é preciso considerar que em 2015 a equipe contava com 6 profissionais e em 2016 já eram 9 profissionais de nível superior atuando no serviço.

Em 2017, depois de quatros anos de adequação, atravessados pela lama, e com muito esforço da equipe, o CAPSIJ de Mariana foi habilitado através da *Portaria* N° 3.726, de 22 de dezembro de 2017. É preciso sublinhar a credibilidade trazida pelo credenciamento ao serviço perante a Rede de Saúde e a Rede Socioassistencial.

Ressalta-se que a habilitação não foi facilitada pelo desastre, mas este evento provocou mudanças significativas, passíveis de observação e facilmente comparáveis entre os dados dos anos de 2015 e 2018. O QUADRO 1 e a história relatada demonstraram que o desastre provocou impacto expressivo sobre o serviço que geraram alterações na estrutura administrativa, de capital humanos e clínico-institucional do serviço de saúde mental para crianças e adolescentes da cidade de Mariana.



Além das transformações já citadas, os profissionais observaram mudanças no perfil das demandas do serviço no período entre 2016 e 2018. Foi observado pela equipe, aumento de demandas com quadros de agitação, agressividade e dificuldades escolares entre as crianças; e automutilação, transtornos ansiosos, transtornos depressivos, tentativas de autoextermínio, diferentes formas de violências, surtos psicóticos e pedidos de avaliação para internação compulsória, principalmente relacionados ao abuso de álcool e outras drogas, entre os adolescentes.

Essa mudança do perfil das crianças e adolescentes atendidos alavancou a aproximação do CAPSIJ com a Rede de Saúde e com todos os atores do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA). Assim, questões como as dificuldades de aprendizagem e as violências em geral tiveram ações e planejamentos mais intersetoriais se aproximando cada vez mais das premissas que construíram as políticas de saúde mental infantojuvenil.

Naquele momento, o CAPSIJ tomava corpo além dos muros da instituição ao ampliar sua participação no *Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente* (CMDCA), no Fórum Intersetorial da Criança e da Adolescência e dilatando a discussão com a Secretaria de Educação, Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, Unidade de Acolhimento Institucional e Poder Judiciário. Essa participação se transformou em um tecer de redes para discussões de políticas públicas de saúde mental e de desenvolvimento social para crianças e adolescentes na cidade de Mariana. Assim, o CAPSIJ de Mariana, hoje, um equipamento consolidado, robusto, fortalecido, encena papel importante na rede de proteção e cuidado da criança e da adolescência.

Foram muitas transformações vivenciadas: a conquista de ter um serviço especializado em saúde mental somente para crianças e adolescentes, a busca e as modificações para que a Atenção Psicossocial orquestrasse o serviço e a mudança de atuação dos profissionais passando de atendimentos individuais para atendimentos mais coletivos, familiares, ampliando a forma de enxergar cada indivíduo atendido.

Muitos foram os desafios trazidos nos quatro longos anos de adequação e espera pelo credenciamento. Muitos foram os desafios do aumento abrupto das demandas em saúde mental de crianças e adolescentes após o rompimento da barragem. Muitos foram os desafios com o aumento de casos de violência percebidos pela equipe e trabalhados de forma intersetorial com as redes de saúde e socioassistenciais. E ainda têm-se muitos desafios pela frente como a manutenção das ações intersetoriais tão caras às ações em saúde mental infantojuvenil; o desafio de fortalecer diariamente o diálogo com a atenção primária em saúde tão fragilizada no



município em questão e por fim o incansável trabalho de politização e capacitação da equipe que apresenta fragilização dos vínculos empregatícios consequente do acordo de reparação entre o município e a empresa responsável pelo desastre.

6. VIOLÊNCIA X ADOLESCÊNCIA NA CIDADE DE MARIANA APÓS O ROMPIMENTO DA BARRAGEM DE FUNDÃO

Um dos desafios da equipe do CAPSII, após o ano de 2016, era a crescente demanda de adolescentes no serviço. Como dito anteriormente, eles chegavam por diferentes demandas. Porém, entre os anos de 2016 e 2017, houve uma percepção da equipe sobre aumento de automutilação associada com transtornos depressivos, tentativas de autoextermínio e relatos de violências em geral. Essa demanda era percebida diretamente pelos atendimentos e pelo número crescente de pedidos da Secretaria de Educação para abordagem dos alunos que se automutilavam no ambiente escolar.

Nessa ocasião, a situação socioeconômica de Mariana após o rompimento da barragem causou impacto importante à comunidade, incidindo também sobre as crianças e adolescentes. Tais acontecimentos, nos leva a hipótese de que a desorganização familiar e da comunidade podem ter provocando o aumento da violência intrafamiliar, comunitária, risco de suicídio, adição e maior número de estresse pós traumático entre os adolescentes.

Para conseguir visualizar a percepção da equipe sobre o aumento da violência entre crianças e adolescentes, fez-se um levantamento das notificações de violência do município. A pesquisa documental utilizou os dados secundários, disponíveis publicamente no Banco de Dados do SINAN/SESMG; TabNet/MG; Doenças e Agravos de Notificação Compulsória; Violência Interpessoal/Autoprovocada.

Por esse caminho, foi possível encontrar dados das notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências por local de notificação. Foram retirados dados da cidade de Mariana-MG (314000) e, para fins de comparação, também foram retiradas as notificações da microrregião de saúde (instituídas pela Comissão Intergestores Regional - CIR) que inclui as cidades mineiras de Itabirito, Mariana e Ouro Preto (31033).

Foi feito um compilado com o número total das notificações, da cidade de Mariana, por Ano de Ocorrência e Faixa Etária 2, considerando as idades de 1 a 19 anos, que serão apresentados no

QUADRO 2. O período de análise compreende os anos de 2013 a 2018. O ano inicial foi escolhido por ser um ano em que a rede socioassistencial e de saúde discutiram fluxos, encaminhamentos e a necessidade de melhorar o preenchimento das notificações em casos de violência na cidade de Mariana. O ano de final é o último em que o *Vivver Sistemas* processa os lançamentos do serviço integralmente.

QUADRO 2 - Notificações de Violência da cidade de Mariana considerando Ano da ocorrência: 2013-2018 e Faixa etária de 1 a 19 anos					
	Mariana	Mariana	Mariana	Mariana	Mariana
Ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
2013	-	-	-	3	3
2014	1	1	2	7	11
2015	3	3	6	22	34
2016	2	4	15	43	64
2017	1	3	18	46	68
2018	2	3	19	53	77
Total	9	14	60	174	257

Notificações de Violência incluem Violência doméstica, sexual e/ou outras violências por local de notificação – Minas Gerais

Fonte: SINAN/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

Podemos observar um crescente aumento no número de casos de violência na cidade de Mariana. Observamos maior número de notificações entre as idades de 10 e 19 anos, com significância maior nas idades entre 15 e 19 anos.

QUADRO 3 - Notificações de Violência da cidade de Mariana considerando Lesão Autoprovocada e Sexo			
Lesão Autoprovocada	Masculino	Feminino	Total
Ignorado/Branco	1	4	5
Sim	19	56	75
Não	54	123	177
Total	74	183	257

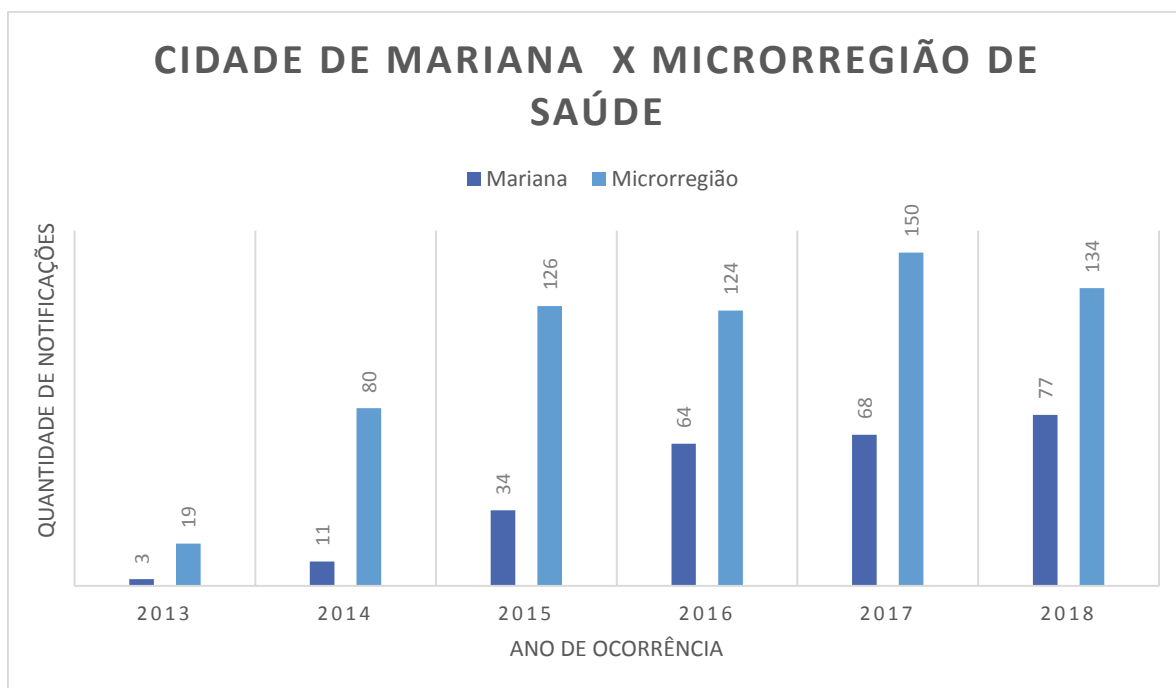
Ano da ocorrência: 2013-2018 e Faixa etária de 1 a 19 anos

Fonte: SINAN/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

O QUADRO 3 traz o total de notificações da cidade de Mariana, entre 2013 e 2018, estratificado por sexo e indicação de Lesão Autoprovocada. Observa-se que 71,20% das notificações se referem a pessoas do sexo feminino e, quanto à tipologia das violências, 29,76% das notificações foram de Lesão Autoprovocada.

O GRÁFICO 1 faz um comparativo entre o número total de notificações entre Mariana e a sua Microrregião de saúde. Entre os anos de 2013 e 2015, tanto Mariana quanto os outros dois municípios da microrregião apresentaram crescente aumento no número de notificações. Como houve aumento tanto na localidade quanto na região, vamos admitir como hipótese que há influência somente de seus fatores comuns, tais como fatores políticos, econômicos, sociais e culturais.

Gráfico 1 – Gráfico comparativa dos Notificações de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências da Cidade de Mariana com sua Microrregião de Saúde (formada por Itabirito, Mariana e Ouro Preto). Foram consideradas as idades 01 a 19 anos.



Do ano de 2015 para o ano de 2016, a cidade de Mariana apresentou crescimento de 88% no número de casos, enquanto a microrregião apresenta diminuição. Esse crescimento no número de casos em Mariana foi significativo e seus números passam a representar 51,21% do total de casos da microrregião.



Em Mariana, de 2016 a 2018, o crescimento é contínuo, mas menos acelerado. Porém, o número de casos de notificação de violência na cidade mantém percentual alto dentro da quantidade total de notificação da microrregião. No ano de 2018, as notificações de Mariana chegaram a representar 57,46% do total de casos da Microrregião.

7. DISCUSSÃO

A trajetória do serviço de saúde mental infanto-juvenil da cidade de Mariana em Minas Gerais não é diferente da história brasileira. O cuidado em saúde mental desse público sempre esteve atrelado ao serviço direcionado ao público adulto. As transformações do serviço entre 2006 e 2013 foram a conquista de espaço e de equipe próprias. Apesar de grande avanço quanto a prestação de assistência em saúde mental ao público infanto-juvenil, o fato de permanecer por sete anos sem inscrição no CNES e sem adequação à Política Nacional de Saúde Mental demonstra a invisibilidade dos serviços que prestam atendimento às crianças e adolescentes. A não inscrição do serviço no âmbito nacional fez com que ele ficasse atrelado à política municipal de governo. Diante disso, é possível relacionar com a invisibilidade da saúde mental infantojuvenil dentro das políticas públicas também no município de médio porte.

Os anos posteriores a solicitação do credenciamento, trouxeram transformações internas para o serviço como a mudança de espaço físico, adequação da equipe e dos lançamentos de produção, conquista de referência técnica e a discussão sobre perfil do público que deveria ser atendido em um serviço de saúde mental infantojuvenil.

Fatores externos também provocaram mudanças no serviço. A peculiaridade do rompimento da barragem de Fundão trouxe impacto direto para os serviços de saúde da cidade de Mariana. O QUADRO 1 nos mostra um aumento substancial de atendimentos no serviço de saúde mental infantojuvenil no ano posterior ao rompimento, seguindo uma tendência de aumento nos dois anos seguintes.

Um ponto importante que merece atenção é o fato de que os procedimentos classificados como “Outros Procedimentos”, teve aumento, proporcionalmente, maior que os procedimentos “Atendimentos de Profissional de Nível Superior” (atendimentos individuais). Isso demonstra que a equipe passa a trabalhar cada vez menos de forma ambulatorial e amplia as diferentes ações de atenção ao cuidado passando a priorizar atendimentos grupais tais como: oficinas,



atendimento à família, acolhimentos diurnos, visitas domiciliares, articulação com o território e discussões intersetoriais. Essa característica nos aponta para novas formas de cuidado a fim de conseguir absorver o crescimento abrupto de demanda e a se aproximar das abordagens da atenção psicossocial demonstrando o empenho da equipe em consolidar o projeto clínico institucional voltado a um CAPSIIJ.

A forma de posicionamento do serviço também se alterou com sua ampliação de participação em espaços de discussão sobre políticas públicas voltadas às crianças e adolescentes como o CMDCA, Fórum Intersetorial da Criança e da Adolescência e melhora na relação com outras secretaria e serviços que compõem o SGDCA. Tal posicionamento expõe a necessidade intrínseca de trabalhar de forma intersetorial para prestar cuidados em saúde mental ao público infantojuvenil.

A percepção da equipe sobre o aumento de casos de violência no serviço foi constatada no QUADRO 2, onde observamos um crescente aumento dos casos de violência entre crianças e adolescentes na cidade entre os anos de 2013 e 2018. O aumento mais acentuado entre os anos de 2014 e 2015 podem ter influência da publicação da portaria N° 1.271 de 06 de junho de 2014 que tornava obrigatória a notificação de violência sexual em até 24hs e os demais tipos de violências em até uma semana (BRASIL, 2014A). Além disso, as redes de saúde e sócioassistenciais, da cidade, debateram, em 2013, sobre fluxos de atendimentos, notificações e encaminhamentos às situações de violência ao público infantojuvenil, podendo ter efeito sobre os números.

A partir dos dados identificados acredita-se que pode existir influência do rompimento da barragem sobre o equilíbrio social e financeiro das famílias marianenses e, conseqüentemente, isso pode ter provocado aumento da violência intrafamiliar e da apreensão dos jovens quanto ao futuro que passam a se auto violentar.

Os dados epidemiológicos sobre idade encontrados nas notificações compulsórias do município vão ao encontro da literatura (BRASIL, 2008 e BAHIA *et al.*2020). A idade de 10 a 19 anos apresentaram índices altos de violência, sendo maior entre as idades de 15 a 19 anos.

Nos dados epidemiológicos sobre gênero, encontramos que 71,20% das notificações se referem a pessoas do sexo feminino. Assim, como BRASIL, 2008, observou-se que as meninas estão sofrendo mais violência na cidade de Mariana.



A violência contra as mulheres não pode ser entendida sem se considerar a dimensão de gênero, ou seja, a construção social, política e cultural da(s) masculinidade(s) e da(s) feminilidade(s), assim como as relações entre homens e mulheres. É um fenômeno, portanto, que se dá no nível relacional e societal, requerendo mudanças culturais, educativas e sociais para seu enfrentamento, bem como o reconhecimento de que as dimensões de raça/etnia, de geração e de classe contribuem para sua exacerbação. (...) As desigualdades de gênero têm, assim, na violência contra as mulheres, sua expressão máxima que, por sua vez, deve ser compreendida como uma violação dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2011B, p. 20 e 21).

O QUADRO 3 aponta, também, o tipo de violência que encontramos sendo que 70,23% das notificações são de violências interpessoais e 29,76% são de violência autoprovocada. Esses dados demonstram um número alto de pessoas que provocam autolesão, confirmando a percepção da equipe de aumento da automutilação entre os jovens no serviço. Ao pensarmos os números da violência autoprovocada, novamente, a questão de gênero aparece, pois temos que 74,6% dessas violências ocorreram entre as meninas.

Os números de violência autoprovocada são significativos em todo país e uma expressão disso é a formulação recente da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio através da Lei Nº 13.819, de 26 de Abril de 2019, que tem o objetivo de prevenir a violência autoprovocada e garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio, esse é um marco para possíveis regulamentações que implantem no país ações para prevenção da automutilação (BRASIL, 2019).

Por fim, é preciso discutir o número de notificações da cidade de Mariana e sua proporção dentro dos números de notificações da sua Microrregião de Saúde. Em 2015, as notificações da cidade de Mariana representavam 26,98% do total de notificações da sua microrregião passando para 51,61% no ano de 2016 e chegando em 57,46% no ano de 2018. Os números significativos aparecem, somente, a partir do ano de 2016, o que nos faz conjecturar que o fator rompimento da barragem pode ter provocado o aumento dos números de casos de violência na cidade de Mariana. Esse evento é único à cidade e a única característica que foge dos fatores comuns à microrregião. Apesar da peculiaridade, é preocupante que a cidade apresente os índices mais altos de violência contra crianças e adolescentes da região e esse dado é significativo para determinação de políticas públicas voltadas para essa população.



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações do CAPSIJ de Mariana passaram pela invisibilidade da política de saúde mental para crianças e adolescentes até o seu credenciamento, pelo aumento de adoecimento psíquico decorrente das diferentes violências sofridas pelo seu público e, além disso, foi marcada pelo rompimento da Barragem de Fundão que fez aumentar as suas demandas por atendimento nos anos seguintes ao desastre.

Esse relato trouxe a história de um equipamento, em uma cidade no interior de Minas Gerais, onde observamos as dificuldades para implementação de um serviço público de saúde. Nesse caso, um serviço de saúde mental para infância e juventude que sofreu e sofre com o atraso da construção de políticas públicas específicas. A partir desse relato, podemos afirmar a necessidade de aumentar a implantação de CAPSIJ em municípios de pequeno e médio porte do país, que apresentam crescente demanda de atendimento, sob a ótica da Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes com sofrimento mental.

A expansão é necessária diante do crescente aumento de sofrimento psíquico entre crianças e adolescentes. A situação de risco para crianças e adolescentes é entendida através das circunstâncias de vida que as deixam expostas e desfavorecem seu pleno desenvolvimento biopsicossocial. Essa situação de risco gera uma vulnerabilidade psicossocial com grande propensão a sofrimento ou adoecimento mental. A violência é uma situação de risco e tem se apresentado como fator comum entre crianças e adolescentes sendo considerada um grande problema de saúde pública no Brasil. As consequências da exposição a situações de violência têm feito aumentar em larga escala o número de atendimentos em CAPSIJ passando a fazer parte do dia-a-dia desses serviços.

Ressalta-se a importância de subsidiar diretrizes, legislações e políticas públicas que deem sustentação aos serviços de saúde mental infanto-juvenil, seja com apoio financeiro ou com a ampliação de serviços, diante do crescente aumento da violência entre as crianças e adolescentes atendidos nesses equipamentos.

O desastre tecnológico, ocorrido em Mariana no ano de 2015, provocou grande impacto no equipamento de saúde mental infantojuvenil da cidade com crescimento vertiginoso nos atendimentos durante os anos seguintes ao evento. O município recebeu suporte para algumas



de suas necessidades imediatamente e algumas outras ações, posteriormente, como foi o caso do credenciamento do serviço. Mesmo com tais suportes, os impactos ocorridos nos impelem a discutir diretrizes federais e estaduais que avaliem e subsidiem tal equipamento em suas necessidades de médio e longo prazo. Esse deveria ser um imperativo para qualquer serviço que experiencie situação semelhante.

Os fatos apresentados nos remetem a importância dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil como arrimo da política de saúde mental para crianças e adolescentes que teve muitos percalços na sua construção e implementação e que ainda necessita de olhar atencioso dadas as necessidades específicas que vem apresentando ao longo do tempo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AMARANTE P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. ANDRADE, S. S. C. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, Setembro. 2012.
3. AROUCA, A. S. da S. Conferência: Democracia é Saúde. P. 35 -41. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986 – Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p. Acessado: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf.
4. ASSIS, S.G. A adolescente e a violência. In: Violência contra a mulher adolescente-jovem / TAQUETTE, S.R. (Org.). Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2007.
5. BAHIA, C. A. et al . Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 29, n. 2, e2019060, 2020.
6. BRASIL. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, Agosto. 2000.
7. BRASIL. LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União* 2002.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.
11. BRASIL. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.
12. BRASIL. Painel de Indicadores do SUS N°5. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 2008.
13. BRASIL. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.
14. BRASIL. Portaria/GM n° 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). Brasília (DF): MS; 2011.
15. BRASIL. Plano Nacional de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública. Guia de Preparação e Resposta aos desastres associados às inundações para a Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2011A.
16. BRASIL, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, 2011B.
17. BRASIL. Portaria Interministerial n° 2, de 6 de dezembro de 2012. Institui o Protocolo Nacional Conjunto para Proteção Integral a Crianças e Adolescentes, Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência em Situação de Riscos e Desastres. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2012.

18. BRASIL. Protocolo Nacional Conjunto para proteção integral de crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência em situação de riscos e desastres. Brasília, 2013.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil : recomendações : de 2005 a 2012– Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
20. BRASIL. Portaria N° 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 9 de junho. 2014A.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016.
22. BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
23. BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Vigência. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 26 abril. 2019.
24. BRENT D. A time to reap and a time to sow: reducing the adolescent suicide rate now and in the future: commentary on Cha et al. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. v. 59, n. 4, p. 483-485, 2018. Acessado em 07/11/2020 em: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12903>
25. CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. *Psicol. cienc. prof.* Brasília, v. 37, n. 2, p. 432-445, Junho 2017.
26. COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S. & DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 30, n. 4, p. 384-389, Dezembro. 2008 .
27. COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 17-40, Julho 2015.

28. DELL'ARINGA, M. et al. Região Serrana do Rio ("Região Serrana") 2011 Deslizamentos: Impacto no Sistema Público de Saúde Mental. PLoS Curr. 25 de janeiro de 2018. Acessado em 17/10/2020: DOI: [10.1371 / currents.dis.156b98022b9421098142a4b31879d866](https://doi.org/10.1371/currents.dis.156b98022b9421098142a4b31879d866)
29. FREITAS, C. M. *et al.* Da Samarco em Mariana à Vale em Brumadinho: desastres em barragens de mineração e Saúde Coletiva. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, 2019.
30. GAUY, F.V.; ROCHA, M. M. Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 783-793, Dezembro. 2014 .
31. HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N. & MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, Março. 2008.
32. LONDE, Luciana de Resende et al. Impactos de desastres socioambientais em saúde pública: estudos dos casos dos Estados de Santa Catarina em 2008 e Pernambuco em 2010. Rev. bras. estud. popul., São Paulo , v. 32, n. 3, p. 537-562, Dezembro. 2015 .
33. MALTA, D. C. et al. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2889-2898, setembro. 2017 .
34. MACEDO, D. M. et al. Revisão sistemática de estudos sobre registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 487-496, Fevereiro. 2019.
35. MACHADO F.V. DOWBOR, M.W. AMARAL, I. Desastre da Samarco e políticas de saúde no Espírito Santo: ações aquém do SUS? Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio De Janeiro, V. 44, N. Especial 2. 2020.
36. NOAL, D. S.; et al. A atuação do psicólogo em situações de desastres: algumas considerações baseadas em experiências de intervenção. Entrelinhas [Internet] v.13, n.62, p.4-5, abr/jun, 2013. Acessado em: 16/10/2020: <https://issuu.com/crprs/docs/arquivo57>
37. NOAL, D. S.; RABELO, I.; CHACHAMOVICH, E. O impacto na saúde mental dos afetados após o rompimento da barragem da Vale. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, Março. 2019.



38. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Desastres Naturais e Saúde no Brasil. Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2015.
39. PEREIRA, K.S. et al. Cap. 06. Saúde da criança e do adolescente. In: NEVES M.G.L; et al. Pesquisa sobre a Saúde Mental das Famílias Atingidas pelo Rompimento da Barragem do Fundão em Mariana. Prisma. Belo Horizonte: Corpus, 2018. Acessado em 17/10/2020:
https://www.researchgate.net/publication/324529595_Pesquisa_sobre_a_Saude_Mental_das_Familias_Atingidas_pelo_Rompimento_da_Barragem_do_Fundao_em_Mariana
40. PINHEIRO, T.M.M.; POLIGNANO, M.V.; GOULART, E.M.A.; PROCÓPIO, J.C. *Mar de lama da Samarco na bacia do rio Doce: em busca de respostas*. Belo Horizonte: Instituto Guaicuy; 2019.
41. PINTO, I.V. et al. Tendências de situações de violência vivenciadas por adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009, 2012 e 2015. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 21, supl. 1, e180014, 2018 .
42. SANTOS, M.A.L.; CARVALHO, M.A.; RIBEIRO, S.R. O cuidado em saúde mental dos atingidos na Tragédia da samarco: reflexões a partir da práxis. In: *Mar de lama da Samarco na bacia do rio Doce: em busca de respostas*. Org: PINHEIRO, T.M.M.; POLIGNANO, M.V.; GOULART, E.M.A.; PROCÓPIO, J.C. Belo Horizonte: Instituto Guaicuy; 2019.
43. VAINER, C. B. O Conceito de Atingido: uma revisão de debates e diretrizes. Rio de Janeiro, 2003. Acessado em 03/10/2020: https://docplayer.com.br/52010953-Conceito-de-atingido-uma-revisao-do-debate-e-diretrizes-1.html#show_full_text