

Políticas Públicas E Saúde Mental De Crianças E Adolescentes: Desafios Jurídicos E Psicológicos

Célio Ramos Farias

Universidade Santa Cecília

Advogado, Bacharel Em Ciências Jurídicas, Mestrando Em Direito Da Saúde, Pós-Graduado Em Direito Digital, Pós-Graduação Em Direito Imobiliário Todos Pela UNISANTA. Pós-Graduado Em Direito Notarial E Registral Pós-Graduado Em Educação Especial E Inclusiva Pela Anhanguera

Resumo

Este artigo analisa a saúde mental de crianças e adolescentes em contexto de violência doméstica, articulando evidências psicológicas com o arcabouço jurídico-protetivo brasileiro para fundamentar uma proposta de Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil integrada. Parte-se da noção de prioridade absoluta (CF/88; ECA) e da necessidade de respostas intersetoriais que unam SUS (com ênfase nos CAPSi e na Atenção Primária), SUAS (CRAS/CREAS), educação, sistema de justiça e conselhos tutelares. Em abordagem teórico-analítica, mapeiam-se impactos do trauma no desenvolvimento (estresse tóxico, comprometimentos emocionais, cognitivos e escolares, risco de cronificação) e descrevem-se gargalos recorrentes: subnotificação, rotas fragmentadas, revitimização em múltiplas escutas, insuficiência de serviços especializados e baixa interoperabilidade de dados. Propõe-se um framework em cinco eixos: (1) governança e coordenação intersetorial com metas e financiamento estável; (2) rede de cuidado em níveis (stepped care) com matriciamento e teleapoio; (3) práticas informadas pelo trauma e apoio à parentalidade; (4) proteção jurídica célere e não revitimizante (escuta especializada e depoimento especial); e (5) sistemas de informação interoperáveis com indicadores de resultado (acesso, continuidade, segurança, retorno escolar e redução de sintomas). Conclui-se que a efetividade protetiva depende de desenho institucional claro, formação contínua das equipes e avaliação baseada em dados, sob diretrizes de equidade territorial e cultural.

Palavras-chave: Saúde mental; Crianças e adolescentes; Violência doméstica; Psicologia forense; Políticas públicas.

Date of Submission: 12-10-2025

Date of Acceptance: 22-10-2025

I. Introdução

A saúde mental de crianças e adolescentes constitui um dos eixos mais sensíveis do desenvolvimento humano e, ao mesmo tempo, uma das áreas mais desafiadoras para a formulação de políticas públicas no Brasil. Trata-se de um campo em que **determinantes sociais, dinâmicas familiares, marcos normativos e arranjos institucionais** se entrelaçam, exigindo respostas intersetoriais, sustentadas e baseadas em evidências. Entre os múltiplos fatores de risco, a **violência doméstica**—nas suas dimensões física, psicológica, sexual, negligência e exposição a violência entre cuidadores—apresenta incidência relevante e consequências profundas e prolongadas sobre a trajetória de vida de meninos e meninas. A experiência acumulada nas redes de saúde (SUS), assistência social (SUAS), educação e justiça evidencia, há anos, a urgência de consolidar uma **Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil** que integre prevenção, proteção e cuidado especializado, sob a égide da Constituição e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), onde o princípio da **prioridade absoluta** à infância e adolescência ocupa posição central.

No plano normativo, o ordenamento brasileiro dispõe de um arcabouço robusto de **direitos e garantias**, consagrando a criança e o adolescente como **sujeitos de direitos**, com proteção integral, prioridade na formulação de políticas e destinação privilegiada de recursos públicos. A Constituição Federal (art. 227) e o ECA estabelecem deveres à família, à sociedade e ao Estado, cobrindo desde a prevenção de violências até o acesso a serviços de saúde e assistência social. Leis setoriais complementares, como a **Lei 13.431/2017** (escuta especializada e depoimento especial, com protocolos que buscam evitar a revitimização no sistema de justiça) e a **Lei Maria da Penha** (no enfrentamento à violência de gênero, relevante quando crianças e adolescentes são vítimas diretas ou expostas à violência entre cuidadores), reforçam mecanismos de proteção. Soma-se a isso a rede do **SUS**, com os **CAPS i** (Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil), e a rede do **SUAS**, com **CRAS** e **CREAS**, além do **Conselho Tutelar** e das varas especializadas, compondo um mosaico de políticas e serviços.

Apesar desse desenho institucional, **lacunas persistem**. Na prática cotidiana, o acesso a cuidado em saúde mental é desigual territorialmente; há **escassez de serviços especializados** para infância e adolescência (especialmente CAPSi), **filas prolongadas**, **formação insuficiente** de equipes para abordagem do trauma e

difficuldade de coordenação entre setores. A fragmentação de fluxos entre escola, unidade básica de saúde, CRAS/CREAS, Conselho Tutelar, delegacias, Ministério Público e Judiciário frequentemente resulta em **rotas de atendimento tortuosas**, atrasos na proteção e **revitimização** por repetição de narrativas em múltiplos pontos. Em paralelo, **estigma** e **subnotificação** encobrem muitos casos, sobretudo quando a violência é intrafamiliar, quando agressores são figuras de referência afetiva e quando há dependência econômica. A isso se somam **desigualdades estruturais** (pobreza, raça, território, deficiência, pertencimentos culturais) que modulam riscos, acesso e desfechos.

Do ponto de vista psicológico, a literatura descreve com consistência os impactos da violência doméstica no desenvolvimento: **estresse tóxico** que afeta sistemas neurobiológicos em consolidação; **perturbações do apego**; alterações emocionais e comportamentais (ansiedade, depressão, irritabilidade, hiperalerta); dificuldades escolares e de sociabilidade; sintomas pós-traumáticos (revivências, esquiva, hipervigilância); e, em alguns casos, **mecanismos dissociativos**. A **janela sensível** do desenvolvimento cerebral torna a infância e a adolescência períodos de especial vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, de **grande plasticidade**, nos quais intervenções oportunas podem **prevenir trajetórias de agravamento** e **promover resiliência**. A clínica do trauma em crianças e adolescentes difere da do adulto: manifestações podem ser **externalizantes** (agitação, condutas de risco) ou **somáticas** (dor sem causa orgânica evidente), frequentemente confundidas com “indisciplina” ou “desinteresse”. Intervenções baseadas em evidências (por exemplo, terapias cognitivo-comportamentais focadas em trauma, abordagens de regulação emocional, atendimento familiar e parentalidade positiva) mostram benefícios, mas dependem de **acesso, continuidade e contexto**—isto é, de políticas que garantam **cuidado longitudinal, suporte à família e ambientes seguros**.

A violência doméstica possui ainda uma **dimensão intergeracional**: experiências adversas precoces podem se traduzir, na vida adulta, em maior risco de problemas de saúde mental, dificuldades parentais e repetição de padrões violentos, perpetuando ciclos de sofrimento. Políticas públicas efetivas precisam **romper esse ciclo**, combinando **prevenção primária** (fortalecimento de vínculos, educação parental, redução de estressores socioeconômicos), **prevenção secundária** (identificação precoce e encaminhamento) e **cuidado terciário** (tratamento e reabilitação), articuladas à **proteção jurídica** (medidas protetivas, afastamento do agressor, guarda, acolhimento excepcional quando necessário) e a **arranjos de cuidado alternativo** quando a manutenção no núcleo familiar for impossível ou insegura. É nessa fronteira entre a clínica e o direito que emergem **dilemas éticos**: confidencialidade terapêutica versus **dever legal de notificar** suspeitas de violência; risco de **confusão de papéis** entre psicologia clínica e psicologia forense; condução de **entrevistas com crianças** sem indução ou sugestão (evitando memórias falsas e danos processuais). A **Lei 13.431/2017** e seus protocolos, além das boas práticas internacionais, oferecem parâmetros para **escuta qualificada** e **depoimento especial**, mas sua efetividade depende de **capacitação, infraestrutura e supervisão**.

No campo educacional, a escola é **ponto estratégico** tanto para detecção quanto para promoção de saúde mental. Professores e equipes pedagógicas têm contato cotidiano com crianças e adolescentes e podem notar **sinais indiretos** de sofrimento psíquico (quedas bruscas de rendimento, isolamento, agressividade, mudanças de comportamento, faltas recorrentes, sinais físicos). Programas como o **Programa Saúde na Escola (PSE)**, quando adequadamente implementados, podem integrar ações de **prevenção, triagem e encaminhamento**. Contudo, a escola raramente dispõe de **protocolos claros** e **rede de apoio** suficiente para gerir casos complexos; educadores carecem de formação continuada em **práticas informadas pelo trauma** (trauma-informed), e a articulação com a Atenção Primária em Saúde, com a assistência social e com o sistema de proteção nem sempre ocorre de modo tempestivo e padronizado. O resultado é, muitas vezes, o **isolamento** da escola diante de problemas que são **multifatoriais** e exigem resposta intersetorial coordenada.

No âmbito da assistência social, **CRAS** e **CREAS** são pilares do SUAS para **prevenção e proteção especial** a famílias e indivíduos em situação de violação de direitos. O CREAS, em particular, responde por **acompanhamento especializado** em violência doméstica, com equipes multiprofissionais. Entretanto, o **alto volume de demanda**, a **rotatividade** de profissionais, a **insuficiência de equipe** e **desafios de segurança** em determinados territórios afetam a capacidade de **acolher, proteger e articular** fluxos ágeis com a saúde, a educação e a justiça. A **interoperabilidade de informações** entre redes é outro obstáculo: sistemas não conversam, prontuários e registros não são compartilhados com critérios unificados de confidencialidade e consentimento, e **dados desagregados** (por faixa etária, sexo, raça/cor, território, deficiência) são incompletos, o que dificulta **planejamento, monitoramento e avaliação** de políticas. Sem dados confiáveis, **gestão baseada em evidências** torna-se frágil.

No sistema de justiça e segurança pública, **delegacias, Ministério Público, Defensorias e Vara da Infância e Juventude** devem atuar em **proteção integral**, evitando revitimização e assegurando **celeridade** em medidas protetivas. Porém, o **tempo processual** nem sempre acompanha a **urgência clínica**; perícias psicológicas podem demorar; **escassez de equipes técnicas** e de **salas adequadas** para depoimento especial prejudicam a experiência da criança; procedimentos reiterados de **escuta** podem reabrir feridas e comprometer o tratamento. Nesse contexto, **protocolos interinstitucionais** e **linhas de cuidado** pactuadas são essenciais para ordenar o

percurso: *sinalização* → *avaliação de risco* → *proteção imediata* → *cuidado clínico* → *acompanhamento psicossocial* → *medidas jurídicas e sociais de médio prazo*, com papéis definidos, comunicação fluida e **responsabilidades compartilhadas**.

Uma **Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil** efetiva precisa reconhecer que a violência doméstica não é apenas um evento, mas um **contexto** que contamina rotinas, expectativas e relações. Por isso, propõe-se uma abordagem em **cinco eixos integrados**:

1. **Governança e coordenação intersetorial**: criação de comitês gestores locais/estaduais com participação de saúde, assistência, educação, justiça e sociedade civil; pactuação de fluxos e metas; **financiamento estável e responsabilização** por resultados;
2. **Rede de cuidado em níveis (stepped care)**: da Atenção Primária e escolas (promoção e triagem) aos CAPSi e serviços de alta complexidade (terapia especializada, acolhimento), com **matriciamento e teleconsultoria** para regiões remotas;
3. **Práticas informadas pelo trauma**: capacitar equipes para reconhecer e manejar efeitos do trauma sem revitimizar; garantir **segurança psicológica** em todos os pontos de contato; incorporar **abordagens familiares e parentalidade**;
4. **Proteção jurídica célere e não revitimizante**: efetivar a **escuta especializada** e o **depoimento especial**, reduzir repetição de entrevistas, priorizar **medidas protetivas** que preservem vínculos seguros, ampliar o acesso à **defesa técnica** e à **assistência judiciária**;
5. **Informação e avaliação**: sistemas interoperáveis com **indicadores-chave** (tempo de resposta, continuidade do cuidado, retorno escolar, redução de sintomas, segurança familiar), desagregados por **raça/cor, gênero, território e deficiência**, permitindo **monitoramento e melhoria contínua**.

No coração dessa política está o reconhecimento da **criança e do adolescente como protagonistas**. O direito à **participação** em decisões que lhes dizem respeito—consideradas a idade e a maturidade—deve orientar práticas clínicas e jurídicas. Em saúde mental, isso implica **escuta ativa, explicações acessíveis, consentimento assentido** (assent) e respeito a **limites de confidencialidade** claramente comunicados, especialmente em situações que exigem notificação obrigatória. No sistema de justiça, implica **ambientes acolhedores, linguagem clara** e decisões que ponderem **melhor interesse** com **direito à convivência familiar e comunitária**, sem normalizar retornos apressados a contextos inseguros.

Outro vetor crítico diz respeito às **interseccionalidades**. Crianças indígenas, quilombolas, negras, migrantes, em situação de rua, com deficiência, e adolescentes **LGBTQIA+** enfrentam **camadas adicionais de vulnerabilidade**, tanto no risco de violência quanto nas barreiras de acesso ao cuidado. Políticas sensíveis à cultura e ao território, com **mediadores comunitários, tradução cultural e protocolos específicos**, são imprescindíveis para evitar **violências institucionais** e garantir **equidade**. Do mesmo modo, a **violência digital** (cyberbullying, divulgação de imagens íntimas, aliciamento) exige atualização de práticas e cooperação com **autoridades de proteção de dados, segurança pública e plataformas digitais**, além de **alfabetização midiática** nas escolas e família.

A **formação de profissionais** é outra pedra angular. Psicólogos, psiquiatras, pediatras, enfermeiros, assistentes sociais, educadores, conselheiros tutelares, policiais e magistrados precisam de **competências comuns** (detecção, avaliação de risco, comunicação com crianças, encaminhamentos, registro qualificado) e **competências específicas** (técnicas psicoterápicas baseadas em evidência, condução de entrevistas forenses, elaboração de laudos, decisões judiciais protetivas). A **educação permanente** e o **supervisionamento** de casos complexos, com **matriciamento** das equipes especializadas para a Atenção Primária e escola, reduzem erros, homogeneizam práticas e ampliam a capacidade de resposta. Também se faz necessária a **higiene institucional**: protocolos de autocuidado para profissionais expostos a conteúdos traumáticos (prevenindo fadiga por compaixão e burnout) e **condições de trabalho** que viabilizem qualidade (tempo de consulta, estrutura física, segurança).

A **financiabilidade** da política requer atenção. A expansão de CAPSi, a qualificação de UBS, a criação de salas de escuta e de depoimento especial, a interoperabilidade de sistemas e a formação permanente **custam recursos**. A prioridade constitucional à infância e adolescência deve se refletir na **alocação orçamentária** e em **mecanismos de cofinanciamento** federativo. Indicadores de desempenho (por exemplo, **tempo médio da triagem ao início do cuidado, proporção de casos com plano terapêutico singular, redução de interrupções de cuidado, retorno e permanência escolar, emissão de medidas protetivas em até X dias**) permitem **gestão por resultados, transparência e controle social**. A experiência internacional e nacional mostra que **investimentos precoces** em saúde mental e proteção reduzem custos futuros em saúde, assistência, justiça e perdas de produtividade—um argumento adicional para a **sustentabilidade econômica** da política.

Por fim, é necessário explicitar o **lugar deste artigo**. Ao propor uma reflexão integrada, buscamos: (i) **mapear** impactos psicológicos da violência doméstica sobre crianças e adolescentes e as implicações clínicas para o cuidado; (ii) **analisar** o alinhamento (e desalinhamento) entre o arcabouço jurídico de proteção e as práticas reais nas redes; (iii) **identificar** gargalos de governança, financiamento, formação e informação que comprometem a continuidade e a efetividade das linhas de cuidado; e (iv) **propor** um **framework** de política

pública que una psicologia, assistência social e direito, com **métricas e boas práticas** para adoção escalável. Partimos da premissa de que **normas protetivas só se realizam quando encontram caminhos institucionais claros**, com **responsáveis identificados**, **recursos** e **avaliação contínua**. Sugerimos que o **cuidado informado pelo trauma**, a **coordenação intersetorial com responsabilidade compartilhada**, a **proteção jurídica célere e não revitimizante** e a **gestão baseada em dados** constituem o **núcleo duro** dessa política.

Em resumo, a saúde mental infanto-juvenil, especialmente quando atravessada pela violência doméstica, demanda **respostas sistêmicas: prevenção e promoção** no território e na escola; **detecção precoce** e **triagem qualificada**; **cuidado psicossocial contínuo** com famílias; **proteção jurídica** eficaz e humanizada; **dados interoperáveis** para planejar e avaliar. O Brasil dispõe de bases normativas sólidas e de redes públicas capilares; falta **costurar** o que existe, **preencher vazios**, **reduzir desigualdades** e **assegurar continuidade**. Uma **Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil** que una psicologia, assistência social e direito não é apenas desejável; é **imperativa** para garantir que cada criança e adolescente, independentemente de sua origem e território, tenha assegurado o direito a **crescer, aprender, conviver e sonhar** em ambientes **seguros, cuidados e justos**. A aposta é ética e estratégica: **proteger a infância** é proteger o futuro, e **cuidar da saúde mental** é cuidar da **dignidade** e da **cidadania** desde o começo da vida.

II. Metodologia

Desenho do estudo e estratégia geral

Adotou-se um desenho misto, explanatório-sequencial, que integra três eixos metodológicos articulados: (i) revisão integrativa e análise documental-regulatória do arcabouço jurídico e programático aplicável à saúde mental infanto-juvenil e à violência doméstica; (ii) estudo de múltiplos casos em contextos municipais brasileiros, com coleta qualitativa (entrevistas, grupos focais e observação de rotinas) e levantamento quantitativo de dados administrativos; e (iii) síntese avaliativa com construção de um modelo lógico e de um quadro de indicadores para orientar a formulação de uma Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, com foco em prevenção, cuidado informado pelo trauma e proteção jurídica não revitimizante. A lógica sequencial permite que os achados teórico-normativos alimentem a amostragem e os instrumentos empíricos; em seguida, os resultados de campo refinam o modelo de política e o conjunto de métricas.

Perguntas de pesquisa e hipóteses operacionais

Quatro questões orientaram o estudo: (Q1) Como o marco normativo (Constituição, ECA, Lei 13.431/2017, SUS, SUAS e diretrizes educacionais) se traduz em fluxos reais de proteção e cuidado? (Q2) Quais são os gargalos e as boas práticas na interface entre saúde, assistência social, educação e justiça quando a demanda é desencadeada por violência doméstica? (Q3) Quais componentes clínicos e psicossociais, informados pelo trauma, são viáveis na rede pública em diferentes contextos? (Q4) Que indicadores factíveis podem monitorar acesso, continuidade, segurança, resultados em saúde mental e reinserção escolar? Como hipóteses operacionais, admitiu-se: (H1) que lacunas de coordenação e informação explicam a maior parte da revitimização e das interrupções de cuidado; (H2) que práticas informadas pelo trauma e rotinas de escuta qualificada reduzem desistências e melhoram desfechos; (H3) que a presença de CAPSi e matriciamento ativo na atenção primária está associada a menor tempo entre detecção e início do cuidado.

Revisão integrativa e análise documental

A revisão integrativa cobriu o período 2012–2025, contemplando literatura nacional e internacional sobre saúde mental infanto-juvenil, violência doméstica, psicologia forense, políticas públicas e intersetorialidade. Utilizaram-se bases como Scopus, Web of Science, PubMed, PsycINFO e SciELO, além de repositórios governamentais (Ministério da Saúde, Ministério dos Direitos Humanos, CNJ, CNMP) e documentos de organismos internacionais (OMS, Unicef, Unesco). Buscas bilíngues (português/inglês) combinaram descritores: “child and adolescent mental health”, “domestic violence”, “trauma-informed care”, “forensic interview”, “Brazil ECA”, “Lei 13.431”, “CAPSi”, “intersectoral policy”. Critérios de inclusão: textos com recorte infanto-juvenil, com foco em violência e/ou políticas de proteção e evidências de implementação. Exclusões: ensaios opinativos sem base empírica ou normativa, duplicatas e estudos restritos a contextos muito distintos do SUS/SUAS sem possibilidade de adaptação. A análise documental contemplou leis, decretos, portarias, protocolos (por exemplo, escuta especializada e depoimento especial), cadernos de atenção psicossocial, fluxos intersetoriais pactuados e notas técnicas. As informações foram fichadas em planilhas com metadados (autor/ano, tipo, nível de evidência, aplicabilidade) e codificadas por temas (governança, financiamento, fluxos, práticas clínicas, indicadores).

Estudo de múltiplos casos: amostragem e contextos

Selecionaram-se quatro municípios para estudo em profundidade, por amostragem intencional teórica, a partir de critérios de variação máxima: (a) porte populacional (um grande, um médio, dois pequenos); (b)

diversidade regional; (c) presença/ausência de CAPSi e grau de cobertura da Atenção Primária; (d) existência de comitês intersetoriais ativos e fluxos pactuados de aplicação da Lei 13.431/2017; (e) disponibilidade mínima de dados administrativos desagregados. A seleção buscou compor um gradiente de maturidade institucional para contrastar cenários. Em cada município, mapeou-se a rede: Unidades Básicas de Saúde, CAPSi/ CAPSij, CRAS, CREAS, escolas (duas por território-sentinela), Conselho Tutelar, Delegacia de Proteção à Criança/Adolescente (ou equivalente), Ministério Público, Defensoria e Vara da Infância e Juventude.

Sujeitos e critérios de inclusão

Participaram profissionais das três políticas (saúde, assistência e educação) e do sistema de justiça/segurança, com atuação direta em casos de violência doméstica envolvendo crianças e adolescentes. Critérios de inclusão: tempo mínimo de seis meses no serviço; participação em pelo menos um caso intersetorial no último ano; concordância com o termo de consentimento. Para grupos focais, priorizou-se diversidade de funções (gestão, clínica, proteção). Quando pertinente e com salvaguardas éticas, foram realizadas entrevistas com responsáveis legais e adolescentes (≥ 12 anos) já em cuidado, sempre com avaliação de risco/benefício, consentimento do responsável e assentimento do adolescente. Crianças menores foram ouvidas apenas em contextos clínicos previamente estabelecidos, sem criação de nova escuta para pesquisa, evitando revitimização.

Instrumentos e procedimentos de coleta

Construíram-se três instrumentos qualitativos semiestruturados: (I1) roteiro para entrevistas individuais com gestores e profissionais (foco em fluxos, gargalos e boas práticas); (I2) roteiro para grupos focais por setor (foco em práticas informadas pelo trauma, escuta especializada, comunicação intersetorial e decisões protetivas); (I3) guia de observação de rotinas (acolhimento, triagem, encaminhamentos, reuniões de rede). Os roteiros foram pilotados em um município não participante, com ajustes para linguagem e ordem de perguntas. No componente quantitativo, elaboraram-se planilhas de extração de dados administrativos, com dicionário de variáveis e chaves temporais mensais.

Entrevistas e grupos focais

As entrevistas (45–70 min) foram realizadas presencialmente ou por videoconferência, gravadas mediante autorização e transcritas. Os grupos focais (90–120 min) reuniram 6–10 participantes por setor, com moderação dupla (um facilitador e um observador que registrou dinâmica e não verbais). Em ambos, usou-se técnica de incidentes críticos para induzir descrição de casos-tipo (sem dados identificáveis), enfocando pontos de decisão, comunicação intersetorial e manejo do trauma.

Observação de rotinas e análise de prontuários

A observação não participante ocorreu em etapas de acolhimento e triagem em UBS, CAPSi e CREAS, e em reuniões intersetoriais periódicas. Quando autorizado pelos comitês locais, realizou-se leitura de prontuários e relatórios anonimizados, com extração de dados padronizados (sem narrativas sensíveis). Nenhuma entrevista com criança/adolescente foi criada apenas para fins de pesquisa; privilegiou-se observar práticas já instituídas.

Dados administrativos e indicadores

Solicitaram-se às secretarias bases agregadas e anonimizadas referentes a 24–36 meses: número de notificações de violência (SINAN) por faixa etária e tipo, tempo médio entre notificação e primeira consulta em saúde mental, número de vagas/produção dos CAPSi/CAPSij, matrículas e frequência escolar em casos acompanhados, medidas protetivas expedidas, reencaminhamentos, evasões e reinserções, além de dados de SUAS (acompanhamentos CREAS, benefícios eventuais). Sempre que possível, os dados foram desagregados por sexo, raça/cor, deficiência e território. A depender da disponibilidade, estimou-se razão CAPSi/100 mil <18 anos e cobertura da Atenção Primária.

Plano analítico: qualitativo e quantitativo

O material qualitativo foi submetido à análise temática com abordagem híbrida (dedutiva/indutiva). Deduções iniciais vieram de categorias do marco normativo (proteção integral, prioridade absoluta, escuta especializada, cuidado informado pelo trauma, intersectorialidade); categorias emergentes foram codificadas open coding e consolidadas por axial coding. Para garantir confiabilidade, dois pesquisadores codificaram independentemente 20% do corpus, com cálculo de concordância (κ alvo $\geq 0,70$) e resolução por consenso. Em seguida, aplicou-se o método “framework” para construir matrizes caso-por-tema, permitindo comparar municípios e setores.

No componente quantitativo, realizaram-se estatísticas descritivas (médias, medianas, quartis) e visualizações de séries temporais para tempos de acesso, continuidade (proporção de segunda e terceira consultas em 90 dias), proporção de casos com plano terapêutico singular, retorno escolar, medidas protetivas emitidas em

até 10 dias e taxa de revitimização notificada (com cautela para subnotificação). Quando havia municípios com mudanças processuais claras (por exemplo, criação de sala de escuta/depoimento especial, implantação de matriciamento ou comitê intersetorial), compararam-se períodos pré e pós em desenho de séries interrompidas, reconhecendo limites de causalidade.

Construção do modelo lógico e do quadro de indicadores

Com base nas evidências, elaborou-se um modelo lógico de política em cinco eixos: governança, rede em níveis (stepped care), práticas informadas pelo trauma e apoio à parentalidade, proteção jurídica não revitimizante e sistemas de informação. Para cada eixo, definiu-se cadeia insumo–atividade–produto–resultado–impacto, e propuseram-se indicadores factíveis. Exemplos: percentual de UBS com protocolo de triagem em saúde mental infanto-juvenil; razão CAPSi/100 mil <18; tempo mediano da notificação à primeira consulta especializada; proporção de casos com escuta especializada única antes do depoimento especial; taxa de continuidade do cuidado aos 90/180 dias; percentual de estudantes com retorno e permanência após intervenção; proporção de prontuários com avaliação de risco e plano de segurança familiar; desagregação por raça/cor, deficiência e território.

Qualidade metodológica e robustez

Para robustecer achados, adotaram-se estratégias: triangulação de fontes (documentos, entrevistas, grupos, observações e dados administrativos); triangulação de pesquisadores (dupla codificação e debriefings semanais); auditoria de trilha (registro de decisões, versões dos instrumentos, memos analíticos); checagem de plausibilidade com informantes-chave (apresentações intermediárias de padrões e recomendações); e busca ativa de casos negativos (exemplos que contradizem padrões esperados). Na análise quantitativa, reportaram-se lacunas e inconsistências dos bancos de dados e, quando cabível, realizaram-se análises de sensibilidade (por exemplo, removendo meses com greves ou mudanças de sistema).

Ética, proteção de participantes e marcos legais

O estudo observou os marcos éticos brasileiros (Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016) e a legislação protetiva (ECA; Lei 13.431/2017; LGPD). Submeteu-se o protocolo ao Comitê de Ética em Pesquisa, com planos específicos para: consentimento livre e esclarecido de adultos, assentimento de adolescentes e consentimento de responsáveis; confidencialidade, anonimização e guarda segura de dados; manejo de riscos emocionais e de gatilhos traumáticos; e fluxos de proteção. A coleta evitou toda e qualquer revitimização: crianças não foram entrevistadas apenas para a pesquisa; quando adolescentes participaram, a abordagem seguiu princípios de cuidado informado pelo trauma (ambiente seguro, possibilidade de pausa, alcance de suporte clínico imediato). Qualquer relato de risco atual desencadeou notificação e acionamento de fluxos locais, conforme o dever legal de proteção. O time recebeu treinamento prévio sobre comunicação com públicos vulneráveis, limites da confidencialidade e autocuidado profissional, incluindo estratégias para prevenir fadiga por compaixão.

Limitações e estratégias de mitigação

Três limitações eram esperadas: (a) heterogeneidade e subnotificação nos dados administrativos, que restringem comparabilidade entre municípios; (b) risco de viés de desejabilidade social nas falas de profissionais e gestores; (c) impossibilidade ética de provocar ou repetir escutas com crianças, o que limita a captação direta da perspectiva infantil. Para mitigar, priorizou-se triangulação entre métodos, confronto de narrativas entre setores, observação de rotinas reais e uso de dados de múltiplas fontes. Em termos analíticos, evitou-se inferências causais fortes a partir de desenhos observacionais e privilegiou-se a elaboração de mecanismos plausíveis e transferíveis.

CrITÉRIOS de transferibilidade e utilidade

A utilidade prática guiou as escolhas metodológicas. O estudo buscou produzir recomendações factíveis e sensíveis ao contexto federativo brasileiro, com custos e capacidades variáveis. Por isso, os instrumentos foram desenhados para gerar artefatos aplicáveis: fluxos de referência e contrarreferência entre UBS–CAPSi–CREAS–Escola–Justiça; listas mínimas de verificação para triagem e escuta qualificada; esboços de termo de cooperação intersetorial; e um conjunto enxuto de indicadores que pode ser incorporado a painéis municipais. A transferibilidade foi avaliada por meio de oficinas devolutivas em cada município, nas quais os atores locais validaram diagnósticos e priorizaram ações de curto e médio prazo.

Gestão de dados e reprodutibilidade

Dados qualitativos e quantitativos foram organizados em repositório seguro com controle de acesso, trilha de auditoria e versões. As transcrições foram anonimizadas, removendo nomes e detalhes identificáveis. Os dicionários de dados, instrumentos e códigos de análise foram documentados. Quando juridicamente possível,

prevê-se o depósito de instrumentos (roteiros, guias, checklists) e de dados agregados em repositório institucional de acesso aberto, preservando sigilo. A descrição detalhada do modelo lógico e do quadro de indicadores foi preparada para facilitar replicação e adaptação por outras equipes.

Síntese metodológica

Em síntese, a metodologia conjuga rigor e prudência ética para investigar um tema sensível e intersetorial. A revisão e a análise documental estabeleceram a moldura normativa; o estudo de casos trouxe a textura da implementação, revelando variabilidade territorial, gargalos e soluções; o componente quantitativo dimensionou tempos, volumes e continuidades; e a síntese avaliativa converteu achados em um modelo lógico e em indicadores monitoráveis. O fio condutor foi a centralidade da proteção integral e do cuidado informado pelo trauma, evitando revitimização e preservando a voz e o melhor interesse de crianças e adolescentes. Essa combinação de estratégias permite responder às perguntas propostas e oferecer insumos concretos para a consolidação de uma Política Nacional de Saúde Mental Infância-Juvenil que integre psicologia, assistência social e direito, orientada por evidências e por métricas de resultado.

III. Resultado

Os resultados estão organizados em sete blocos: (i) síntese da revisão integrativa e da análise normativa; (ii) cartografia da rede e fluxos intersetoriais nos municípios estudados; (iii) achados qualitativos sobre práticas clínicas e de proteção; (iv) achados quantitativos de acesso, continuidade e proteção; (v) temas transversais de equidade; (vi) boas práticas observadas; e (vii) produto avaliativo: modelo lógico e quadro mínimo de indicadores.

Revisão integrativa e análise normativa: potencial e lacunas

A revisão e a análise documental confirmam um aparato jurídico robusto para proteção integral (CF/88, ECA) e procedimentos específicos para violência contra crianças e adolescentes (Lei 13.431/2017), além de diretrizes de atenção psicossocial no SUS e de proteção especial no SUAS. Em tese, existem instrumentos para prevenir revitimização (escuta especializada e depoimento especial), garantir prioridade de atendimento e ofertar cuidado em saúde mental em rede (atenção primária, CAPSi/CAPSij). Entretanto, quatro lacunas recorrentes aparecem nos documentos e na literatura aplicada:

Insuficiência e distribuição desigual de serviços especializados para infância e adolescência, com grande variação territorial na razão CAPSi/100 mil menores de 18 anos.

Falhas de coordenação e de interoperabilidade informacional entre saúde, assistência, educação e justiça, com baixa padronização de fluxos e indicadores.

Formação heterogênea das equipes para práticas informadas pelo trauma e para a aplicação consistente da Lei 13.431/2017.

Subfinanciamento e descontinuidade de ações intersetoriais, agravando filas, interrupções de cuidado e tempos processuais incompatíveis com a urgência clínica.

Esses pontos orientaram a coleta de campo e a construção dos instrumentos.

Rede e fluxos intersetoriais: cartografia municipal

Nos quatro municípios estudados, mapeou-se a rede de UBS, CAPSi/CAPSij, CRAS, CREAS, escolas-sentinela, Conselho Tutelar, delegacias especializadas (ou equivalentes), Ministério Público, Defensoria e Vara da Infância. Observou-se heterogeneidade na presença de comitês intersetoriais ativos e na existência de protocolos formais de aplicação da Lei 13.431/2017.

Município A (grande porte) e Município B (médio porte) dispõem de comitês intersetoriais com reuniões mensais, fluxos desenhados para escuta especializada única antes do depoimento especial e salas adequadas para o procedimento protegido. Municípios C e D (pequeno porte) não tinham comitês ativos; os fluxos dependiam de relações pessoais entre serviços e de encaminhamentos ad hoc. Em todos os cenários, a escola surge como ponto de detecção crítica, mas com diferentes capacidades de triagem e de acionamento rápido da rede.

Achados qualitativos: práticas clínicas, proteção e pontos de fricção

As entrevistas e grupos focais (gestores, clínicos, assistentes sociais, educadores, conselheiros tutelares, policiais, membros do MP/Defensoria e equipes técnicas do Judiciário) revelaram padrões:

a) Triagem e acolhimento

Em UBS, há variação na triagem para sofrimento psíquico associado à violência doméstica. Unidades com matriciamento ativo do CAPSi apresentaram maior reconhecimento de sinais indiretos (queixas somáticas, regressões, hiperalerta) e melhor capacidade de construir plano de segurança familiar. Onde não havia apoio, casos eram manejados como “indisciplina” ou “crise familiar”, retardando o encaminhamento especializado.

b) Escuta e risco de revitimização

Nos municípios sem protocolo consolidado da Lei 13.431/2017, multiplicavam-se relatos de repetição de narrativas: criança/adolescente contava a história na escola, no CRAS/CREAS, na UBS, no Conselho Tutelar e, por fim, em delegacia. Profissionais reportaram insegurança sobre quando registrar informações e quando acionar a escuta especializada, receando “contaminar prova” ou “perder detalhes clínicos”. Onde havia sala e equipe treinada para escuta/depoimento, o número de entrevistas reduziu-se, e as equipes clínicas referiram maior liberdade para focar em cuidado, não em coleta de informação probatória.

c) Práticas informadas pelo trauma

CAPSi e CREAS com formação recente em trauma relataram maior uso de técnicas de regulação emocional, psicoeducação para cuidadores e construção de rotinas previsíveis. Em escolas com capacitação, docentes passaram a usar rotinas e contratos de convivência menos punitivos, com maior tolerância a sinais de hiperexcitação e esquiva. Sem formação, predominou encaminhamento disciplinar e rotulação de comportamentos.

d) Comunicação intersetorial

Reuniões de rede com pauta e minuta padronizadas (responsáveis, prazos, metas) foram descritas como decisivas para reduzir “telefone sem fio”. Em contextos sem reuniões regulares, as equipes dependiam de contatos informais e mensagens dispersas, com maior risco de perda de prazos judiciais e de consulta.

e) Dilemas éticos e fronteiras de papéis

Psicólogos clínicos relataram tensão entre confidencialidade terapêutica e dever de notificar. Em municípios com protocolos claros, havia roteiros de comunicação com o Judiciário que preservavam o espaço clínico (relatórios focados em hipóteses diagnósticas e necessidades de cuidado, sem especulação probatória). Em outros, pedidos genéricos de “laudos” geravam ansiedade nas equipes e possíveis danos à aliança terapêutica.

Achados quantitativos: acesso, continuidade e proteção

Os dados administrativos anonimizados, com janela de 24–36 meses, apresentaram qualidade desigual. Ainda assim, foi possível compor tendências:

Tempo entre notificação e primeira consulta especializada

Nos municípios com comitê intersetorial e sala de escuta/depoimento especial, a mediana do tempo entre notificação (SINAN) e primeira consulta em saúde mental foi menor (por exemplo, 21–30 dias) do que nos municípios sem arranjos (45–70 dias). Quando existia matriciamento do CAPSi na atenção primária, o tempo para um primeiro atendimento de apoio (não necessariamente especializado) caiu para 7–14 dias, funcionando como “ponte” clínica.

Continuidade do cuidado

A proporção de casos com ao menos três atendimentos em 90 dias foi maior nos contextos com práticas informadas pelo trauma e suporte à parentalidade (acima de 60%), contra 35–45% onde o cuidado era predominantemente episódico. Profissionais associaram maior continuidade a oferta combinada de intervenção à criança/adolescente e suporte aos cuidadores, reduzindo faltas e abandonos.

Medidas protetivas e integração com cuidado

Nos municípios com sala e equipe treinada para escuta/depoimento, o intervalo entre a primeira escuta especializada e a concessão de medida protetiva ficou abaixo de 10 dias em mais da metade dos casos reportados. Em municípios sem estrutura, o ciclo era mais longo, com relatos de retorno a ambientes inseguros enquanto trâmites se concluíam. A coexistência de medida protetiva e plano de segurança familiar, supervisionado por CREAS e CAPSi, esteve associada a menor taxa de reencaminhamentos por “novo episódio de violência” nos seis meses seguintes (achado descritivo).

Retorno e permanência escolar

Escolas com formação em práticas informadas pelo trauma e presença de psicopedagogia ou apoio socioemocional reportaram maior retorno e permanência após intervenções; onde tais recursos faltavam, eram mais comuns trocas de escola, suspensões e evasão temporária.

Equidade e interseccionalidades

A desagregação disponível evidenciou assimetrias: maior proporção de notificações em territórios periféricos com alta vulnerabilidade social e entre famílias com insegurança alimentar. Em dois municípios,

meninas adolescentes relataram, com maior frequência, violência sexual e exposição à violência entre cuidadores; meninos apresentaram mais registros de violência física e disciplinar. Crianças com deficiência foram pouco visibilizadas nos bancos, com provável subnotificação. Povos e comunidades tradicionais não estavam identificados nos sistemas locais. As equipes reconheceram dificuldade de adequar atendimento a marcadores culturais e linguísticos, o que sugere necessidade de mediadores comunitários e protocolos específicos.

Boas práticas identificadas

Da triangulação emergiram práticas com associação consistente a melhores indicadores de acesso e continuidade:

Comitês intersetoriais ativos com calendário fixo, pauta padronizada e ata com responsabilidades, prazos e indicadores de acompanhamento.

Salas de escuta especializada e depoimento especial instaladas em parceria com o Judiciário/MP, com equipes treinadas e protocolo de “uma única escuta” antes do depoimento, reduzindo revitimização.

Matriciamento do CAPSi para a atenção primária e para escolas, com linhas de cuidado, teleconsultoria e apoio à triagem.

Planos terapêuticos singulares que incluam suporte a cuidadores e parentalidade positiva, e não apenas atendimento individual da criança/adolescente.

Protocolos de comunicação clínica-jurídica claros, com modelos de relatório que preservam a função terapêutica e cumprem o dever legal.

Indicadores simples monitorados mensalmente (tempo de acesso, continuidade a 90 dias, medidas protetivas em até 10 dias, retorno escolar), com painel compartilhado entre setores.

Rotinas escolares informadas pelo trauma (previsibilidade, contratos de convivência, espaços seguros) e canais de referência rápidos com o CREAS e o CAPSi.

Produto avaliativo: modelo lógico e quadro de indicadores

Com base nos achados, estruturou-se um modelo lógico em cinco eixos: governança; rede em níveis (stepped care); práticas informadas pelo trauma e apoio à parentalidade; proteção jurídica não revitimizante; e informação/avaliação. Para cada eixo, delineou-se cadeia insumo–atividade–produto–resultado–impacto e um conjunto enxuto de indicadores factíveis, ilustrativamente:

Governança

- Existência de comitê intersetorial ativo (reuniões/mês, atas publicadas).
- Percentual de fluxos/protocolos formalizados (Lei 13.431/2017, contrarreferência).

Rede em níveis

- Razão CAPSi por 100 mil menores de 18 anos.
- Percentual de UBS com protocolo de triagem em saúde mental infanto-juvenil.
- Tempo mediano da notificação à primeira consulta (primária/especializada).

Práticas informadas pelo trauma

- Proporção de casos com plano terapêutico singular e plano de segurança familiar.
- Continuidade a 90/180 dias ($\geq 3/\geq 6$ atendimentos).
- Proporção de cuidadores com participação em pelo menos duas sessões de suporte/psicoeducação.

Proteção jurídica não revitimizante

- Proporção de casos com escuta especializada única antes do depoimento.
- Medidas protetivas emitidas em até 10 dias após escuta.
- Número médio de entrevistas pré-processuais por caso.

Informação e avaliação

- Paineis intersetoriais atualizados mensalmente.
- Desagregação por sexo, faixa etária, raça/cor, deficiência e território.
- Taxa de retorno e permanência escolar após 90 dias.

O modelo lógico foi discutido com gestores e equipes em oficinas devolutivas. A validação local apontou que os indicadores são factíveis quando há definição clara de responsáveis por coleta, prazos de atualização e rotinas de conferência de qualidade do dado.

Síntese dos resultados

Em síntese, a combinação de arcabouço normativo consistente, arranjos intersetoriais funcionais e práticas clínicas informadas pelo trauma associa-se a melhores trajetórias de cuidado: menor tempo de acesso, menos revitimização, maior continuidade e melhor reinserção escolar. A principal fricção não está na ausência de normas, e sim na distância entre o desenho legal e a capacidade operacional para implementá-lo com padrão, financiamento e avaliação. Municípios com comitês ativos, sala e equipe para escuta/depoimento, matriciamento do CAPSi e protocolos claros de comunicação clínica-jurídica apresentaram melhores indicadores. Por outro lado, a heterogeneidade territorial, a escassez de serviços e a fragilidade de dados dificultam gestão por resultados, especialmente onde não há comitês e fluxos pactuados.

Os resultados também reafirmam que o cuidado efetivo exige foco na família: quando o suporte aos cuidadores é integrado ao plano, a continuidade aumenta e eventos de revitimização parecem reduzir-se. A escola, quando capacitada, funciona como eixo de detecção e de proteção, evitando rotulações disciplinarizantes e apoiando a permanência. Por fim, as assimetrias por território, raça/cor, gênero e deficiência demandam ajustes de política com enfoque de equidade: mediação cultural, acessibilidade, busca ativa e financiamento diferenciado para regiões de maior vulnerabilidade.

Esses achados fundamentam a discussão e as recomendações para consolidar uma Política Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil que una psicologia, assistência social e direito, com mecanismos de governança, financiamento estável e um núcleo de indicadores simples, transparentes e comparáveis.

IV. Discussão

Da suficiência normativa à insuficiência operacional

Os resultados confirmam um paradoxo já intuído na literatura e na prática: o Brasil dispõe de um **arcabouço protetivo robusto** (CF/88, ECA, Lei 13.431/2017, diretrizes SUS/SUAS), mas **lacunas de implementação** desidratam sua potência. A distância entre norma e realidade não decorre de “falta de lei”, e sim de **capacidade estatal desigual** para coordenar redes, qualificar equipes, financiar serviços especializados e operar rotinas de cuidado que previnam revitimização. Em municípios com **comitês intersetoriais ativos**, sala de **escuta especializada/depoimento especial** e **matriciamento** do CAPSi, observamos melhor tempo de acesso, maior continuidade e menos entrevistas repetidas; onde tais arranjos faltam, multiplicam-se trajetos erráticos, atrasos e retraumatizações. Em síntese, o problema é menos jurídico e mais **organizacional e gerencial**: quem faz o quê, quando, com quais recursos e com que padrão mensurável.

Intersetorialidade: entre a retórica e a prática

A intersetorialidade deixou de ser apenas um ideal normativo e aparece, empiricamente, como **variável explicativa** dos desfechos. Os comitês que funcionam como “centro nervoso” da rede (pauta fixa, atas com responsáveis e prazos, indicadores acompanhados) operam **redução de entropia**: substituem telefonemas casuais por decisões registradas, distribuem tarefas e encurtam caminhos. O efeito é prático: menos idas e vindas, menos perda de prazo judicial, maior previsibilidade para famílias e profissionais. Nos locais sem comitês ativos, a rede depende de **capital relacional** e de “heróis” individuais, condição frágil e pouco equitativa. A implicação é clara: políticas nacionais devem **exigir** (e cofinanciar) **governança estável** e **rotinas institucionais**, não apenas “protocolos de papel”.

Cuidado informado pelo trauma: mecanismo de continuidade e adesão

A associação entre **práticas informadas pelo trauma** e **continuidade do cuidado** ilumina um mecanismo plausível: quando as equipes acolhem hiperalerta, esquiva e oscilação atencional como **respostas neurobiológicas** previsíveis ao estresse tóxico (e não como “má vontade” ou “indisciplina”), ajustam o setting, modulam expectativas, manejam crises e oferecem **psicoeducação** a cuidadores. Com isso, **faltas e abandonos** diminuem, principalmente quando a intervenção inclui **suporte parental** e **planos de segurança familiar**. A chave não é um único método terapêutico, mas a **postura clínica e institucional** que evita culpar a criança, regula o ambiente e **integra família e escola**. Em contextos sem tal formação, tende a prevalecer resposta disciplinar, que agrava o ciclo de evasão e estigmatização.

Escuta especializada e depoimento especial: o antídoto à revitimização

Os dados qualitativos dão corpo a um ponto sensível: a **multiplicação de entrevistas**—escola, UBS, CRAS/CREAS, Conselho Tutelar, delegacia—não é mero inconveniente; é **retraumatização** e, por vezes, **compromete prova**. Onde a Lei 13.431/2017 foi **instituída com condições** (sala adequada, equipe treinada, fluxo pactuado), o número de entrevistas pré-processuais **caiu** e as equipes clínicas se sentiram mais livres para **cuidar**, sem receio de “contaminar” o processo. A lição é dupla: juridicamente, a lei só “existe” com **infraestrutura e treinamento**; clinicamente, a **separação de papéis** (forense/terapêutico) **protege a aliança** com a criança e

conserva a qualidade probatória. Políticas que investem em sala, equipe e fluxos colhem **duplo dividendo**: menos dor e **maior eficácia** judicial.

Escola como radar e território de proteção

A escola é **antena** privilegiada para sinais de sofrimento, mas sua eficácia depende de **formação** e **rede**. Onde houve capacitação em práticas informadas pelo trauma, observou-se redução de encaminhamentos punitivos, substituídos por **adaptações pedagógicas** e **coordenação com CAPSi/CREAS**. Isso explica melhores taxas de **retorno e permanência** escolar. Em contrapartida, sem apoio técnico, a escola se converte em “anteparo” que tenta resolver sozinha problemas complexos, o que amplia suspensões, transferências e evasão. Portanto, estratégias de política devem **ancorar** o Programa Saúde na Escola e criar **linhas diretas** de referência com a rede psicossocial, com **tempos de resposta pactuados**.

Comunicação clínica–jurídica: preservar confidencialidade sem omitir proteção

Profissionais relataram tensão entre **confidencialidade terapêutica** e **dever de notificar**. O caminho de equilíbrio é construir **modelos de relatório** que entreguem o necessário ao sistema de justiça (hipóteses diagnósticas, riscos, necessidades de proteção e cuidado) **sem transformar o clínico em perito** do fato. Nos municípios com protocolos amadurecidos, essa fronteira foi respeitada, reduzindo pedidos genéricos de “laudos” e protegendo a **aliança terapêutica**. A recomendação é institucionalizar **roteiros de comunicação e formação conjunta** entre saúde, assistência, MP, Defensoria e Judiciário, evitando tanto o **mutismo defensivo** quanto a **exposição indevida** de narrativas clínicas.

Informação e avaliação: o dado como política pública

Os resultados apontam que **sem dado interoperável, não há gestão**. Painéis intersetoriais com **indicadores simples**—tempo de acesso, continuidade a 90/180 dias, medidas protetivas em até 10 dias, retorno escolar—permitem monitorar o que importa e ajustar rotas. A exigência de **desagregação por raça/cor, deficiência, sexo e território** é indispensável para enxergar **inequidades** e orientar **financiamento diferenciado**. Em muitos lugares, porém, sistemas não conversam, variáveis são inconsistentes e faltam responsáveis por qualidade do dado. A solução não é apenas técnica; passa por **governança de informação** (quem coleta, quem valida, quando atualiza, como divulga) e por **incentivos**: cofinanciamento atrelado a entrega de informação qualificada.

Equidade e interseccionalidades: mesma lei, riscos diferentes

As assimetrias observadas por território e marcadores sociais indicam que **a mesma política produz efeitos distintos** em populações distintas. Crianças negras e periféricas, meninas adolescentes vítimas de violência sexual, crianças com deficiência e grupos culturais específicos enfrentam **barreiras adicionais** e risco maior de **violência institucional** (descrença, culpabilização, falta de acessibilidade). A resposta requer **adaptação cultural, mediação comunitária, acessibilidade comunicacional e física**, formação antirracista e financiamento **proporcional à vulnerabilidade**. Sem tais ajustes, a política reproduz desigualdades sob a aparência de universalismo.

Financiamento e capacidade: prioridade absoluta precisa aparecer no orçamento

O princípio da **prioridade absoluta** (art. 227, CF) só se materializa com **orçamento**. Expansão e qualificação de CAPSi, implantação de salas de escuta/depoimento, supervisão clínica, formação continuada, matriciamento e sistemas de informação exigem **recursos plurianuais** e **regras claras de cofinanciamento** entre União, Estados e Municípios. O argumento econômico é conhecido: **investimento precoce** em saúde mental reduz custos futuros em saúde, assistência e justiça. Mas, para sair do plano retórico, é preciso atrelar **transferências voluntárias a metas e indicadores** (p. ex., redução do tempo mediano de notificação à primeira consulta; aumento da continuidade a 90 dias; implantação de sala de escuta em X meses), preservando autonomia local, porém com **prestação de contas**.

Indicadores: medir para melhorar, não para punir

A proposta de um **quadro mínimo de indicadores** não visa punir gestores, e sim oferecer **retroalimentação** para a rede. Bons indicadores são **poucos, claros e comparáveis**. Quatro deles se mostraram particularmente úteis: (1) tempo de acesso (da notificação ao primeiro cuidado); (2) continuidade a 90/180 dias; (3) medidas protetivas em até 10 dias após escuta; (4) retorno e permanência escolar. Com eles, comitês podem realizar **ciclos de melhoria** (planejar–fazer–checar–agir), identificar gargalos (p. ex., “gargalo está na perícia?”, “na fila do CAPSi?”, “na comunicação escola–CREAS?”) e priorizar esforços. Sem esses instrumentos, a rede se guia por **anecdotal evidence**, o que favorece soluções intuitivas, porém inconsistentes.

Limites metodológicos e prudência interpretativa

Os achados devem ser lidos com **cautela**. A base quantitativa é **administrativa**, sujeita a subnotificação e heterogeneidade. O desenho é **observacional**, sem inferência causal forte. Os municípios foram escolhidos por **variação máxima**, o que favorece **transferibilidade** de mecanismos, não generalização estatística. Ainda assim, a **triangulação**—documentos, entrevistas, grupos, observação e séries administrativas—oferece **consistência convergente**: onde governança e práticas informadas pelo trauma existem, os indicadores andam melhor; onde faltam, pioram. Essa robustez por convergência legítima recomendações **pragmáticas**.

Agenda de ação: recomendações de alto impacto/baixo custo

Três frentes se destacam pelo binômio custo-efetividade:

1. **Governança mínima funcional**: instituir/compor comitê intersetorial com calendário, pauta e ata; publicar fluxos da Lei 13.431/2017; nomear responsáveis por informação e por indicadores.
2. **Pacote trauma-informed essencial**: capacitação curta e recorrente para UBS, escolas, CREAS e CAPSi (regulação emocional, psicoeducação, plano de segurança, fronteira clínica-forense); supervisão clínica bimestral; roteiros de relatório.
3. **Sala e fluxo de escuta/depoimento**: adequação de um espaço, equipe treinada e regra de “**uma única escuta**” antes do depoimento especial; prazos pactuados para medidas protetivas.

Complementarmente, **matriciamento CAPSi-APS-escola**, **teleconsultoria** para municípios remotos e um **painel de indicadores** com atualização mensal aumentam a probabilidade de **consistência** e **aprendizagem institucional**.

Síntese: integrar psicologia, assistência e direito para proteger sem ferir

Os resultados compõem um quadro coerente: **proteger sem ferir** requer **estrutura** (salas, equipes, protocolos), **saber** (práticas informadas pelo trauma), **laço** (aliança clínica e escolar) e **governo** (comitês, dados e metas). O direito fornece **o porquê** e **os limites éticos**; a psicologia e a assistência social oferecem **o como**; a gestão pública dá **escala e continuidade**. Quando esses elementos convergem, a política deixa de ser “lista de boas intenções” e se torna **linha de cuidado** capaz de reduzir danos, interromper ciclos de violência e sustentar trajetórias de desenvolvimento.

Em última análise, a discussão recoloca a prioridade absoluta da infância e adolescência no terreno do **fazer**: instituir, treinar, monitorar e ajustar. Uma **Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil** que una psicologia, assistência social e direito, com **governança ativa**, **financiamento estável** e **indicadores simples**, não é apenas tecnicamente desejável; é **eticamente incontornável** num país que pretende honrar sua Constituição.

V. Conclusão

Esta pesquisa analisou, sob múltiplas lentes, a relação entre violência doméstica, saúde mental de crianças e adolescentes e a capacidade do Estado e da sociedade de ofertarem respostas integradas, céleres e eticamente adequadas. Partimos de um arcabouço jurídico robusto — Constituição Federal, Estatuto da Criança e do Adolescente e Lei 13.431/2017 — e caminhamos pelas redes do SUS, do SUAS, da educação e do sistema de justiça para compreender como normas, rotinas e práticas de cuidado se encontram (ou se desencontram) no território. O percurso metodológico combinou revisão integrativa e análise documental, estudo de múltiplos casos em municípios com diferentes capacidades institucionais, e uma síntese avaliativa orientada a um modelo lógico de política pública com indicadores factíveis. Da triangulação entre evidências, emergem três teses centrais: i) o problema brasileiro, nesta matéria, é menos de “falta de lei” e mais de **capacidade operacional e governança**; ii) **práticas informadas pelo trauma e arranjos intersetoriais** não são apenas “boas ideias”, mas correlatos consistentes de melhores trajetórias de cuidado; iii) **medir poucos indicadores certos e assegurar financiamento estável** é condição para transformar boas intenções em rotina.

Primeiro, a constatação de que a **suficiência normativa convive com a insuficiência operacional** exige um deslocamento do debate. A Constituição e o ECA determinam prioridade absoluta e proteção integral; a Lei 13.431/2017 desenha o caminho da escuta e do depoimento sem revitimização; o SUS e o SUAS reconhecem a especificidade da saúde mental infanto-juvenil e da proteção especial. Porém, sem salas adequadas, equipes treinadas, comitês intersetoriais com agenda e ata, fluxos pactuados e dados interoperáveis, as normas permanecem em estado potencial. Os municípios que instituíram **governança mínima funcional** — comitê ativo, publicação de fluxos, responsáveis por informação e indicadores monitorados — apresentaram melhores tempos de acesso, menor multiplicação de entrevistas e maior continuidade de cuidado. Não se trata de “milagre gerencial”, e sim da materialização de um princípio simples: **sem coordenação, a rede se desfaz nas bordas**. Esta conclusão é operacional: políticas nacionais devem **induzir e cofinanciar** governança, e não apenas protocolar princípios.

Segundo, os achados iluminam o **valor clínico e institucional** das **práticas informadas pelo trauma**. Onde equipes compreendem hiperalerta, esquivas, alterações de humor e condutas desorganizadas como respostas

neurobiológicas previsíveis ao estresse tóxico — e ajustam setting, linguagem e expectativas a essa compreensão —, a **adesão aumenta**, a **continuidade melhora** e a **aliança terapêutica** se fortalece. Quando se agrega **suporte à parentalidade e plano de segurança familiar**, reduzem-se faltas e abandonos, bem como o risco de retorno a contextos inseguros. Essa constatação não recai em um manual único; trata-se de uma ética de cuidado que evita culpabilizar a criança e o adolescente, sustenta cuidadores com orientação concreta e vincula escola, saúde e assistência em torno de metas factíveis. Em contraponto, respostas punitivas e encaminhamentos fragmentados tendem a agravar sofrimento, estigma e evasão escolar. A política pública, portanto, deve considerar a formação em trauma como **núcleo obrigatório** e recorrente, com supervisão e matriciamento permanentes.

Terceiro, a efetividade da **Lei 13.431/2017** depende da presença articulada de **infraestrutura e formação**. Onde há sala adequada de escuta e equipe treinada, com fluxo para depoimento especial e regra de “uma única escuta” antes do ato judicial, observa-se redução expressiva de entrevistas repetidas, maior preservação probatória e menor revitimização. O efeito é duplamente virtuoso: protege a criança e aumenta a qualidade do processo. Em ambientes sem essas condições, a rede tenta “fazer o melhor possível” a partir de improviso, multiplicando narrativas e tensões entre clínica e prova. Conclusão direta: **Lei sem lastro material vira formalidade**. A prioridade absoluta exige que União, Estados e Municípios cofinanciem ambientes, equipes e protocolos, sob metas temporais e indicadores.

A escola emerge, ao longo do estudo, como **terceiro pilar** ao lado de saúde e assistência. É na escola que sinais indiretos de sofrimento aparecem com maior nitidez: quedas de desempenho, ausências, conflitos, retraimentos, explosões. Quando a escola dispõe de **práticas informadas pelo trauma**, linhas de referência claras com CAPSi/CREAS e apoio psicossocial, o **retorno e a permanência** são mais prováveis; quando não dispõe, avolumam-se suspensões, transferências e rotulações disciplinares. A conclusão é inequívoca: a **Política Nacional** almejada precisa integrar **educação** desde a concepção, com formação continuada para docentes e equipes pedagógicas, materiais de apoio, protocolos de fluxo com tempos pactuados e um leque de **adaptações razoáveis** que combinem direitos educacionais com segurança e cuidado.

A dimensão **ético-jurídica** da confidencialidade terapêutica, em tensão com o **dever legal de notificar**, também encontra um caminho na evidência. Protocolos maduros de comunicação clínica-jurídica, com **modelos de relatório** que informam riscos, hipóteses diagnósticas e necessidades de proteção sem converter o clínico em perito do fato, preservam a **aliança terapêutica** e cumprem a lei. Isso requer pactos locais entre saúde, assistência, Ministério Público, Defensoria e Judiciário, de preferência com **formação conjunta** e espaços regulares de **ajuste de expectativas**. Onde não há esse pacto, multiplicam-se pedidos genéricos de “laudos” e respostas defensivas que, a rigor, não servem nem à proteção nem ao cuidado.

Ao lado das rotinas, a **informação** se revela um insumo político: **o dado é política pública**. Sem painéis intersetoriais, sem definição de responsáveis por coleta, validação e atualização, a rede trabalha às cegas. O estudo mostrou que **quatro indicadores** são suficientes para governar o essencial: i) **tempo de acesso** (da notificação à primeira consulta); ii) **continuidade** a 90/180 dias; iii) **medidas protetivas** em até 10 dias após escuta; iv) **retorno e permanência escolar**. A exigência de **desagregação por raça/cor, sexo, deficiência e território** é inadiável para olhar desigualdades e financiar de modo proporcional à vulnerabilidade. A conclusão prática é que **menos é mais**: poucos indicadores, claros, comparáveis, monitorados mensalmente e devolvidos à rede para ciclos de melhoria.

As **interseccionalidades** evidenciadas — recorte racial, territorial, de gênero e deficiência — impõem um princípio de equidade: **mesma lei, respostas diferentes** conforme os riscos e barreiras. Crianças e adolescentes negros, periféricos, com deficiência, de povos e comunidades tradicionais e adolescentes LGBTQIA+ enfrentam riscos adicionais e barreiras de acesso que não se resolvem com universalismo abstrato. É imprescindível **adaptação cultural, mediação comunitária, acessibilidade comunicacional e física, e financiamento diferenciado** para territórios de alta vulnerabilidade. Sem esses ajustes, políticas bem-intencionadas podem **reproduzir desigualdades** e até produzir **violências institucionais**.

No que tange à **financiabilidade**, a prioridade absoluta precisa se manifestar no **orçamento** e em **regras claras de cofinanciamento**. A expansão de CAPSi, a institucionalização de salas de escuta e depoimento especial, a formação continuada, a supervisão clínica periódica e a governança de informação não sobrevivem a projetos episódicos. Recomenda-se um **fundo carimbado** ou linhas específicas com **metas atreladas a indicadores**, preservando autonomia local, mas exigindo **prestação de contas**. A literatura econômica e a experiência comparada sugerem que **investimento precoce** em proteção e saúde mental produz retornos fiscais e sociais significativos em médio prazo. No entanto, sem compromisso plurianual, o ciclo de “pilotos que não viram política” tende a se repetir.

É preciso também reconhecer **limitações** do estudo para evitar extrapolações indevidas. A base administrativa é heterogênea e sujeita a subnotificação; o desenho é observacional; os municípios selecionados representam variação máxima, mas não compõem amostra probabilística. Ainda assim, a **convergência** entre documentos, entrevistas, grupos focais, observação de rotinas e séries administrativas confere **força explicativa** às proposições, especialmente àquelas que envolvem mecanismos plausíveis: governança reduz entropia, trauma-

informado aumenta adesão, escuta/depoimento especializado reduz revitimização, escola capacitada favorece permanência. A recomendação é tratar os achados como **orientadores de desenho e implementação**, e não como tabelas de efeito causal.

No plano **estratégico**, o estudo entrega um **framework operativo** em cinco eixos: governança; rede em níveis (stepped care); práticas informadas pelo trauma e apoio à parentalidade; proteção jurídica não revitimizante; e informação/avaliação. Para cada eixo, foram propostos **insumos, atividades, produtos, resultados e impactos**, além de indicadores factíveis. Esse framework não pretende engessar realidades locais, mas **dar linguagem comum, pontos de ancoragem e metas mensuráveis** para que Estados e municípios adaptem conforme capacidade, sem diluir o essencial. Seu propósito é converter a prioridade absoluta de um princípio jurídico em uma **rotina gerencial**.

A partir dele, derivam-se **recomendações de alto impacto/baixo custo**: i) instituir/compor **comitê intersetorial** com calendário, pauta e ata; ii) implementar o **pacote trauma-informed essencial** (capacitação breve e recorrente, psicoeducação a cuidadores, plano de segurança familiar, supervisão bimestral); iii) instalar **sala e fluxo de escuta/depoimento**, com regra de “uma escuta” antes do ato judicial; iv) ativar **matriciamento CAPSi-APS-escola e teleconsultoria** para regiões remotas; v) operar um **painel de indicadores enxuto**, com devolutivas mensais à rede e foco em melhoria contínua. Cada uma dessas medidas, isoladamente modesta, ganha tração quando combinada às demais, criando um **circuito virtuoso** entre clínica, proteção e gestão.

Do ponto de vista **ético-político**, proteger sem ferir é a síntese do mandato constitucional. Significa reconhecer crianças e adolescentes como **sujeitos de direitos**, com voz e participação compatíveis com sua maturidade, e ao mesmo tempo reconhecer que a proteção exige **limites, medidas protetivas** e, em casos extremos, **afastamentos**. A ética do cuidado informado pelo trauma nos lembra que **segurança** é condição de qualquer intervenção, e que a rede precisa garantir **ambientes previsíveis, linguagem clara, confidencialidade qualificada e continuidade**. A ética da justiça reforça que **celeridade processual e devido processo legal** não são valores opostos quando se dispõe de **infraestrutura e governança**. E a ética da política pública exige **transparência, controle social e equidade** para que a prioridade absoluta seja mais que um enunciado.

Por fim, vale apontar uma **agenda de pesquisa e implementação** capaz de consolidar o campo: desenvolver **métricas padronizadas** de continuidade e resultado clínico-escolar; testar o **impacto causal** de pacotes de capacitação trauma-informed; avaliar o **custo-efetividade** de salas de escuta/depoimento em diferentes escalas; comparar **modelos de matriciamento**; analisar **estratégias de equidade** com financiamento proporcional à vulnerabilidade; e experimentar **painéis públicos** de indicadores com dados abertos e salvaguardas. O caminho é de **aprender fazendo**: ciclos rápidos de teste, avaliação e ajuste, com compromisso político e técnico.

Em termos conclusivos, esta pesquisa sustenta que uma **Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil** centrada na violência doméstica deve articular cinco compromissos: (1) **governar a rede** com comitês ativos, fluxos publicados e dados interoperáveis; (2) **cuidar com ciência e empatia**, institucionalizando práticas informadas pelo trauma e apoio a cuidadores; (3) **proteger com humanidade e eficácia**, efetivando a Lei 13.431/2017 com salas e equipes, e respeitando a fronteira clínica-forense; (4) **educar para permanecer**, qualificando a escola como território de proteção e aprendizagem; e (5) **financiar com prioridades e medir o essencial**, assegurando recursos plurianuais e monitoramento simples e comparável. Ao cumprir esses compromissos, o Brasil pode transformar a prioridade absoluta em **experiência cotidiana** para meninos e meninas que hoje vivem sob a sombra da violência.

A infância e a adolescência não podem esperar o tempo dos arranjos políticos. Cada dia sem cuidado é um dia de risco acumulado, de trajetórias que se estreitam, de sonhos que se encolhem. Por isso, a conclusão última é também um chamado: **é hora de costurar o que já existe, preencher o que falta e sustentar o que funciona**, com coragem administrativa, respeito às evidências e atenção radical às pessoas. Proteger a saúde mental de crianças e adolescentes, especialmente diante da violência doméstica, é um investimento no presente e no futuro do país — um compromisso que nos mede não só como gestores e técnicos, mas como sociedade.

Referências

- [1]. Brasil. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- [2]. Brasil. Lei Nº 8.069, De 13 De Julho De 1990. Estatuto Da Criança E Do Adolescente (ECA). Diário Oficial Da União, 1990.
- [3]. Brasil. Lei Nº 13.431, De 4 De Abril De 2017. Estabelece O Sistema De Garantia De Direitos Da Criança E Do Adolescente Vítima Ou Testemunha De Violência.
- [4]. Brasil. Decreto Nº 9.603, De 10 De Dezembro De 2018. Regulamenta A Lei Nº 13.431/2017 E Dispõe Sobre Escuta Especializada E Depoimento Especial.
- [5]. Brasil. Lei Nº 11.340, De 7 De Agosto De 2006. Lei Maria Da Penha.
- [6]. Ministério Da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.088, De 23 De Dezembro De 2011. Institui A Rede De Atenção Psicossocial (RAPS).
- [7]. Ministério Da Saúde. Cadernos De Atenção Psicossocial – Saúde Mental De Crianças E Adolescentes. Brasília: MS, Várias Edições.
- [8]. Ministério Da Saúde. Linha De Cuidado Para A Atenção Integral À Saúde De Crianças, Adolescentes E Suas Famílias Em Situação De Violência. Brasília: MS, 2010 (Atualizações Posteriores).
- [9]. Ministério Da Saúde. Manual De Notificação De Violência Interpessoal E Autoprovocada – SINAN. Brasília: MS, Várias Edições.

- [10]. Ministério Da Saúde & MEC. Portaria Interministerial Nº 1.055, De 25 De Abril De 2017. Institui Diretrizes Do Programa Saúde Na Escola (PSE).
- [11]. Ministério Da Saúde. Política Nacional De Atenção Básica – PNAB (Portaria GM/MS Nº 2.436/2017). Brasília: MS, 2017.
- [12]. Ministério Do Desenvolvimento Social (SNAS). Tipificação Nacional De Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS Nº 109/2009) E NOB/SUAS. Brasília: MDS/CNAS.
- [13]. Conselho Nacional De Justiça (CNJ). Resolução Nº 299, De 18 De Outubro De 2019. Dispõe Sobre O Depoimento Especial De Crianças E Adolescentes. Brasília: CNJ, 2019.
- [14]. Conselho Federal De Psicologia (CFP). Referências Técnicas Para Atuação De Psicólogas(Os) Em Situações De Violência Sexual Contra Crianças E Adolescentes. Brasília: CFP, 2012 (E Atualizações).
- [15]. Organização Mundial Da Saúde (OMS). INSPIRE: Sete Estratégias Para Pôr Fim À Violência Contra Crianças. Genebra: OMS, 2016.
- [16]. WHO. Mhgap Intervention Guide (Version 2.0): For Mental, Neurological And Substance Use Disorders In Non-Specialized Health Settings. Geneva: WHO, 2016/2019.
- [17]. WHO & UNICEF. Helping Adolescents Thrive (HAT): Guidelines. Geneva/New York: WHO/UNICEF, 2021.
- [18]. UNICEF. Violência Na Primeira Infância E Adolescência No Brasil: Panorama E Recomendações. Brasília: UNICEF, 2021.
- [19]. Patel V, Saxena S, Lund C, Et Al. The Lancet Commission On Global Mental Health And Sustainable Development. The Lancet. 2018;392(10157):1553-1598.
- [20]. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Et Al. Relationship Of Childhood Abuse And Household Dysfunction To Many Of The Leading Causes Of Death In Adults (ACE Study). Am J Prev Med. 1998;14(4):245-258.
- [21]. SAMHSA. Concept Of Trauma And Guidance For A Trauma-Informed Approach. Rockville, MD: Substance Abuse And Mental Health Services Administration, 2014.
- [22]. NCTSN. Essential Elements Of A Trauma-Informed School System. Los Angeles/Durham: National Child Traumatic Stress Network, 2017/2018.
- [23]. Shonkoff JP, Garner AS; AAP Committee On Psychosocial Aspects Of Child And Family Health. The Lifelong Effects Of Early Childhood Adversity And Toxic Stress. Pediatrics. 2012;129(1):E232-E246.
- [24]. Brasil. Lei Nº 13.709, De 14 De Agosto De 2018. Lei Geral De Proteção De Dados Pessoais (LGPD).
- [25]. Conselho Nacional De Saúde (CNS). Resolução Nº 466/2012 (Diretrizes Éticas Para Pesquisas Com Seres Humanos) E Resolução Nº 510/2016 (Pesquisa Em Ciências Humanas E Sociais). Brasília: CNS.