

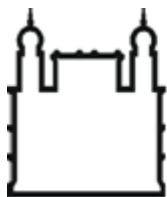


**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente  
Fernandes Figueira  
Pós-Graduação na Saúde da Criança e da Mulher**

**A (in) visibilidade da violência psicológica familiar e a saúde  
mental de adolescentes usuários de um Hospital Público  
Pediátrico Terciário.**

**Cecy Dunshee de Abranches**

**Rio de Janeiro  
Março de 2012**



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**

**Fernandes Figueira**

**Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**A (in) visibilidade da violência psicológica familiar e a  
saúde mental de adolescentes usuários de um Hospital Público  
Pediátrico Terciário.**

**Cecy Dunshee de Abranches**

**Tese apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde da  
Criança e da Mulher do Instituto  
Nacional de Saúde da Mulher, da  
Criança e Adolescente Fernandes  
Figueira/Fiocruz para obtenção  
do Título de Doutor em Ciências.**

**Orientadora: Simone Gonçalves de Assis**

**Rio de Janeiro  
Março de 2012**

FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE  
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO  
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE  
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

A161

Abranches, Cecy Dunshee de

A (in) visibilidade da violência psicológica familiar e a saúde mental de adolescentes usuários de um Hospital Público Pediátrico Terciário / Cecy Dunshee de Abranches - 2012

xi ; 144 f. ; tab.; graf.

Tese ( Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher ) - Instituto Fernandes Figueira , Rio de Janeiro , RJ , 2012.

Orientador : Simone Gonçalves de Assis

Bibliografia: f. 131 - 144

1. Violência – psicologia. 2 . Maus-tratos infantis - psicologia.  
3. Psiquiatria do adolescente. 4. Relações familiares.5.Resiliência psicológica . I. Título.

CDD - 22ª ed. 362.76

“ Cada um sabe a alegria  
E a dor que traz no coração...”  
Epitáfio, Titãs.

Aos adolescentes, e seus responsáveis, que aceitaram colaborar com essa investigação, e que através de suas respostas nos instrumentos de pesquisa, puderam ajudar a tirar da invisibilidade a violência psicológica no contexto familiar, o que poderá contribuir com a possibilidade de novas formas de comunicação e resolução dos conflitos familiares, tendo como possíveis consequências, a melhor tecelagem da resiliência individual e familiar, e promoção de saúde para essa faixa etária.

## **Agradecimentos**

À estimada orientadora, Prof. Dra. Simone Gonçalves de Assis, por sua generosidade em sempre ter algo a acrescentar, sugerir e contribuir na construção e no percurso desse processo, e em especial, por sua gentileza, doçura, firmeza, objetividade e sabedoria em apontar os rumos e as ferramentas necessárias para esse trabalho.

Às prezadas Prof.s Dras. Olga Maria de Bastos, que esteve presente desde o embrião desse processo, sempre com muito apoio e carinho participou da qualificação; Liana Wernersbach Pinto, com sua meiga paciência na aulas de estatística; Liliane Maria Pereira Vilete e Joviana Quintes Avanci, pela disponibilidade em participar da banca prévia e de defesa, com as sugestões e comentários valiosos que engrandeceram a tese.

Aos colegas e amigos: das diferentes disciplinas cursadas; aos professores que trouxeram preciosas colaborações para esta construção; aos membros da secretaria acadêmica; aos funcionários dos diversos setores do hospital que, com muita paciência me acolheram na época da pesquisa de campo, e na biblioteca; aos colegas dos ambulatórios onde realizei a investigação; aos colegas do COJ; aos colegas da Dipe, em especial à Ana Cláudia com seu incansável incentivo carinhoso; aos profissionais do Claves; às minhas brilhantes auxiliares de pesquisa, Tatiana e Carolina, que suaram e trabalharam incansavelmente na coleta dos dados, o meu muito obrigada.

Por fim, mas não menos importante, aos meus tutores de resiliência ao longo da vida: meus pais (Gabriel (in memorium) e Maria Lucia), meu analista (Nilo Ramos de Assis, in memorium), meus irmãos (Lucia, Luiza, Alexandre e Cesar), ao meu querido marido/companheiro de tantos anos Hélio, que me proporcionou ter as 4 pérolas da minha vida (Renata, Andrea, Carolina e Mariana) e ao meu fantástico neto Guilherme, com quem compartilho a vida, as experiências, os sentimentos e teço todos os dias o meu potencial de resiliência.

## Resumo:

A presente tese é apresentada sob o formato de coletânea de artigos. O **objeto de estudo** proposto – a presença de problemas de saúde mental de adolescentes expostos à violência psicológica (VP) no contexto familiar – foi desenvolvido em quatro artigos, tendo sido o primeiro já publicado em revista científica indexada e os outros serão encaminhados para três diferentes revistas científicas indexadas. Como **objetivo geral** preocupou-se em investigar a existência de associação entre VP no contexto familiar e problemas de saúde em adolescentes e como **objetivos específicos** pretendeu-se: a) estimar a exposição à VP, no contexto familiar, em adolescentes usuários dos serviços ambulatoriais de um hospital pediátrico público terciário; b) aferir a prevalência dos problemas de saúde mental e física dos adolescentes pesquisados; c) verificar a associação entre sofrer VP na infância e adolescência no contexto familiar e aspectos sócio-demográficos e familiares; d) analisar a associação entre sofrer VP na infância e adolescência no contexto familiar e condições de saúde física dos entrevistados e e) estudar a associação entre sofrer VP na infância e adolescência no contexto familiar e capacidade de resiliência dos entrevistados. A **metodologia** utilizada foi um estudo transversal, em 3 serviços ambulatoriais do hospital selecionado, com uma amostra de 229 adolescentes (entre 11-18 anos) que responderam ao inquérito epidemiológico e seus responsáveis, sendo que os adolescentes que obtiveram score  $\geq 63$  na escala Youth Self Report - YSR (que afere problemas de comportamento) foram encaminhados para a aplicação do instrumento Schedules for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- present and lifetime -KSADS-PL (com finalidade diagnóstica de psicopatologia). Os **resultados** encontrados foram: A) **Artigo 1:** Aumento dos estudos sobre VP contra crianças e adolescentes na última década e que a conscientização e visibilidade desse abuso pode colaborar com a maior prevenção e proteção desta natureza de violência. B) **Artigo 2:** Encontrou-se que 26,4% enquadram-se na categorização de ter sofrido VP severa. Dos comportamentos de VP com frequência de sempre/quase sempre apontados por mais de 10% dos entrevistados foram: ser criticado pelo que faz ou diz, não ser encorajado quando tenta atuar de forma autônoma, ser chamado por nomes desagradáveis e ter adulto dizendo que está errado ao tentar agir. A satisfação dos responsáveis com o adolescente, a estrutura familiar nuclear, a posição da criança entre os irmãos e o compartilhamento dos mesmos pais pelos irmãos mostrou-se associada à VP que ocorre no contexto familiar. C) **Artigo 3:** Aferindo-se os problemas de saúde mental através da escala Youth Self Report (YSR) resultou que 20,4% apresentaram pelo menos um problema de comportamento em nível clínico, destacando-se na associação com VP severa, que ansiedade/depressão apresenta OR=20,57, problemas sociais OR=10,89, problemas de pensamento OR=10,16, comportamentos agressivos OR=8,14. Na escala de resiliência encontrou-se baixo potencial de resiliência em 30,7% dos entrevistados que associado à VP severa na família apresentou que a chance de se ter baixa resiliência é de quase quatro vezes. D) **Artigo 4** (em formato de comunicação breve): A seleção e revisão foram realizadas após a ocorrência das entrevistas, através do arquivo médico, no total de 172 prontuários (75,10% dos adolescentes entrevistados). Um total de 26,4% das adolescentes relatou sofrer de VP severa no contexto familiar, porém na revisão não foi encontrado nenhum relato ou notificação sobre maus-tratos. Como **conclusão** dessa tese tem-se que os resultados demonstram a gravidade dos danos na saúde mental de adolescentes vítimas de VP severa no contexto familiar e a importância da identificação e intervenção dessa

natureza de violência, como fator de prevenção de problemas de saúde mental, bem como apontam para a relevância em se investir na promoção de resiliência como forma de proteção contra a VP sofrida no contexto familiar.

**Palavras-chaves:** violência psicológica; adolescente; família; serviços ambulatoriais; resiliência.

### **Abstract:**

This thesis is presented in the form of a collection of articles. The subject of the study - the presence of mental health problems in adolescents exposed to psychological violence (PV) within the family - was developed in four articles, the first having been already published in indexed scientific journals, and others will be sent to three different journals. The general goal was to investigate a possible association between PV in the family and health problems in adolescents. The specific goals were: a) estimate exposure to PV in the family context of adolescent users in outpatient units in a state-run tertiary pediatric hospital; b) assess the prevalence of mental and physical health problems in the adolescents surveyed c) verify the association between suffering PV in childhood and adolescence in the family context and socio-demographic and family aspects; d) analyze the association between suffering PV in childhood and adolescence in the family context and the physical health status of respondents and e) study the association between suffering PV during childhood and adolescence in the family and the resilience of respondents. Methodology: a cross-sectional study, in three outpatient services in the selected hospital, with a sample of 229 adolescents (11-18 years) who responded to an epidemiological survey and their parents. The adolescents who had scored  $\geq 63$  on the Youth Self Report scale - YSR (which measures behavioral problems) were referred to an application of the Schedule Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and lifetime-KSADS-PL instrument (for diagnosing psychopathologies). The results were: A) Paper 1: Increase in studies on PV against children and adolescents in the last decade and the awareness and visibility of such abuse can aid improved prevention and protection against such violence. B) Paper 2: It was found that 26.4% fit into the category of having suffered severe PV. PV behaviors with an always/almost always frequency reported by more than 10% of respondents were: being criticized by what you do or say, not being encouraged when trying to act independently, being called unpleasant names and having adults saying you are wrong when you try to act. Dissatisfaction of respondents with the adolescent, the nuclear family structure, the position of the child among siblings and the sharing of same parents by siblings showed to be associated to PV occurring within the family context. C) Paper 3: Cross-checking whether mental health problems across the Youth Self Report (YSR) range showed that 20.4% had at least one behavior problem at the clinical level, especially in association with severe PV, that anxiety/depression presents OR = 20.57, social problems OR = 10.89, thought problems OR = 10.16 and aggressive behaviors OR = 8.14. A low resilience potential, in the resilience scale, was found in 30.7% of respondents which associated to severe PV within the family and showed that the chance of having low resilience is almost four times greater. D) Paper 4 (in the format of a brief communication): Selection and revision were performed after

interviews, by means of medical records, which totaled 172 records (75.10% of the adolescents interviewed). A total of 26.4% adolescents reported suffering severe PV within the family context, but, in the review, no report or notice of maltreatment was found. Conclusion: results showed the severity of damages to the mental health of adolescents who are victims of severe PV in the family context and the importance of identification and intervention in such violence as a means to prevent mental health problems. Results also show the relevance of investing in the promotion of resilience as a means to protect against PV within the family context.

Keywords: psychological violence, teen, family, outpatient services; resilience.



## **Lista de Siglas:**

CLAVES - Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

DSM III-R - Diagnostic and Statistical Manual Disorders versão III-R

DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual Disorders versão IV

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IFF – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

KSADS-PL - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – present and lifetime

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – Odd Ratio ou razão de chance

PA – Pronto Atendimento

SRQ-20 - Self-Reported Questionnaire

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VP – Violência Psicológica

YSR - Youth Self Report

Lista de gráficos e tabelas:

Capítulo 3: Metodologia:

Tabela 1: População atendida em 2009, amostra calculada e obtida segundo ambulatorios e descrição de entrevistados por fase da pesquisa. -----	52
Tabela 2: Descrição das entrevistas realizadas e motivos para a não realização de entrevistas nos diferentes ambulatorios que serviram de trabalho de campo para essa pesquisa.-----	60
Tabela 3: Análise documental dos prontuários. -----	62

Capítulo 4: Coletânea de artigos:

Artigo 1:

Tabela 1: Distribuição dos artigos sobre violência psicológica segundo tipos e Cronologia. -----	845
Tabela 2: Características de estudos epidemiológicos internacionais e nacionais sobre violência psicológica, no contexto familiar, sob a ótica de crianças e adolescentes. -----	847

Artigo 2:

Tabela 1: Itens de violência psicológica. -----	85
Gráfico 1: Frequência de pessoas que praticam violência psicológica. -----	86
Tabela 2: Fatores sócio-demográficos associados à VP. -----	86
Tabela 3: Associações entre variáveis do contexto familiar e VP. -----	87
Tabela 4: Associação entre vivência de agressão física perpetrada por familiar e agressão sexual com VP no contexto familiar. -----	89

Artigo 3:

Tabela 1: Frequência de VP, problemas de comportamento e resiliência. ----- 103

Tabela 2: Associação entre VP e problemas de saúde mental. ----- 104

Tabela 3: Associação entre VP e resiliência. ----- 105

Artigo 4:

Tabela 1: Frequência de problemas clínicos atuais. ----- 114

## Sumário:

Dedicatória -----	iv
Agradecimentos -----	v
Resumo -----	vi
Abstract -----	vii
Lista de Siglas -----	ix
Lista de tabelas e gráfico -----	x
Capítulo 1- Introdução: -----	5
1.1. Objetivo Geral -----	8
1.2. Objetivos Específicos -----	8
Capítulo 2- Marcos teóricos referenciais -----	11
2.1. Contextualização da Violência Contemporânea, uma questão de Saúde Pública -----	11
2.2. Violência contra crianças e adolescentes no contexto familiar -----	17
2.3. Violência psicológica na infância e adolescência -----	25
2.4. Adolescência, violência, saúde mental e resiliência-----	30
Capítulo 3- Metodologia: -----	43
3.1. Operacionalização do Estudo -----	44
3.2. Inquérito Epidemiológico e instrumentos de pesquisa -----	45
3.3. Cálculo Amostral -----	55
3.4. O campo de estudo e coleta dos dados -----	57
3.5. As entrevistas e os critérios de seleção -----	62
3.6. Análise documental através da revisão de prontuários -----	64
3.7. - Questões Éticas -----	66
Capítulo 4 – Resultados. Coletânea de artigos: -----	67
4.1- Artigo 1: A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar-----	68
4.2- Artigo 2: Violência Psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário -----	81
4.3- Artigo 3: Violência Psicológica no contexto familiar e saúde mental de adolescentes -----	100
4.4- Artigo 4 (em formato de comunicação breve): Violência Psicológica no contexto familiar e saúde física de adolescentes usuários dos serviços ambulatoriais de um hospital pediátrico público terciário -----	116
Capítulo 5 - Considerações Finais: -----	123
Referências da tese: -----	131

- a) Folha de rosto de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
- b) Questionário de crianças/adolescentes
- c) Questionário de responsáveis
- d) Ficha Clínica elaborada
- e) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# Capítulo 1

## Introdução

A violência contemporânea possui um conceito amplo, complexo, polissêmico e controverso (Minayo, 2006). A Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como “o uso intencional da força ou do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si mesmo, ou contra uma pessoa ou grupo, que cause ou tenha muita probabilidade de causar, lesões, morte, danos psíquicos, transtornos do desenvolvimento ou privação” (OMS, 1996; Krug *et al.*, 2002). A violência possui um caráter endêmico e tornou-se um relevante problema para a saúde pública, devido ao grande número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que provoca, delegando ao sistema de saúde os desafios de construir e consolidar outras formas de abordagem na atenção, prevenção e promoção da saúde (Njaine *et al.*, 2009; Brasil, 2005; Krug *et al.*, 2002). No Brasil, o perfil e contexto das taxas de mortalidade/morbidade sofreram mudanças nas últimas décadas, levando à transição epidemiológica decorrente de mudanças nos padrões de saúde e doença ligados a determinantes socioeconômicos e condições de vida, às questões ambientais e aos avanços tecnológicos e científicos. Tal quadro provoca consequências sobre os grupos populacionais. A violência é um exemplo de transição que junta questões sociais e de saúde (Njaine *et al.*, 2009).

Assim, devido à magnitude e relevância social do fenômeno da violência, tornou-se cada vez mais necessário compreender as especificidades dos fatores de risco e de proteção e conhecer melhor os contextos que propiciam comportamentos, ações e processos violentos (Minayo, 2003).

Diante do impacto que a violência psicológica (VP), especialmente aquela cometida no âmbito familiar tem sobre a saúde e sendo uma de suas formas mais lesivas

para o desenvolvimento da personalidade infantil, (Garbarino *et al.*, 1986; Azevedo e Guerra, 2001, Assis *et al.*, 2006), procurou-se nesta tese investigar a sua frequência e os possíveis danos na saúde mental de adolescentes usuários de um hospital pediátrico público terciário. A escolha da instituição deveu-se ao fato de ser um hospital de referência para o Sistema Único de Saúde (SUS), o que significa que tem uma demanda de todas as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro e também recebe pacientes de outros municípios e estados.

Portanto, a VP sobre a criança e o adolescente ocorre quando, na comunicação, é passada uma mensagem cultural que prejudica o processo de socialização e o desenvolvimento psicológico infanto-juvenil, com destaque para os seguintes comportamentos: rejeitar, isolar, aterrorizar, ignorar e corromper (Garbarino *et al.*, 1986).

A importância de se estudar a VP sobre a infância e adolescência se baseia: na compreensão de que o modelo que a criança constrói de si mesma reflete a imagem que os pais têm dela; na noção de quão aceitável ou inaceitável ela se percebe aos olhos dos pais/cuidadores; no fato de que as interações e comunicações com as figuras de apego tornar-se-ão padrões de apego e de comunicação que organizam as percepções, pensamentos, sentimentos e comportamentos, especialmente em momentos de ansiedade (Bowlby, 2006). A sensibilidade dos pais/cuidadores para responder às necessidades da criança e a qualidade da interação entre ambos contribuem para o desenvolvimento de um senso de confiança e segurança, que servirá como base para o conhecimento e exploração do ambiente pela criança e possibilitará a construção de modelos de trabalhos internos (por exemplo, a internalização de estruturas cognitivas) que servirão como base para novos relacionamentos (Ainsworth e Bell, 1970; Ainsworth, 1989; Bowlby, 1989; Cyrulnik, 2004; Grossmann *et al.*, 2008). Neste

sentido, parte-se do pressuposto de que as experiências vividas dentro do ambiente familiar são cruciais para a construção da saúde mental de crianças e adolescentes.

A VP é uma das formas de maus-tratos mais presentes nas relações familiares (Rocha e Moraes, 2011; Antoni, 2012), com relevantes danos à saúde física e mental (Garbarino *et al.*, 1986). Porém, ainda é pouco identificada, tendo sua presença não avaliada ou quantificada na maioria dos levantamentos demográficos realizados sobre a violência perpetrada contra crianças e adolescentes. Torna-se invisível ao não provocar danos físicos, sendo, portanto, difícil conhecer exatamente as formas de manifestação e a magnitude da mesma no contexto familiar (Antoni, 2012).

A fase de desenvolvimento infanto-juvenil é aspecto norteador para a ação do cuidado em saúde (MS, 2010), já que a exposição a certas circunstâncias de vulnerabilidade, como a violência no contexto familiar, pode interferir no curso evolutivo e na saúde de crianças e adolescentes em pleno desenvolvimento. A ruptura do ciclo da violência instalada como dinâmica própria dos relacionamentos familiares pode ser realizada em relações interpessoais e parentais pautadas na colaboração, orientação e no afeto. Além disto, a detecção e conscientização sobre os atos abusivos é a melhor ferramenta na prevenção das questões de violência contemporânea.

Os possíveis efeitos sobre a criança que convive com VP são enumerados por vários estudiosos, tais como: incapacidade de aprender e de construir e manter satisfatória relação interpessoal; inapropriado comportamento e sentimentos frente circunstâncias normais; humor infeliz ou depressivo; ansiedade e tendência a desenvolver sintomas psicossomáticos (Hart, 1987; Garbarino, 1993), assim como danos reais e potenciais na saúde física (bulimia, anorexia, obesidade, dores crônicas) e mental (depressão, ansiedade, baixa autoestima, transtornos dissociativos) de crianças e adolescentes, tendo repercussões a curto e longo prazo, ou seja, refletindo também na



vida adulta destas pessoas (Spertus *et al.*, 2003; Hund e Espelage, 2006; Finzi-Dottan e Karu, 2006; Webb *et al.*, 2007; Greenfield e Marks, 2009; Wright *et al.*, 2009; Allen, 2008 e 2011).

Tendo em mente essas questões, propõe-se desenvolver os seguintes objetivos nesta tese:

### **1.1. Objetivo Geral**

Investigar a existência de associação entre violência psicológica no contexto familiar e problemas de saúde em adolescentes.

### **1.2. Objetivos Específicos**

- Estimar a exposição à VP, no contexto familiar, em adolescentes usuários dos serviços ambulatoriais do Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Aferir a prevalência dos problemas de saúde mental e física dos adolescentes pesquisados.
- Verificar a associação entre sofrer VP na adolescência no contexto familiar e aspectos sociodemográficos e familiares.
- Analisar a associação entre sofrer VP na adolescência no contexto familiar e condições de saúde física dos entrevistados.
- Estudar a associação entre sofrer VP na adolescência no contexto familiar e capacidade de resiliência dos entrevistados.

A presente tese está apresentada sob o formato de coletânea de artigos, conforme previsto no Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e

da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz.

O objeto de estudo proposto – a presença de problemas de saúde mental de adolescentes expostos à violência psicológica (VP) no contexto familiar – foi desenvolvido em quatro artigos, sendo o primeiro já publicado em revista científica indexada e os outros serão encaminhados para três diferentes revistas científicas indexadas.

A tese está organizada da seguinte forma: capítulo um com a introdução e o capítulo dois com a contextualização do marco-teórico que iluminou a pesquisa. O terceiro capítulo traz a operacionalidade do trabalho de campo, bem como toda a metodologia que possibilitou o desenvolvimento da tese.

A seguir está a coletânea de artigos, no denominado capítulo 4, que contém os resultados da pesquisa. No primeiro artigo, fruto de revisão da literatura internacional e nacional, buscou-se o conhecimento sobre a relevância da VP contra crianças e adolescentes, que se manteve invisível por muito tempo devido a sua dificuldade de conceito e de detecção. No segundo artigo, investigou-se a ocorrência de VP contra adolescentes no contexto familiar e sua associação com aspectos sociodemográficos, com a estrutura e relacionamento familiar e também com outras formas de violência (física e sexual). No terceiro artigo, abordaram-se as associações da VP na saúde mental dos entrevistados, estimada através de dois instrumentos: **YSR** (Youth Self-Report, Achenbach e Rescorla, 2001) e **K-SADS-PL** (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children - present and lifetime, versão 1.0, out.1996, Kaufman *et al.*, 1997). O quarto artigo (em formato de comunicação breve) abordou a associação da exposição à VP e a saúde física dos adolescentes através da revisão dos aspectos clínicos obtidos pelos prontuários dos entrevistados.

O capítulo 5 traz as considerações finais e algumas sugestões, fruto das reflexões sobre o tema, conjecturas que surgiram e se solidificaram ao final de quatro anos de investimento teórico e emocional.

Para finalizar, estão apresentadas as referências utilizadas e alguns anexos: o termo de consentimento livre e esclarecido e os questionários aplicados na pesquisa.

## Capítulo 2

### Marcos Teóricos Referenciais

O marco teórico básico da tese está apresentado em quatro distintos temas: a violência como uma questão de saúde pública; a violência contra crianças e adolescentes no contexto familiar; a violência psicológica na infância e adolescência; a adolescência, violência, saúde mental e resiliência.

#### **2.1. Contextualização da Violência Contemporânea: uma questão de Saúde Pública**

A OMS (2002, p.5) define a violência como sendo “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. Quando a OMS divulgou essa definição em 2002, o Ministério da Saúde do Brasil já havia publicado oficialmente a Portaria MS/GM nº737 de 16/5/2001, denominada “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência”, introduzindo um conceito mais ou menos semelhante ao da OMS: “consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros”.

Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados, ou por aparatos legais da sociedade. Por isso, os estudiosos do tema afirmam que não se pode estudar a violência fora da sociedade que a gera, porque ela se nutre dos fatos políticos, econômicos e culturais, traduzidos nas relações micro e macrosociais (Minayo, 2006).

São muitas as reflexões sobre a violência, podendo ser considerada como um meio e um instrumento para a conquista do poder, quando há incapacidade de argumentação e de convencimento de quem o detém, sendo uma visão negativa da violência; um acelerador do desenvolvimento econômico; como uma forma de vingança dos deserdados; como sendo o mito necessário de mudança da sociedade burguesa desigual para uma sociedade igualitária de base popular; como inevitável no universo da escassez e da necessidade. Porém, como pontua Minayo (2006), a associação da percepção da violência como um fenômeno negativo à maior consciência de liberdade e aos direitos humanos, no caso brasileiro, contra qualquer evidência empírica, é um fato positivo. Isso pode significar, apesar da constatação do aumento real do fenômeno, o crescimento e a ampliação da democracia e dos processos de reconhecimento social.

Assim, para se estudar tal fenômeno, é necessário conhecer a sociedade que o gera, pois a violência não pode ser analisada nem tratada fora da sociedade que a produz em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica.

No caso do Brasil, Minayo (2006) descreve as raízes históricas da violência associadas à colonização. Elas são referentes ao mito originário da criação do povo brasileiro através da terrível violência do estupro. É um período marcado pela exploração da força de trabalho dos índios e aniquilação de sua cultura, proveito dos negros pela escravidão e opressão das mulheres por imigrantes que buscavam apenas o prazer, marcando esse período colonial pelo desprezo e crueldade. Assinala que em qualquer época histórica do Brasil, a violência não só esteve como ainda está presente, sendo uma das formas mais contundentes. A violência é estrutural e ao mesmo tempo estruturante, está tão enraizada, com níveis de desigualdades elevadíssimos persistentes historicamente. É o chão sobre o qual assentam muitas outras expressões de violência. Não se podem dissociar esses fatos históricos, ao nos depararmos com comportamentos

patriarcais e machistas que permanecem presentes nos abusos contra mulheres e crianças, nos processos de discriminação, no racismo, na opressão e na exploração do trabalho.

Durante o desenvolvimento do país, um período crítico pontuado pela autora é a ditadura militar (os “anos de chumbo”), em que a população jovem, especialmente a estudantil, sofreu repressão, aprisionamento e torturas individual e coletiva, como efeito dos movimentos políticos, tendo como uma das consequências mais nefastas dessa época, o aprofundamento da cultura autoritária.

É fato que nos últimos 25 anos ocorreu uma escalada impressionante da violência social. É fato também que a abertura política brasileira coincide, historicamente, com o crescimento da globalização, com os acelerados processos de reestruturação produtiva e com o consequente aumento da exclusão social (Minayo, 2006, p.30).

Para falar sobre os aspectos contemporâneos dessa violência social brasileira, Minayo (2006) descreve o tipo de violência que, conforme teoriza Wieviorka (1997), tem características pós-modernas. Suas manifestações são múltiplas e se tornam particularmente relevantes em suas formas criminais e delinquentiais, pois estas estão submetidas às expressões mais hegemônicas na história atual. Como exemplo tem-se a violência de cunho coletivo, que durante o processo de globalização expôs ao incremento e exacerbação das diferenças econômicas e sociais, atingindo principalmente os jovens, facilitando sua adesão à criminalidade e ao tráfico de drogas. A promiscuidade entre legalidade-ilegalidade, o caráter altamente lucrativo dos crimes e sua organização em rede configuram os fatores determinantes das formas pós-modernas de violência. No Brasil, esse quadro é responsável pelo aumento das mortes por homicídio e das taxas de criminalidade nos últimos 25 anos.

A violência sempre fez parte da experiência humana, e seus efeitos podem ser vistos em diversas formas, em todas as partes do mundo. A cada ano, mais de 1,6

milhões de pessoas perdem a vida e muitas mais sofrem lesões não fatais como resultado da violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva. São reconhecidas as sérias implicações, imediatas e de longo prazo, para a saúde e desenvolvimento psicossocial que a violência representa para os indivíduos, famílias, comunidades e países, com consequências para os serviços de saúde em todos os lugares. Os profissionais de saúde são os primeiros a socorrer as vítimas de violência, possuindo capacitação técnica singular, além de ocupar posição especial na comunidade, podendo ajudar àqueles que estão em perigo. O fenômeno da violência tornou-se uma prioridade da saúde pública, como consta na Resolução WHA 49.25 de 1996 (Krug *et al.*, 2002).

O campo da saúde pública, na década de 80, ao passar a ser um recurso valioso contra a violência, vem contribuindo com ampla gama de profissionais, investigadores e com o sistema de saúde pública, para a compreensão das raízes e formas de prevenção da violência, tendo hoje o desafio de conhecer quais os fatores de proteção e como reforçá-los, visando à diminuição da violência. O enfoque da saúde pública sobre qualquer problema é sempre interdisciplinar e embasado em dados científicos (Krug *et al.*, 2002).

Para o estudo e compreensão do complexo fenômeno da violência, fez-se necessário citar algumas classificações, tipologias e considerações quanto à sua natureza. O Relatório Mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, categorizou a violência, a partir de suas manifestações empíricas (Krug *et al.*, 2002):

- violência dirigida contra si mesmo (autoinfligida): constituída por comportamentos suicidas e autoabusos.
- violência interpessoal: classificada em dois âmbitos, o intrafamiliar (entre membros da família, sendo considerada como uma forma de comunicação entre as

peças) e o comunitário (ocorre no ambiente social, como escolas, locais de trabalho, prisões etc.).

- violência coletiva: ocorre nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos.

À classificação criada pelo relatório citado, acrescenta-se a violência estrutural, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre as crianças e adolescentes. Esta forma se perpetua nos processos históricos, repete-se e se naturaliza na cultura, sendo responsável por privilégios e formas de dominação.

Quanto à natureza da violência, essa é classificada por quatro modalidades de expressão, denominadas: abusos ou maus-tratos físicos (uso da força física para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem); psicológicos (agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar, restringir e isolar a vítima); de teor sexual (ato ou jogo sexual que ocorre nas relações hetero ou homossexual, onde se visa estimular ou utilizar as vítimas, impostas por meio de aliciamento, força física ou ameaças) e por negligência ou abandono (ausência, recusa ou deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados).

Para fazer uma abordagem da magnitude e dos sentidos da violência, o relatório da OMS (Krug *et al.*, 2002) propôs um modelo ecológico de explicação das raízes da violência, partindo de quatro níveis. No primeiro, encontram-se os fatores biológicos e pessoais que cada pessoa porta em seu comportamento com características que aumentam a possibilidade do indivíduo ser vítima ou perpetrador de violência. No segundo nível, estão os fatores relacionais, evidenciando as interações sociais nos âmbitos mais próximos dos companheiros, dos colegas, dos parceiros íntimos e dos membros da família e sua influência na vitimização ou perpetração da violência. Em



terceiro lugar estão os fatores comunitários, como os locais de trabalho, escola, vizinhança e sua influência na dinâmica da violência. Em quarto lugar estão os fatores sociais mais amplos, como normas culturais que justificam a violência como forma de resolver conflitos; machismo e cultura adultocêntrica; e normas que validam o uso abusivo da força pela polícia.

No referido documento oficial, estão destacados: a fragilidade observada em muitos países, das políticas de educação, saúde, e os fatores economicossociais, que contribuem para manter as desigualdades sociais; os diferentes elementos que influenciam na vitimização ou na perpetração da violência nas várias faixas etárias; o imbricamento dos âmbitos biológicos, subjetivos e sociais, configurando o modelo ecológico de explicação das raízes da violência.

Em 1990, com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foi confiada ao SUS à missão de assegurar o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, garantindo o acesso às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência (Minayo, 2006).

O Ministério da Saúde, reconhecendo a conexão da violência com fenômenos sociais, tais como desigualdades, desemprego, pobreza, desrespeito aos direitos humanos, entre outros, publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria GM/MS 737, de maio 2001), implantou a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (Portaria GM/MS 936, de maio 2004) e incluiu a redução das violências como prioridade na Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM/MS 687, de março 2006). Compreendendo a importância do setor saúde para a atenção integral, prevenção e promoção de saúde, inserindo-se em metas internacionais da OMS e respondendo às diretrizes da Política

Nacional, foi lançado o livro *Impactos da Violência na Saúde* e o curso desenvolvido na modalidade de educação a distância, para preparar e formar gestores e trabalhadores do SUS (Njaine *et al.*, 2009). Dando sequência à implementação dessas políticas e ações, foi lançado o documento “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”, que busca articular a produção de cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para garantir os direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes (MS, 2010).

A doutrina da proteção integral é decorrente da Declaração Universal dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1959, que implanta uma nova forma de pensar a criança e o adolescente, dando-lhes um tratamento diferenciado e prioritário, por serem seres humanos em desenvolvimento, portanto,

[...] enquanto a violência continuar a figurar como forma de socialização e for aceita como disciplina, onde só seus excessos começam a chamar a atenção, e ainda, atribuída a pessoas com “doenças”, o Estado e a sociedade em geral continuarão a partilhar o pacto do silêncio sobre a violência doméstica contra a infância, atribuindo à família, caracterizada como disfuncional, desestruturada ou patológica, a responsabilidade exclusiva pela reprodução da violência (Ferreira *et al.*, 2009, p. 131).

## **2.2. Violência contra crianças e adolescentes no contexto familiar**

Em algumas partes do mundo, a globalização tem aprofundado desigualdades maiores em termos de renda, propiciando a fragilização de fatores como a coesão social, que protegem contra a violência interpessoal. As diversas faces da violência social apresentam impactos diretos sobre as famílias, afetando todos os seus membros, que podem sofrer ou praticar violências, potencializando sua dinâmica na sociedade

(Cavalcanti e Schenker, 2009). O grupo familiar pode apresentar situações de proteção ou de risco para a violência nas diversas etapas do ciclo vital, sendo os maus-tratos contra crianças e adolescentes uma das formas mais danosas, pois, ocorre em ambiente em que a violência é praticada por pessoas que, por princípio, deveriam ser os cuidadores/protetores. A violência se expressa através de atitudes, omissões ou ações de caráter físico, sexual, verbal, emocional e moral uns com os outros, causando prejuízo a um ou mais membros da família (Assis e Constantino, 2003; Straus *et al.*, 2009).

Dentro da visão sistêmica, a família constitui-se no primeiro grupo de pertencimento onde se estabelecem relações de dependência e vínculos afetivos entre os participantes possuindo uma estrutura hierárquica e dinâmica que funciona como um sistema em interação recíproca e constante com outros grupos e instituições sociais. Apresenta como objetivo enfrentar as crises, facilitando o espaço de formação, crescimento, desenvolvimento e individualização de seus componentes (Cavalcanti e Schenker, 2009).

A família, como descreve Minayo *et al.* (1999), é uma organização complexa e um microcosmo da sociedade. Nela se vivem tanto relações primárias como se constrói processos identificatórios; nela se definem papéis sociais de gênero, cultura de classe e se reproduzem as bases do poder. Nela ocorrem discussões entre pais e filhos, decisões para o futuro, ou seja, é um espaço do afeto e também do conflito e das contradições. Na opinião dos jovens em relação ao convívio familiar, esse inclui diálogo, conflitos, expressões de carinho, brigas e discussões; mas, apesar dos problemas, a família ainda é a instituição na qual os jovens mais confiam (Minayo *et al.*, 1999).

Diante da relevância do contexto familiar na construção dos sujeitos de pesquisa desse projeto, os adolescentes, concebem-se as famílias como possível fator de risco e/ou de proteção. Entende-se o sistema familiar, como Sarti (2007):

Uma referência simbólica fundamental que permite pensar, organizar e dar sentido ao mundo social, dentro e fora do âmbito familiar. Assim, a estruturação da vida material e afetiva dos indivíduos, que se passa na família, como todos sabemos, acontece a partir da existência dessa referência simbólica que ordena e organiza formas de pensar e viver (Sarti, 2007, p. 9).

Sarti (2007) aponta que a abordagem de família deve se definir por uma história que se conta aos indivíduos ao longo do tempo, desde que nascem, por palavras, gestos, atitudes ou silêncios, e que será por eles reproduzida e resignificada, ao seu modo, dados os seus distintos lugares e momentos da família. Dentro dos referenciais sociais e culturais de nossa época e de nossa sociedade, cada família terá uma versão da sua história, que dá significado a experiência vivida. É importante se ter uma escuta que facilite a localização dos pontos de vulnerabilidade de cada família, mas também os recursos disponíveis.

As “famílias pós-modernas”, como denomina Walsh (2005), abrangem uma miscelânea de culturas e de estruturas familiares, em evolução: mães trabalhando fora e dois provedores em casa; famílias divorciadas, recasadas e pais solteiros; parceiros domésticos, tanto homo como heterossexuais, sendo que uma das características mais importantes das famílias americanas na atualidade é a sua crescente diversidade cultural. O pluralismo cultural pode se visto como uma fonte de força que vitaliza a sociedade; no entanto, esse mesmo pluralismo favorece mudanças econômicas que podem agravar a discriminação e a intolerância, encolhendo a classe média e aumentando a distância entre ricos e pobres. As condições econômicas declinantes e o deslocamento do emprego tiveram um impacto devastador sobre a estabilidade e o bem-estar de muitas famílias, estimulando o abuso de substâncias, o conflito e a violência familiar (VF), a dissolução conjugal, o desabrigo e aumento dos lares pobres de pais/mães solteiros.

Outro ponto fundamental pontuado por Walsh (2005) diz respeito à boa comunicação como sendo vital para o funcionamento familiar. No entanto, as

expectativas para a “boa comunicação” tendem a ser vagas e utópicas, pois as normas culturais variam consideravelmente. Os membros da família também diferem em suas percepções e prioridades sobre comunicação. Os desafios apresentados por uma vida familiar com muitas pressões e rigidos por pai e mãe que trabalham fora do lar, os papéis de sexo em mutação, a custódia compartilhada após o divórcio e os novos casamentos tornaram a boa comunicação ainda mais complexa e difícil de conseguir.

É neste contexto familiar pós-moderno que inúmeras teorias têm sido desenvolvidas para explicar a ocorrência de abuso dentro das famílias (Krug *et al.*, 2002). O modelo ecológico considera uma série de fatores, inclusive as características individuais da criança e de sua família, as características da pessoa responsável pelos cuidados com a criança ou do perpetrador do abuso, a natureza da comunidade local, o ambiente social, econômico e cultural.

Assim, a VF é composta por maus-tratos que ocorrem no contexto, nas inter-relações e se estabelecem como uma forma de comunicação familiar (Rocha e Moraes, 2011; Mascarenhas *et al.*, 2010). As pesquisas sobre violência contra crianças e adolescentes enfocam mais as causas e as consequências dos maus-tratos físicos, embora estudos atuais demonstrem os problemas emocionais associados às vivências de violências, especialmente as que ocorrem no contexto familiar. Portanto a convivência com graves situações de violência podem gerar sentimentos de desesperança e insegurança que podem ter grandes impactos na saúde física e mental do indivíduo (Assis *et al.*, 2009; Sousa *et al.*, 2011). Embora ainda seja pouco o conhecimento das consequências da violência na saúde de crianças e adolescentes, pode-se dizer que elas podem estar relacionadas ao absenteísmo e abandono escolar, ao baixo rendimento na aprendizagem, à ideação suicida e a comportamentos violentos, sendo que adolescentes expostos à violência familiar mostraram-se três vezes mais propensos a apresentar

problemas do que os expostos à violência urbana, indicando a relevância das relações familiares para uma boa condição de saúde mental (Assis *et al.*, 2009).

No contexto da VF destacamos a violência contra crianças e adolescentes, entendida, pela OMS (Krug *et al.*, 2002), como sendo todas as formas de maus-tratos físicos e emocionais, abuso sexual, descuido ou negligência, exploração comercial ou de outro tipo, que originem um dano real ou potencial para a saúde da criança, sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e poder. Essa é um problema de saúde pública em todo o mundo, pois envolve diferentes povos em diversas culturas, sendo cada vez mais estudada como tendo efeitos deletérios no desenvolvimento e crescimento, a curto e longo prazos, das crianças vítimas desse abuso, inclusive trazendo riscos no comportamento internalizante e externalizante durante a adolescência como delinquência, delitos, personalidade antissocial e perpetração de violência (Sousa *et al.*, 2011; Basile e Hall, 2011; Beach *et al.*, 2010).

Pesquisas atuais apontam a comprovação dos efeitos dos maus-tratos na infância através dos estudos de neurociência demonstrando que os abusos na criança podem ter consequências cruciais no desenvolvimento do cérebro humano, acarretando prejuízos na estrutura e no funcionamento do Sistema Nervoso Central, com sequelas cognitivas, desordens comportamentais e problemas sociais entre outros (Mesa-Gresa e Moya-Albiol, 2011, Heim *et al.*, 2010, McCrory *et al.*, 2010). Estudos têm enfatizado na disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e o aumento da secreção do cortisol em pacientes com histórias de maus-tratos na infância (Mello *et al.*, 2009, Van der Vegt *et al.*, 2010, Grabe *et al.*, 2010, Harkness *et al.*, 2011).

Já outros estudos enfocam nos danos à saúde física na experiência de viver maus-tratos na infância como os distúrbios alimentares, enxaqueca, cefaléias, dor

crônica (Hund e Espelage, 2006; Allison *et al.*, 2007; Greenfield *et al.*, 2009; Tietjen *et al.*, 2010) e os efeitos na saúde mental, a curto e longo prazo, como depressão maior, ansiedade e sintomas psicossomáticos (Berenson e Anderson, 2006; Gibb *et al.*, 2007; Shaffer *et al.*, 2009; Gaudino e Simmerman, 2010; Tietjen *et al.*, 2010; Sousa *et al.*, 2011)

No Brasil, desde a década de 80 o setor saúde incluiu o tema da VF em sua agenda de maneira consistente, trazendo grandes contribuições para os avanços em direção à capacitação dos profissionais de saúde e para as estratégias de prevenção e promoção de saúde, inclusive porque esse setor apresenta um papel privilegiado com o grupo familiar (MS, 2001; Brasil, 2005; Njaine *et al.*, 2009; Mascarenhas *et al.*, 2010; Rocha e Moraes 2011; Oliveira *et al.*, 2011).

Sobre a prevalência desse abuso nos lares brasileiros o Ministério da Saúde editou o Caderno de Atenção Básica – Violência Familiar, em 2002, onde aponta que o estudo realizado em Porto Alegre nos anos de 1997 a 1998, identificou 1754 casos de maus-tratos, sendo 80% desses, ocorridos dentro de casa. Corroborado pelo estudo que aponta que a residência em 55,1% dos casos foi o principal cenário para ocorrência de violência (Mascarenhas *et al.*, 2010).

Pesquisas indicam que determinadas características do ambiente familiar estão relacionados a variações de risco: há maior probabilidade de pais/mães que cometem abusos serem jovens, solteiros, pobres, desempregados e terem um nível de educação inferior ao de seus parceiros que não cometem abuso (Krug *et al.*, 2002; Strauss *et al.*, 2003); falta de dinheiro para atender as necessidades das crianças (Kramis, 2000); ter padrasto ou pai adotivo (Madu, 2003); a insatisfação no casamento e a idade da mãe (Elbedour *et al.*, 2006); uso de violência como medida educativa (Clément *et al.*, 2007).

Portanto, na faixa etária infanto-juvenil, tanto o testemunho como a vitimização da violência podem afetar e comprometer os alicerces básicos para o desenvolvimento mais saudável. Mesmo existindo vários fatores de risco como os descritos acima, também há vários fatores de proteção no ambiente familiar (Krug *et al.*, 2002; Ravazolla, 2005; Walsh, 2005; Bowlby, 2006; Assis *et al.*, 2006; Rocha e Moraes, 2011; Moss *et al.*, 2011). Em nível de saúde pública, são recomendadas intervenções para melhorar as práticas atribuídas à paternidade e à maternidade, proporcionando apoio às famílias (como programas de educação aos pais sobre o desenvolvimento da criança) e ajudando a aperfeiçoar as habilidades parentais (Krug *et al.*, 2002; Walsh, 2005; Moss *et al.*, 2011). Como exemplo há uma experiência em Cingapura que por meio da educação e do treinamento parental no ensino médio, com aulas de preparação para paternidade/maternidade, os alunos aprendem sobre os cuidados com os infantes e como eles se desenvolvem, e ganham experiência direta trabalhando em pré-escolas e centros de atendimento a criança (Krug *et al.*, 2002). Estudo recente reforça este aspecto ao relatar os efeitos e a eficácia, em oito semanas de visitas domiciliares junto às famílias de risco, em relação a maus-tratos infantis, onde foram realizadas intervenções baseadas na teoria do apego, com resultados que revelaram significativa melhora na sensibilidade parental do grupo que participou da intervenção (Moss *et al.*, 2011).

Estudo destaca a violência que existe na família sob o foco de uma conversão da diferença de idade adulta - criança/adolescente, numa desigualdade de poder intergeracional (Azevedo e Guerra, 2001). Nestes casos a violência faz parte de um processo de vitimização que aprisiona a vontade e o desejo da criança e do adolescente; o perpetrador, os submete ao poder do adulto, coagindo-os a satisfazer seus interesses, expectativas e paixões. O abuso-vitimização consiste num processo de completa



objetalização da criança e do adolescente, pois os reduz à condição de objeto da violência.

Outras investigações têm outros focos: a) a associação da VF com transtornos de estresses pós-traumáticos na infância (Ximenes *et al.*, 2009); b) a magnitude da violência no contexto familiar internacional atingindo 1,5 milhões de crianças americanas, sendo a taxa média da violência por 1.000 crianças nos diversos países pesquisados de 43 nos Estados Unidos, de 21 em Ontário, de 15 na Alemanha, de 13 na Inglaterra, de 5 na Holanda e de 3 na Bélgica (Avanci *et al.*, 2009); c) a VF como potencializador do desenvolvimento de problemas de comportamentos, frequentemente diagnosticados nos serviços de psicologia e psiquiatria que atendem crianças, e identificadas nas salas de aulas e na literatura especializada internacional (Pesce, 2009).

Outros aspectos relevantes a serem considerados no desenvolvimento de crianças vítimas de violência familiar são a rede de apoio social e a representação mental das relações de apego (Mayer e Koller, 2012). Uma rede de apoio social e afetiva bem-estruturada e funcional permite o melhor desenvolvimento infanto-juvenil e o apego, base para o reconhecimento e o estabelecimento de relações estáveis e recíprocas (aspectos fundamentais para a formação da rede de apoio). Assim, a rede de apoio social e afetivo é constituída por pessoas pertencentes aos ambientes ou microssistemas por onde crianças/adolescentes/indivíduos transitam, como a família, escola, clube, comunidade, igreja, setor saúde etc. A funcionalidade dessas é outro aspecto relevante, pois aponta para a forma como a rede é percebida e como efetivamente atua no cotidiano do desenvolvimento humano (Mayer e Koller, 2012). Para essas autoras o conceito de coesão ecológica, é um ponto fundamental no trabalho contra a violência infantil, entendendo esse conceito como sendo um relacionamento de boas relações de apego que geram relações familiares saudavelmente coesas e de apoio

mútuo, em grupos que buscam de forma protetiva encontrar relações de apoio social e afetivo extrafamiliar.

A relação de apego permeia os temas da violência ao se detectar a falta ou carência de cuidado com a criança, a presença de falta de confiança, de insegurança e do vínculo mal constituído entre cuidador e a criança, que podem ser percebidos desde a falta de acompanhamento pré-natal até a mãe/pai que não conseguem atender a criança/adolescente em suas necessidades, seja por características dela ou pela história de vida dos pais (Mayer e Koller, 2012).

Outro ponto relevante de ser refletido junto às famílias em situação de violência diz respeito ao conceito de resiliência, compreendido por Lorenzo (2010) como a capacidade de recuperação diante dos obstáculos. Sob este enfoque, destaca-se que, não obstante as adversidades sofridas por uma pessoa, família ou comunidade, estas têm capacidades potenciais para se desenvolver e alcançar níveis aceitáveis de saúde e bem-estar como propõe Ravazzola (2005):

É necessário acreditar que nem todos os golpes destroem e que todas as pessoas têm recursos para superar as crises contribui enormemente para facilitar e acompanhar a adoção de atitudes que ajudem a enfrentar adversidades (Ravazzola, 2005, p. 77).

Diante desse panorama da violência familiar e de seus impactos no desenvolvimento infanto-juvenil chama a atenção à necessidade do trabalho junto às famílias em situação de risco, a fim de romper com o ciclo da violência (MS, 2010).

### **2.3. Violência Psicológica na infância e adolescência**

O estudo da VP na família sucede o conhecimento produzido sobre a violência física existente neste espaço, especialmente os espancamentos de mulheres. Passaram a

ter mais destaque a violência de natureza psicológica, com atos de crueldade mental (por palavras, gestos e olhares), ofensas verbais e relações extraconjugais (Azevedo e Guerra, 2001).

Para Hirigoyen (2006) a VP é um processo real de destruição moral cujo ataque é dirigido à identidade do outro e dela extrai toda a individualidade, podendo levar à doença mental ou ao suicídio, ou seja, é um assédio moral e/ou violência perversa onde é possível destruir alguém apenas com palavras e olhares subentendidos. Constitui-se em um verdadeiro assassinato psíquico, fazendo com que o outro perca a auto-estima, sendo de difícil detecção até mesmo pela própria vítima que não a reconhece como ato de violência.

Esse abuso quando realizado contra crianças e adolescentes, em pleno desenvolvimento e formação psíquica, pode causar danos à personalidade do indivíduo. Assim, diferentes estudiosos sobre esse tema ao tentar conceituar e definir a VP na infância encontraram dificuldade em unificá-la utilizando vários termos para designá-la como violência, abuso ou maus-tratos adjetivados de emocional ou psicológico. Porém, todos pontuam os comportamentos parentais em relação aos filhos como uma forma de comunicação familiar que, se estabelecidos de forma negativa, podem dessocializar e explorar a prole, negando a responsabilidade emocional, própria dos cuidadores (Hart *et al.*, 1987; Brassard, 1993.)

O'Hagan (1995) considera a VP como todo e qualquer comportamento dos pais ou responsáveis abertamente hostis ou omissos em relação aos filhos, sendo capaz de danificar sua auto-estima e autoafirmação. Thompson e Kaplan (1996) destacam o comportamento adverso dos pais, a interação negativa como padrão, a vulnerabilidade da criança e o prejuízo em termos de funcionamentos emocionais e psicológicos. Moran *et al.* (2002) consideram cruel a demonstração de atos verbais e não verbais, repetidos

ou singulares, com intenção ou não, por alguém próximo na posição de poder ou de responsabilidade com a criança, tendo o potencial de prejuízo social, cognitivo, emocional ou físico no desenvolvimento da criança. É demonstrado por um comportamento de humilhação, degradação, terrorismo, extrema rejeição, privação de necessidades básicas ou objetos de valor, impondo estresse e desconforto, corrupção e exploração, desorientando cognitivamente ou chantageando emocionalmente.

A *American Professional Society on the Abuse of Child (APSAC)*, em 1995 publicou o *Practice Guidelines Psychosocial Evaluation of Suspected Maltreatment in Children e Adolescentes* (apud Kramis, 2000, p. 1048), cuja definição de VP é um “padrão repetido de interações responsável-criança ou incidentes extremos entre ambos, que comunicam à criança a ideia de que ela é inútil, imperfeita, mal amada, não desejada, em perigo ou de que só serve para satisfazer as necessidades de outrem”.

Com todo esse debate sobre a definição de VP, Garbarino *et al.* (1986) conceituaram uma aplicação universal de que qualquer observação de maus-tratos psicológicos depende do contexto cultural e social onde ocorre. Portanto, **o comportamento é considerado como abuso psicológico quando comunica uma mensagem cultural específica de rejeição ou prejudica relevante processo de socialização e desenvolvimento psicológico.** Para tanto, Garbarino *et al.* (1986) elencaram cinco **comportamentos parentais tóxicos** do ponto de vista psicológico infantil:

- **Rejeição:** quando o adulto se recusa a reconhecer o mundo da criança, sua legitimação e suas necessidades.
- **Isolamento:** quando o adulto reduz as experiências sociais normais da criança, impedindo-a de fazer amigos e fazendo-a acreditar que é sozinha no mundo.

- **Terrorismo:** quando o adulto ataca verbalmente a criança, criando um clima de medos, ameaças e sustos, fazendo com que ela acredite que o mundo é caprichoso e hostil.
- **Ignorar:** quando o adulto priva a criança de estimulação essencial e receptividade, com crescimento emocional e desenvolvimento intelectual rígidos.
- **Corromper:** quando o adulto estimula a criança a engajar em comportamentos antissociais destrutivos, reforça a conduta desviante e a faz ser inadequada para a experiência normal social.

Com o pouco conhecimento sobre os mecanismos envolvidos no desenvolvimento psicopatológico resultante da VP na infância, novos estudos têm buscado novas vertentes de estudo: possíveis diferenças individuais nas habilidades de quem sofre este abuso; comorbidade com outros tipos de maus-tratos; o motivo pelo qual algumas crianças desenvolvem problemas psicopatológicos e outras não; e os sintomas cognitivos relacionados aos diferentes tipos de experiências traumáticas e eventos negativos presentes na infância de quem é vítima de VP (Leeson, 2011).

Assim, em recente estudo que investigou os subtipos mais frequentes de VP em 168 crianças de 4 a 17 anos cujas mães sofreram violência conjugal, encontrou-se que o subtipo mais prevalente foi a negação de atenção emocional (em 35,7% dos relatos), seguido por aterrorizar (28,1%) e “levar bronca/esporro” (27,4%), sendo que esse último subtipo apresentou o maior efeito global em crianças, tendo uma razão de chance (OR) de 9,99 em relação as desordens de humor. Em relação ao subtipo mais prevalente, a negação de atenção emocional específica, encontrou-se que este subtipo acrescenta o risco de sofrer depressão maior numa OR de 7,11 (Vega *et al.*, 2011).

Outro estudo, com 268 estudantes universitários, com idade média de 19 anos, acerca dos impactos da VP na infância e comportamento agressivo na vida adulta

demonstrou que este abuso é um fator de risco para vários níveis de formas agressivas, em especial para problemas de relacionamento interpessoal, estando significativamente correlacionado com cada uma das três capacidades pessoais alteradas (deficiência de identidade, desregulação afetiva e conflitos interpessoais), inclusive a probabilidade de exposição a várias formas de maus-tratos (Allen, 2011).

Sendo a VP uma das formas de violência mais presente e menos identificada nas relações familiares (Rocha e Moraes, 2011; Antoni, 2012), sua invisibilidade dificulta conhecer a magnitude com que ocorre no contexto familiar. A percepção de sua existência apenas é possível de ser detectada através das consequências que gera, nos comportamentos observáveis apresentados pelas vítimas ao longo do tempo (Abranches e Assis, 2011). Por se tratar de um construto, há dificuldade em pesquisar sobre o fenômeno, sendo assim pouco estudada e pouco se produz no Brasil, principalmente se comparado às pesquisas sobre abuso físico ou sexual (Assis *et al.*, 2009; Antoni, 2012). Também se observa que a VP não é privilegiada em programas de prevenção e intervenção no enfrentamento à violência, e na implantação de políticas públicas da área, devido, provavelmente, à sutileza como as fronteiras são estabelecidas entre um ato considerado “normal” e uma ação ou omissão abusiva, assim como também pelo alto grau de tolerância da nossa sociedade frente a esse tipo de abuso (Rocha e Moraes, 2011; Antoni, 2012). Portanto se faz necessário tornar a VP mais visível, através da identificação de diferentes categorias vivenciadas por crianças/adolescentes, bem como refletir sobre intervenções possíveis com as vítimas, o abusador e a família.

Investigar a saúde mental de adolescentes expostos à VP no contexto familiar, objeto de estudo dessa pesquisa, pode contribuir para colocar em maior relevância: a importância do exercício da parentalidade sobre os comportamentos infanto-juvenis; as

formas de lidar e resolver os problemas na infância e adolescência; a construção de crenças disfuncionais ou equivocadas sobre si mesmo e sobre os outros.

Os comprometimentos do desenvolvimento emocional, da autoestima e do sentimento de competência estão diretamente relacionados à habilidade de utilizar adequadamente os recursos para o cumprimento das tarefas relevantes aos estágios do desenvolvimento (Antoni, 2012). Portanto, a despeito da dificuldade na formulação do conceito da VP, com inúmeras discussões sobre sua definição e seus inúmeros instrumentos de aferição, a VP contra crianças e adolescentes no contexto familiar vem sendo considerada como um “assalto ao psiquismo”. Estes são atos de omissão ou comissão, realizados por pais ou cuidadores (julgados pela combinação de valores culturais, conhecimento teórico e pela opinião de profissionais especializados) e considerados desapropriados ou perigosos para o desenvolvimento e crescimento físico e mental das crianças e dos adolescentes.

Diante dos impactos da VP na infância e adolescência, há a necessidade de se buscar formas de intervenções, reforçando que este tipo de violência deve ser levado em conta como um tópico importantíssimo para a saúde mental infanto-juvenil, no bem-estar dos sujeitos dessas faixas etárias e nos serviços de proteção e cuidado, como escolas e nos serviços de saúde.

#### **2.4. Adolescência, violência, saúde mental e resiliência.**

A etapa da adolescência adquiriu importância nas últimas décadas em função do reconhecimento das consequências negativas dos problemas de saúde mental e a constatação da menor atenção dedicada a esta faixa etária em relação às demais. Segundo a OMS (2003 e 2005), algumas situações são prioridades na adolescência, tais

como depressão, suicídio e psicoses, e também devem ser considerados relevantes os transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, condições médicas associadas, como diabetes e epilepsia, assim como abuso de substâncias, transtorno de conduta e delinquência, violência e saúde mental (Benetti *et al.*, 2007).

Os prejuízos e sofrimentos diretos e indiretos, decorrentes da violência sobre a vida dos adolescentes, segundo apontam Levisky (2000) e Knobel (2000), desde a tenra infância se estruturam as bases da personalidade, onde são incorporados os primeiros valores psicossociais que compõem os parâmetros da cultura. Sendo a adolescência a segunda grande oportunidade para serem ofertadas condições construtivas ou destrutivas ao desenvolvimento da estrutura da personalidade dos jovens, a partir da interação com a sociedade da qual fazem parte, e na qual vão buscar novos modelos identificatórios, demonstrando a relevância de estudos nessa faixa etária.

Esse recorte da população encontra-se em fase de absorção de valores básicos na forma de conceitos éticos e morais que farão parte da formação e estruturação da personalidade (MS, 2010). Esses seres humanos, em fase de construção e determinação de suas próprias vidas, têm um relacionamento com a cultura e a sociedade que deve ser estudado à luz da própria perspectiva da infância e da adolescência.

Na última década do século XX, uma nova perspectiva de análise da infância e adolescência nasce da contribuição de diversas áreas de conhecimento, que destaca estas fases da vida como fenômenos que precisam ser compreendidos como processo de construção social que recebe múltiplas influências como, por exemplo, estrato social, gênero, etnia, grupos jovens de pertencimento como “tribos”, galeras, etc. (Pratta, 2008). Verificou-se uma grande alteração na atitude da sociedade a respeito da assistência à criança. Existe hoje a compreensão de que na infância está na base para a



saúde mental e para a maturidade em termos do adulto que pode se identificar com a sociedade sem perder o sentido de sua importância pessoal (Winnicott, 1983).

Mas nem sempre foi assim. Ariès (2006) retrata a tese de que a sociedade medieval não percebia a infância como a compreendemos na atualidade. Na Idade Média, no início dos tempos modernos e por muito tempo ainda, especialmente nas classes populares, as crianças misturavam-se com os adultos assim que eram capazes de dispensar a ajuda das mães ou das amas (poucos anos depois de um desmame tardio), aproximadamente aos 7 anos de idade. Ela se afastava logo dos pais e, ao conviver com outros adultos, aprendia as coisas que deveria saber, ajudando estes mesmos adultos a fazê-las. O sentimento entre pais e filhos, entre cônjuges, não era necessário à existência e ao equilíbrio da família. Na verdade, as trocas afetivas e as comunicações sociais eram realizadas fora da família, junto com vizinhos, amigos, amos e criados, crianças e velhos, mulheres e homens. As famílias conjugais se diluíam nesse meio, tendo o espaço comunitário supremacia sobre a família.

A partir do fim do século XVII, ocorreu uma grande modificação que coincide com a transição do feudalismo para o capitalismo. A burguesia nascente desejava que seus filhos fossem educados de uma forma especial, a fim de se prepararem para as atividades que iriam exercer, quando adultos, bem como, para enfrentar adequadamente o poder da aristocracia. Isto conduziu a um sistema escolar e ao conceito moderno de infância (Áriès, 2006). A família também se transformou, tornando-se o lugar de afeição necessária entre os cônjuges e entre pais e filhos, sendo esta afeição expressa, sobretudo, através da importância que se passou a atribuir à educação. Assim, tanto a família como a escola arrancaram a criança da sociedade adulta, da liberdade que desfrutavam até então e fizeram-na conhecer a vara (os castigos reservados geralmente a convictos provenientes dos mais baixos estratos da sociedade). Portanto, a percepção

crecente da natureza especial da infância não levou à criação de um mundo melhor para as crianças e sim, para o desenvolvimento do conceito de infância, acompanhado dos mais severos métodos de educação, demonstrando assim como a forma particular da infância moderna existente na sociedade ocidental foi historicamente construída (Ariès, 2006).

A adolescência também é uma construção social e cultural, situando-se como: um período entre a dependência infantil e a autonomia de idade adulta; uma fase de mudança e inquietude; um período entre a imaturidade sexual e maturidade sexual; formação das capacidades mentais e pleno florescimento das faculdades mentais; uma fase entre falta e aquisição de autoridade e poder. Assim, em busca do conceito da adolescência, que na verdade enfoca muitas tentativas de conceituação, não se encontra nenhuma que contemple o caráter biopsicossocial e fenomenológico que considere seu pleno desenvolvimento (Pratta, 2008).

Etimologicamente provém do verbo “adolescere”, que significa brotar, fazer-se grande. Para a OMS, o conceito de adolescência (definido em 1974) corresponde a um período em que: o indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual; quando os processos psicológicos do indivíduo e as formas de identificação evoluem da fase infantil para a adulta; e a transição do estado de dependência econômica total passa a outro de relativa independência. Este período de adolescência está compreendido entre 10 e 19 anos de idade; condição de jovem é para indivíduos da faixa etária entre 15 e 24 anos. Já o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA, 2001) define que a adolescência começa aos 12 e vai até os 18 anos incompletos, quando acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais. No ECA, a ênfase recai sobre a adolescência, sendo a juventude não mencionada.

A despeito de tantas conceituações, a adolescência atualmente é considerada um período no processo de desenvolvimento do ser humano, marcado pela transição do estado infantil para a fase adulta e encampa aspectos biopsicossociais; as características psicológicas, as manifestações comportamentais e a adaptação social têm sido interpretadas como vinculadas à cultura e ao tipo de sociedade em que ela acontece e podendo ter seu curso evolutivo alterado, quando expostos a situações de vulnerabilidade como a violência em todos os seus aspectos (Levisky, 1995).

Desta forma, em todas as culturas e em todos os tempos, o período tem sido marcado por ritos de passagem, que variam de cultura para cultura, e na medida em que a sociedade se torna mais complexa, a duração da adolescência parece ter-se prolongado para os adolescentes de famílias de classe média e alta que ficam mais tempo na escola e na universidade, estendendo a adolescência até a entrada no mercado de trabalho, enquanto os adolescentes de famílias de baixa renda, em geral, têm que começar a trabalhar mais cedo e podem ter o período da adolescência encurtado (Levisky, 1995).

Porém, o que é particularmente significativo sobre o conceito de adolescência é que, enquanto essência ela é constituída dos processos psicológicos mobilizados para negociar a mudança das características biopsicossociais da infância para aquelas da idade adulta. A forma e intensidade atual dessas características e processos são determinadas pela interação de forças sociais e capacidades potenciais individuais geneticamente programadas. Deste modo, quando ocorrem grandes mudanças na sociedade, durante o curso da história, alterações surpreendentes emergem no complexo mecanismo de adaptação psicológica do indivíduo adolescente. Essas mudanças psicológicas produzem, algumas vezes, o desfecho de um novo estágio de desenvolvimento psicológico (Lewis e Wolkmar, 1993).

Vemos hoje que a pós-modernidade é fruto de um processo socioeconômico-político-cultural que se tem caracterizado pela individualidade, racionalismo e universalidade, consequentes aos avanços tecnológicos, à busca de igualdades, de quebras de fronteiras que desmistificaram os mitos, as religiões e o coletivo (Levisky, 1998), ficando o adolescente de nossos dias, vivendo sua rebeldia como membro atuante e transformador da sociedade, porém, altamente sugestionável pela força dos meios formadores de opinião pública. Os grandes representantes são a mídia e os avanços tecnológicos da internet que, sustentados por interesses da economia de mercado, levam o jovem ao engodo da conquista, do prazer imediato e de um estado aparente de plenitude e independência, ocorrendo o atual esmaecimento dos limites, dos valores, dos costumes, da ética e da moral, o que gera confusão, indiferença e sentimentos de impotência, prejudicando a estruturação egóica do jovem, que necessita da contraposição para alcançar seus próprios valores e construir sua autoimagem (Levisky, 1998).

Esta autoimagem e o sentimento do adolescente em relação a si mesmo estão relacionados ou poderiam ser afetados por experiências violentas, que também possibilitam facilitar a ocorrência de uma série de problemas em psiquiatria, no desempenho escolar e no funcionamento social. A valorização de si é, por sua vez, um fator protetor a ser cultivado em intervenções que visam à promoção da saúde e à prevenção de agravos na infância e adolescência (Assis *et al.*, 2012). É inquestionável que o desenvolvimento da autoestima apresenta componentes sociais, adquiridos e experimentados no contexto relacional e da cultura, ou seja, nas interações familiares, na escola, com os amigos e na comunidade. Neste amplo cenário, a violência pode impactar essa formação, resultando em adolescentes com negativa visão de si e que

podem se colocar em desvantagem comparativa às crianças/adolescentes com autoestima mais elevada (Assis *et al.*, 2012).

Para uma adequada atenção a esses problemas, é necessário o desenvolvimento de ações focalizando a saúde mental do adolescente, intervenções baseadas na compreensão, na intervenção sobre as situações identificadas e na elaboração de diretrizes políticas. Com esta diretriz, Benetti *et al.* (2007) realizaram uma revisão da literatura nacional de 1995 a 2005, onde encontraram um crescimento constante de produção de artigos sobre o tema, indicando o desenvolvimento científico das questões de saúde mental na referida faixa etária. Os estudos mostraram um foco de interesse nos inquéritos de morbidades em clínicas-escolas ou ambulatórios, identificando a alta procura de atendimento clínico infanto-juvenil, constituindo quase que 50% da clientela. Essa faixa etária é identificada como um grupo vulnerável e de risco para as categorias – depressão, transtornos de conduta, transtornos alimentares, drogas e violência – e sendo destacadas nos artigos revisados, as etapas de desenvolvimento individual e familiar em conjunto com a exposição às situações de risco, identificando os eventos traumáticos e a resiliência individual e familiar (Benetti *et al.*, 2007).

A área da Saúde Coletiva foi a que mais publicou trabalhos sobre violência e maus-tratos (57%). Estes pontuaram que as repercussões negativas no desenvolvimento das situações de violência apontadas nos trabalhos indicavam a urgência da implantação de ações preventivas e de intervenções.

Vários fatores de risco podem intervir no processo de desenvolvimento mental infanto-juvenil, como: problemas genéticos, desordens cerebrais, violências, perdas de pessoas significativas, adversidades crônicas e eventos estressantes agudos; problemas no desenvolvimento; adoção; abrigamento; além de aspectos culturais e sociais que

impactam de forma significativa o processo de desenvolvimento dessa população (Assis *et al.*, 2009).

As associações entre problemas de comportamento e variáveis do ambiente familiar têm sido verificadas e os eventos de vida negativos, provenientes da família vêm sendo apontados como particularmente prejudiciais ao desenvolvimento infantil. Outros fatores de risco à saúde mental, como dificuldades familiares, escolares e comunitárias são também relevantes. Associação da VF com repercussões na saúde mental de crianças e adolescentes foi investigada e encontrou-se que: as diferentes vitimizações de violência tendem a estar mais próximas do comportamento de retraimento/depressão em nível clínico e limítrofe (Avanci *et al.*, 2009); a VF mostrou forte associação com os sintomas (TEPT) de transtorno de estresse pós-traumático (Ximenes *et al.*, 2009); a violência conjugal predomina como tipo de maus-tratos familiar com potencial para causar problemas de agressividade e transgressão em crianças (Pesce, 2009). Esses estudos corroboram com pesquisas internacionais que indicam a importante associação entre viver em situação de violência na família e sofrer problemas de saúde mental, ao longo do ciclo de crescimento e desenvolvimento humano (Assis *et al.*, 2009).

Assim, o ambiente familiar como primeiro cenário para manifestação dos afetos que as crianças possuem exige que esse ambiente consiga oferecer um sentimento de segurança que possibilite à criança se manifestar de modo espontâneo, sem medo de ser rejeitada (Winnicott, 1983). Somente quando se sente aceita e segura é que a criança consegue experimentar suas outras habilidades de imaginação e criação e ampliar seu conhecimento do mundo e de si mesma. Portanto, apesar dos fatores de risco que o ambiente familiar pode trazer e contribuir para os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, esse mesmo meio pode promover fatores de proteção

fundamentais contra as situações de violência como, por exemplo, a tecelagem da resiliência (Afifi e Macmillan, 2011), em que “experiência de perda afetiva e angústia torna-se em triunfo criativo” (Cyrulnik, 2004, p. 59).

Boris Cyrulnik, etólogo e neuropsiquiatria, nascido em Burdeos na França em 1937, estudou sobreviventes dos campos de concentração, crianças de orfanatos romenos, e crianças em situação de rua na Bolívia e chegou à conclusão de que a resiliência dependia da atenção e da contenção que recebiam esses indivíduos por parte de outras pessoas. Seus estudos mais esclarecedores neste sentido foram derivados de observações realizadas por seus alunos em Beirute (Líbano) e Trípoli (Líbia), com crianças sobreviventes da guerra do Líbano. Os dados obtidos indicavam que, em Beirute, havia menos quantidade de crianças com evidências de conflitos pós-traumáticos que em Trípoli, apesar desta ter sido menos danificada pela guerra. Concluiu que esse fenômeno ocorreu, justamente, já que em Beirute a violência sofrida foi maior; houve maior desenvolvimento entre as pessoas, do sentimento de solidariedade e as famílias sobreviventes juntavam seus esforços para conter e atender seus próprios filhos e as crianças que estavam em situação de orfandade. Em Trípoli, os órfãos não receberam atenção suficiente para desenvolver uma resiliência positiva (Lorenzo, 2010). Assim, a resiliência é um processo constantemente possível, com a condição de que a pessoa em curso de desenvolvimento encontre um objeto significativo para ela (Cyrulnik, 2004).

A resiliência pode ser definida como a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade; habilidade para sair da adversidade e adaptar-se; enfrentar adequadamente as dificuldades entre outros (Mellilo, 2005). Apesar das diferentes definições do conceito de resiliência, o que se enfatiza são as seguintes características do sujeito resiliente: habilidade,

adaptabilidade, baixa suscetibilidade, enfrentamento efetivo, capacidade, resistência à destruição, condutas vitais positivas, temperamento especial e habilidades cognitivas desenvolvidas durante situações vitais adversas, tendo destaque para dois elementos cruciais: “a resiliência se produz em função de processos sociais e intrapsíquicos”. Assim sendo, “Não se nasce resiliente, nem se adquire a resiliência “naturalmente” no desenvolvimento,” isto “depende de certas qualidades do processo interativo do sujeito com outros seres humanos, responsável pela construção do sistema psíquico humano (Mellilo, 2005, p. 61).

Estudos confirmatórios da resiliência concluíram que todos os sujeitos que se tornaram resilientes tinham pelo menos uma pessoa (familiar ou não) que os aceitara de forma incondicional, independentemente de seu temperamento, aspecto físico ou inteligência, ou seja, a existência ou não de resiliência nos sujeitos depende da interação da pessoa com seu entorno humano e apresenta atributos designados como pilares da resiliência que são: introspecção; independência; capacidade de se relacionar; iniciativa; humor; criatividade; moralidade e autoestima consistente (Mellilo, 2005). O desenvolvimento destes pilares, a partir de uma perspectiva psicológica, se dá pela necessidade do “outro” humano para que todos e cada um dos pilares se construam durante a trajetória histórica do sujeito, e o conceito de resiliência pode ser vinculado ao de saúde mental no sentido de que há semelhança ou coincidência nas ações promotoras de resiliência com as que tratam do desenvolvimento da saúde mental, como é a ênfase na necessidade do outro como ponto de apoio para a superação das adversidades (Mellilo, 2005).

Portanto, para Cyrulnik (2004), o estudo sobre resiliência deveria incidir sobre três planos: a) a aquisição dos **recursos internos** impregnados no *temperamento*, que desde os primeiros anos de vida, nas interações pré-verbais, explicará a maneira de



reagir frente às agressões da vida, criando suportes mais ou menos sólidos para o desenvolvimento; b) partir-se do **princípio que a primeira pancada**, no real, provoca a dor da ferida ou a dilaceração da carência e que a **segunda pancada**, na representação do real, faz nascer o sofrimento de ter sido humilhado e abandonado (assim, a estrutura da agressão explica os danos da primeira pancada, porém é o significado que esta pancada tomará mais tarde na história do ser vivo e no contexto familiar e social que explicará os efeitos devastadores da segunda pancada - aquela que provoca o traumatismo); c) a possibilidade de **encontrar lugares de afeição**, de atividades e de palavras que a sociedade muitas vezes dispõe ao redor do indivíduo magoado, oferecendo suportes de resiliência que lhe permitirão reiniciar um desenvolvimento transformado pela ferida. O autor lembra ainda que uma criança não é resiliente por si só. Tem de encontrar um objeto que convenha ao seu temperamento para se tornar resiliente. De tal forma que se pode ser resiliente com uma pessoa e não com outra, reiniciar o desenvolvimento num ambiente e fracassar noutro. Família e sociedade são elementos fundamentais para o desenvolvimento da resiliência.

A importância de promover o potencial de resiliência de crianças e adolescentes foi implementada com os trabalhos desenvolvidos pela pesquisa financiada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) junto com o CLAVES/FIOCRUZ (Assis *et al.*, 2005 e 2006a; 2006c). Foi realizado estudo com 1.923 adolescentes, entre 11 e 19 anos, residentes em um município de classe popular no Rio de Janeiro sobre a maneira como lidam com as dificuldades.

Neste estudo, constatou-se que há três grandes estratégias de *coping* (estratégias adaptativas, cognitivas e comportamentais, que uma pessoa utiliza frente aos diferentes estresses, avaliados pelo indivíduo como situações que sobrecarregam ou excedem seus recursos pessoais): 1. enfrentamento direto e ativo das dificuldades causadas pelos

eventos estressantes; 2. estratégias internas de reflexão sobre os problemas; e 3. formas de evitação envolvidas no gerenciamento das emoções que vêm casadas com as adversidades. A utilização dessas estratégias, separadamente ou em conjunto, pode contribuir para diminuir ou aumentar as consequências originadas pelos estresses.

Adolescentes mais resilientes encontraram formas mais eficientes para lidar com as dificuldades, já que são pessoas com maior potencial de resolução de problemas (Assis *et al.*, 2006b). Portanto, uma pessoa com potencial de resiliência consolidado robustamente, frente a uma adversidade que cause muito sofrimento, utiliza recursos internos e apoio externo para superar sua dor. O encontro de um figura significativa que através do afeto favoreça o tratamento dessa “ferida” e a ressignificação do trauma (os tutores de resiliência), facilitará e tornará a pessoa mais resistente e madura para enfrentar as dificuldades que ocorrem na vida de todos os seres humanos (Cyrulnik, 2004). Diante disso, o trabalho voltado para a construção da resiliência, que não é um estado adquirido e imutável, mas sim um processo cuja construção começa na vida precoce e continua ao longo da vida, podendo fazer com que o indivíduo elabore os conflitos e retorne ao processo evolutivo do desenvolvimento.

Em relação à resiliência a eventos traumáticos, o estudo realizado por Vilete (2009) encontrou que, embora o processo de resiliência pareça ser a trajetória mais comum após um trauma leve ou moderado, não se pode afirmar o mesmo para traumas classificados como intensos, pois foi observado no estudo que menos da metade dos indivíduos se mantiveram sem nenhum diagnóstico ao longo da vida. Mas que apesar da complexidade do fenômeno da resiliência, a congruência dos achados aponta para a possibilidade de cada vez mais se ter a compreensão do construto, o que contribui com o melhor entendimento sobre o que pode colaborar para a superação de eventos traumáticos pelos indivíduos a eles expostos. A autora ainda pontua que houve um

rápido crescimento no número de publicações sobre o tema, porém ainda existe a necessidade de maiores investigações sobre os transtornos de estresse pós-traumático relacionado à violência urbana e íntima.

Outro tipo de trabalho, comprovado por pesquisas atuais, é o fortalecimento do vínculo emocional entre os adolescentes, através de oficinas de práticas esportivas e atividades reflexivas que têm obtido efeitos na prevenção da violência (Chaves *et al.*, 2010), e intervenções baseadas na teoria do apego junto a famílias em situação de violência, melhorando a sensibilização parental (Moss *et al.*, 2011).

Diante desse panorama, pode-se afirmar que a adolescência não é só uma fase de vulnerabilidade apenas, é também a idade das oportunidades em que as crianças que construíram seu desenvolvimento da primeira década de vida podem ser ajudadas a navegar nos riscos e vulnerabilidades da vida e encaminhadas para lugares onde possam desenvolver seus potenciais. Hoje, há 1,2 bilhões de adolescentes no mundo, começando sua mudança na estrada entre a infância e o mundo adulto. Ao se fornecer a eles as ferramentas que precisam para melhorar suas vidas, ao engajá-los em esforços que aumentem o poder de suas 747 comunidades e ao investi-los no fortalecimento de suas sociedades, o progresso sustentável é possível (Anthony *et al.*, 2011).

## **Capítulo 3**

### **Metodologia**

Para se alcançar o objetivo desta tese, de investigar a existência de associação entre violência psicológica no contexto familiar e problemas de saúde em adolescentes, utilizou-se uma amostra probabilística de usuários (11 a 18 anos) de serviços ambulatoriais de um hospital público pediátrico terciário.

Para a compreensão dessa realidade foi necessária a mediação de teorias, crenças e representações. Segundo Minayo (2002, p.17), “a teoria é uma espécie de grade ou janela, através da qual o cientista olha a realidade que investiga”. Como a conexão que media o campo teórico e o empírico é a hipótese ou o pressuposto.

Nesta investigação, compreende-se que a infância e a adolescência são etapas do desenvolvimento de um ser humano que, quando expostas a certas circunstâncias de vulnerabilidade, podem ter o seu curso evolutivo alterado e este ser vir a ter sua saúde prejudicada. Sendo assim, buscou-se investigar a ocorrência de VP contra adolescentes no ambiente familiar e sua possível associação com agravos à saúde física e mental.

A abordagem da realidade realizou-se através de métodos e instrumentos quantitativos utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação, de tal forma que esse processo científico e seus resultados possam se tornar públicos, ser debatidos e testados por outros investigadores (Deslandes e Assis, 2002).

Nesse modelo de abordagem, a epidemiologia é a base principal. Esta é fundamentada na seleção de eventos passados que explicam e justificam o presente e permitem uma projeção de futuro. Sendo assim, os estudos epidemiológicos estudam os eventos em uma população - ou grupo humano socialmente definido por um conjunto de características - significa dizer que não se está prioritariamente interessado em explicar

por que e como um determinado indivíduo se tornou portador de uma determinada doença. Mas sim, visa-se avaliar em função de que características diferem a ocorrência de uma determinada doença entre grupos diferentes, definidos como uma “população”. Portanto, para a epidemiologia, doenças não são eventos que ocorrem ao acaso, mas sim, que têm relação com uma rede de outros acontecimentos que podem ser identificados e estudados, sendo fundamental o estudo da frequência, distribuição e determinantes de estados e eventos relacionados à saúde em uma população definida. A aplicação deste conhecimento pode ser utilizada para a resolução dos problemas de saúde da população investigada (Carvalho, 2006).

### **3.1. Operacionalização do Estudo**

Com esta diretriz epistemológica da investigação quantitativa, realizou-se um estudo transversal com amostra probabilística de adolescentes de 11 a 18 anos, em 3 diferentes ambulatórios do Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, unidade da Fundação Oswaldo Cruz, localizado no Município do Rio de Janeiro/RJ. Este instituto é um hospital público de atenção terciária à saúde da mulher, da criança e do adolescente, que possui atendimento ambulatorial geral de pediatria e adolescente, ou seja, sem nenhuma doença específica, podendo ser só acompanhamento do desenvolvimento e crescimento de crianças e adolescentes referidos da rede ou que nasceram no hospital local da pesquisa. E de ambulatórios especializados em certas doenças crônicas, como os ambulatórios de genética, neurologia, pneumologia, alergia e doenças infecto-parasitárias. Por ser referência para o SUS, recebe pacientes de todas as áreas programáticas do município

do Rio de Janeiro, assim como de outros municípios e estados, sendo, portanto, um local que poderia representar a população na faixa etária investigada.

O inquérito epidemiológico foi aplicado através de entrevista semi-estruturada, nos seguintes ambulatórios: pediatria, adolescente e saúde mental infanto-juvenil (Serviço de Psicologia Médica). Selecionaram-se os dois ambulatórios de atendimento em clínica geral (de pediatria e de adolescente), para se ter mais acesso a uma população ambulatorial que representasse a população geral nessa faixa de idade. No terceiro ambulatório escolhido, os pacientes são encaminhados pelos ambulatórios dos diversos setores clínicos do hospital, possuindo uma demanda específica, algum comprometimento à saúde mental.

A faixa etária escolhida foi decorrente da aplicação de um dos instrumentos de aferição do questionário, a escala YRS, cuja aplicabilidade é em adolescentes de 11 a 18 anos.

### **3.2. Inquérito epidemiológico e instrumentos de pesquisa**

O inquérito epidemiológico é desenhado para se obter e registrar exposições lembradas pelos sujeitos em estudo, sendo estas informações obtidas chamadas de medidas indiretas, porque são dependentes de condições inerentes aos sujeitos, tais como memória, capacidade de compreensão e elaboração das perguntas, além de serem mediadas por interesses próprios dos entrevistados. Não permite fazer inferências causais, sendo utilizado para avaliar a presença de associação entre os fatores de exposição e o desfecho.

Para construção do inquérito epidemiológico utilizado nesta pesquisa, selecionaram-se escalas já disponíveis sobre cada um dos construtos de interesse, com grau de utilização prévia e evidências de adequação e suficiência da trajetória

psicométrica, com validade e confiabilidade reconhecidas, que constituíram dois questionários: um para os responsáveis e outro para os adolescentes (ambos em anexo).

A pesquisa dividiu-se em dois tempos de aplicação: no primeiro momento, aplicaram-se os questionários aos responsáveis dos entrevistados e os questionários dos adolescentes, simultaneamente. Neste primeiro momento, foi aplicada aos adolescentes a escala *Youth Self Report –YSR* (Achenbach e Rescorla, 2001), voltada para a investigação dos problemas de comportamento em crianças e adolescentes. No segundo tempo da pesquisa, aplicou-se a alguns adolescentes e seus responsáveis, outro instrumento de aferição, com finalidade diagnóstica de psicopatologia, a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – present and lifetime - K-SADS-PL*, versão 1.0, outubro de 1996, cuja versão brasileira foi adaptada transculturalmente e teve suas propriedades psicométricas testadas por Brasil (2003), sendo assegurada a equivalência entre o instrumento de origem e sua versão (aspecto detalhadamente explicado mais adiante).

O *instrumento dos responsáveis* foi composto por perguntas sobre: variáveis sociodemográficas (gênero, idade, escolaridade, tipo de emprego, etnia, residência, composição da familiar, renda familiar); relacionamento e envolvimento familiar com a criança/adolescente atendido no serviço; uso de substâncias pelos responsáveis (bebida alcoólica, remédio, maconha, cocaína, “crack”, ou pasta de coca) e a escala *Self-Reported Questionnaire/SRQ-20* (Harding *et al.*, 1980), que é um instrumento que permite avaliar a suspeição de transtornos psiquiátricos menores.

O *questionário dos adolescentes* foi composto por perguntas sobre a raça e a escolaridade do entrevistado e pelas escalas de VP (Pitzner e Drummond, 1997), resiliência (Wagnild e Young, 1993) e YSR (Achenbach e Rescorla, 2001), descritas a adiante.

A **variável de exposição** empregada foi sofrer VP praticada por pessoas significativas da família (pais ou responsáveis/cuidadores ou quem ocupar lugar significativo e de afeto para o adolescente). Foi mensurada através da **escala de VP**, que avalia as experiências vividas por jovens que foram diminuídos em suas qualidades, suas capacidades, seus desejos e suas emoções. A escala avalia também se foram excessivamente cobrados por pessoas significativas. É constituída por 18 itens com opções de respostas que variam do nunca até o sempre. Foi adaptada transculturalmente à realidade brasileira por Assis *et al.* (2005), apresentando as propriedades psicométricas de  $\alpha$  de Cronbach de 0,91 e Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) de 0,8629. Os resultados obtidos na avaliação da validade de constructo pelas autoras mostraram evidências da adequação da versão proposta. Esta validade foi examinada pela correlação entre escalas selecionadas, pertinentes ao quadro teórico subjacente, como as de apoio social, autoestima e violência severa cometida pelo pai e pela mãe contra o adolescente. O instrumento é autopreenchível, com plena aceitação e compreensão por parte dos adolescentes, com baixo percentual de itens deixados em branco e sem recusa (Assis *et al.*, 2005).

O escore da escala de VP foi definido como a razão entre o somatório dos pontos associados às frequências de cada um dos itens (de 1 – nunca a 5 – sempre) e a pontuação máxima que seria alcançada (90) multiplicada por 100. O ponto de corte foi estabelecido como valores acima e abaixo do terceiro quartil, sendo categorizadas como ausente a moderada (que inclui adolescentes que respondem nunca, às vezes ou raramente, na maioria dos itens) e severa (frequências elevadas na maioria das respostas - sempre/quase sempre).



### **Principais variáveis e medidas utilizadas:**

- a) Os fatores **sociodemográficos** relevantes ao estudo (sexo, raça, faixa etária, escolaridade do entrevistado e de seus responsáveis).
- b) **Nível socioeconômico das famílias:** segue o critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Estimador da capacidade de consumo, a partir de indicadores como televisão a cores, banheiro, automóvel, empregada mensalista, geladeira duplex ou freezer e grau de instrução do chefe da família. Estratos A, B e C correspondem às camadas altas e médias e D e E às camadas populares.
- c) O ambiente de **convivência familiar** do entrevistado (estrutura familiar com pais juntos, separados, pais adotivos, sem ambos os pais ou família monoparental; relacionamento familiar com pai, mãe e irmãos; diálogo familiar e respeito na família; convivência, compreensão e aceitação familiar).
- d) **Funcionamento geral da família**, avaliado pela *General Functioning Scale of the McMaster Family Assessment Device* (Epstein *et al.*, 1983), que inclui 12 perguntas: é difícil planejar atividades familiares, porque há desentendimentos; em tempos de crise, pode-se buscar ajuda uns nos outros; não se pode conversar na família sobre a tristeza que sentem; cada pessoa é aceita pelo que é; evita-se discutir medos ou preocupações; mostram-se sentimentos uns pelos outros; sentimentos ruins na família; sentir-se aceito pelo que é; dificuldade em tomar decisões em família; ser capaz de tomar decisões; não se dar bem juntos; confiar uns nos outros. As opções de respostas oscilam de concordo totalmente a discordo totalmente (1-5 pontos), com valores maiores significando melhor funcionamento geral da família. Avalia-se o precário funcionamento familiar por

resultados na faixa de um desvio padrão abaixo da média e o funcionamento regular ou bom acima deste nível.

- e) **Envolvimento parental:** a ausência (crianças com resultados caindo na faixa de um desvio padrão abaixo da média) e presença de envolvimento parental, aferida pelas seguintes perguntas: com que frequência, o responsável elogia a criança, dizendo coisas como “Muito bom!” ou “Que coisa legal você fez!” ou “Isso está indo bem”!; com que frequência o responsável e a criança conversam ou brincam um com outro, focando atenção um no outro por cinco minutos ou mais, apenas por diversão?; com que frequência o responsável e a criança riem juntos?; com que frequência o responsável faz alguma coisa especial com a criança, que ela gosta?; com que frequência o responsável pratica esportes, *hobbies* ou jogos com a criança?; com que frequência o responsável lê com a criança?. São quatro opções de respostas, valendo de 1 a 4 pontos: sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca. Os escores maiores do que o desvio padrão abaixo da média significam a existência de envolvimento do responsável com a criança.
- f) Os **problemas de saúde física**, os motivos das consultas nos diferentes ambulatórios, as doenças pregressas, a aderência ao tratamento e as medicações em uso, avaliadas através da revisão dos prontuários dos entrevistados;
- g) O **potencial de resiliência**, que foi estimado através da escala de resiliência, adaptada transculturalmente por Pesce *et al.* (2005), tendo confiabilidade e a validade do construto medidas. Apresentou bons índices psicométricos com  $\alpha$  de Cronbach de 0,838 , o ICC de 0,75 e o kappa predominantemente moderado. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Todos estes pontos são somados e então

geraram uma distribuição de escores, cujos pontos de cortes foram definidos pelo tercil, sendo categorizados em baixa, média e alta resiliência. Esta escala foi considerada a mais apropriada para uso em adolescentes e a mais utilizada em estudos conduzidos com diferentes faixas etárias (Vilete, 2009) e, nos vários estudos em que tem sido usada, mantém adequado desempenho em contextos culturais distintos, com índices de elevada consistência interna e adequadas reprodutibilidade e validades convergente e divergente.

- h) A **presença de problemas de saúde mental**, investigada através das escalas **YSR e K-SADS-PL**, mais à frente descritas.
- i) A escala *Self-Reported Questionnaire/SRQ-20* (Harding *et al.*, 1980), que é um instrumento que permite avaliar a suspeição de transtornos psiquiátricos menores (e não a detecção de distúrbios psiquiátricos específicos ou níveis de intensidade), é composta por 20 itens (sim/não), englobando sintomas psicossomáticos, sintomas depressivos e sintomas de ansiedade, onde a presença de 8 ou mais sintomas para as mulheres e 7 para os homens caracterizaria a existência do transtorno.

A escala YSR foi elaborada por Achenbach (2001) e faz parte da *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA), composto também pelos instrumentos CBCL (*Child Behavior Checklist*) e TRF (*Teacher Report Form*). O YRS é um questionário de autopreenchimento ou pode ser lido pelo pesquisador, para ser aplicado em adolescentes entre 11 e 18 anos. Os outros dois instrumentos, que constituem o ASEBA, são aplicados aos pais e professores (respectivamente) das crianças investigadas, com a mesma finalidade do YSR (Achenbach e Rescorla, 2001).

O YSR é composto por 112 itens, destinados a classificar os problemas comportamentais (ansiedade, retraimento, queixas somáticas, transtorno do estresse pós-

traumático, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, quebra de regras e comportamento agressivo) ocorridos nos últimos 6 meses, sendo também possível classificar nos grandes grupos (internalizantes e externalizantes). Através de 3 opções de resposta: falso; pouco verdadeiro/às vezes verdadeiro; muito verdadeiro/frequentemente verdadeiro, a criança avalia o seu comportamento. Com base nas respostas, que possuem uma pontuação que varia de 0 a 2, são estas então somadas e padronizadas para se ter uma média de 50 e desvio-padrão de 10 (escore T), permitindo categorizar os resultados como: crianças não clínicas (escore  $T < 65$ ), casos limítrofes (escore T entre 65 e 70) e clínicos (escore  $T > 70$ ). Nos grandes grupos (internalizantes e externalizantes), os pontos de cortes são: crianças não clínicas (escore  $T < 60$ ), casos limítrofes (escore T entre 60 e 63) e clínicos (escore  $T > 63$ ).

Para a seleção dos entrevistados para a segunda etapa da pesquisa (aplicação do KSADS-PL), utilizou-se como ponto de corte a classificação de crianças com problemas em nível clínico ( $T > 70$  nos problemas específicos ou  $T > 63$  nos grandes grupos), especialmente em função das dificuldades de operacionalização do estudo, executado integralmente pela pesquisadora autora da tese<sup>1</sup>.

O instrumento diagnóstico **K-SADS-PL** foi adaptado da K-SADS-P (versão de episódios presente), a qual foi desenvolvida por William Chambers, M.D. e Joaquim Puig-Antich, M.D. Foi escrita por Joan Kaufman, Ph.D, Boris Birmaher, M.D., Dacid Brent, M.D., Uma Rao, M.D., e Neal Ryan, M.D. Este instrumento foi projetado para obter pontuação de gravidade de sintomatologia e avaliar história de transtorno psiquiátrico no momento presente e ao longo da vida. Os autores deste instrumento

---

<sup>1</sup> Ao final da aplicação do questionário de adolescentes (realizado por perguntas feitas pelo entrevistador e respondidas pelo mesmo em meio digital), a pesquisadora podia observar o escore T alcançado pelo entrevistado. Caso excedesse o escore clínico da classificação dos adolescentes clínicos de  $T > 63$  (problemas específicos) ou  $T > 70$  (grandes grupos) em pelo menos um dos problemas, o adolescente (e seus responsáveis) eram automaticamente convidados a participar da segunda etapa da investigação, a ser realizada em outra data.

reconhecem a grande importância de vários outros instrumentos psiquiátricos estruturados e semi-estruturados, existentes para a construção desta escala.

Os autores encontraram 99,7% de confiabilidade entre avaliadores na entrevista de rastreamento e 98% de confiabilidade entre avaliadores na entrevista diagnóstica (Brasil, 2003). A confiabilidade teste-reteste variou entre 0,74 e 0,90, segundo a categoria diagnóstica. Para examinar a validade convergente, foram empregados o *Child Behavior Checklist* (CBCL), o *Children's Depression Inventory* (CDI), o *Beck Depression Inventory* (BDI), o *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) para crianças (SCARED C) e seus pais (SCARE P) e o *Conners Abbreviated Questionnaire/Parent version*. O instrumento K-SADS-PL tem sua validade de conteúdo estabelecido, devido sua estrutura ser composta de todos os itens necessários à formulação de diagnósticos psiquiátricos baseados no DMS-IV (Diagnostic and Statistical Manual Disorders versão IV). A confiabilidade teste-reteste (n= 20), com intervalo de uma a cinco semanas, alcançou níveis excelentes para a maioria dos diagnósticos atuais e ao longo da vida. O coeficiente Kappa foi de 0,90 para transtorno depressivo maior e/ou distímia no momento atual, de 0,80 para a presença de pelo menos um transtorno de ansiedade no momento atual e de 0,63 para transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no momento atual. Os níveis de confiabilidade teste-reteste são compatíveis aos outros instrumentos diagnósticos (K-SADS-P, CAS, DICA, DISC, CAPA) e parecem ter algumas vantagens em relação a muitos deles na avaliação dos transtornos depressivos e ansiedade (Brasil, 2003).

O instrumento KSADS-PL é, portanto, uma entrevista diagnóstica semi-estruturada, para avaliar episódios de psicopatologia em crianças e adolescentes no presente e ao longo da vida, segundo critérios do DSM-III/R e o DSM-IV. As informações obtidas sobre os entrevistados são realizadas a partir de entrevista com os

pais e com as crianças/adolescentes, sendo que o entrevistador pode levar em conta todas as fontes disponíveis para realizar a pontuação conclusiva.

Assim, este instrumento é um protocolo clínico para identificar diagnósticos de psicopatologia na faixa etária de 6 a 18 anos. Subdivide-se em três partes que objetivam captar o diagnóstico psiquiátrico atual e de toda a vida da criança/adolescente. A primeira parte consiste em dados demográficos, história geral de saúde, desenvolvimento, histórico de abuso, histórico psiquiátrico, *background* escolar e relações sociais. Esta primeira parte não foi aplicada na presente pesquisa, pois o seu conteúdo já estava abordado no questionário endereçado ao responsável.

A segunda parte, integralmente aplicada, consiste em lista de 82 sintomas-chave para os episódios em diferentes áreas diagnósticas: transtornos depressivos, mania, psicose, transtorno de pânico, de ansiedade de separação, de evitação/fobia social, evitação da infância, fobia social, agorafobia e fobia específica, ansiedade excessiva/transtorno de ansiedade generalizada, obsessivo-compulsivo, enurese, encoprese, anorexia nervosa, bulimia nervosa, déficit de atenção/hiperatividade, opositivo-desafiador, de conduta, transtornos de tiques, uso de cigarro ou tabaco, abuso de álcool, abuso de outras substâncias e estresse pós-traumático.

A terceira parte do instrumento consiste em cinco diagnósticos suplementares: desordem afetiva, psicose, ansiedade, comportamental, abuso de substância/outras desordens. São diagnósticos confirmatórios, aplicados quando se obteve escore positivo na parte 2 (gravidade e frequência para todos os sintomas).

Os itens de cada seção de rastreamento e dos suplementos são pesquisados a partir de perguntas elaboradas pelos autores para oferecer exemplos de como investigar a presença ou não de cada item. Como essas perguntas são tentativas de aproximação do fenômeno psicopatológico (constructo), servindo de guia para a investigação, nem

sempre essas perguntas são suficientes, podendo o pesquisador lançar mão de perguntas complementares, desde que estas preservem o conceito original do item.

A pontuação da maioria dos itens é de 0-3, sendo o 0 = nenhuma informação está disponível; 1 = sugere que o sintoma está ausente; 2 = nível de sintomatologia abaixo do limiar e 3 = critério no limiar clínico. Para avaliar e pontuar as respostas obtidas, o pesquisador precisa usar o seu melhor julgamento clínico, tendo muito claro o significado psicopatológico de cada um desses itens, e usar os critérios de pontuação, conforme as regras predefinidas pelos autores do instrumento (Brasil, 2003). Os itens restantes são pontuados numa escala de 0-2, na qual 0 = nenhuma informação; 1 = item negativo e 2 = item positivo. Por recomendação dos autores do instrumento, embora algumas manifestações clínicas abaixo do limiar não sejam suficientes para fazer o diagnóstico de transtornos, às vezes se deve realizar uma investigação posterior mais profunda no caso.

Após a aplicação das seções de suplementos, se necessário, com base no conjunto dos dados obtidos através das informações, preencheu-se a Folha de Resumo dos Diagnósticos, com a finalidade de registrar as informações sobre cada diagnóstico, ou seja, a presença ou ausência de episódio no passado ou no presente; a idade do início do primeiro episódio; a idade de início do episódio no presente; número total de episódios; e a soma do tempo sobre o(s) tratamento(s) realizado(s). Os diagnósticos são pontuados como definitivos prováveis (se 75% dos sintomas atenderam aos critérios) ou ausentes, utilizando-se o critério de 0= nenhuma informação; 1= ausente; 2= provável; 3= remissão parcial e 4= presente.

Neste estudo não incluímos a Escala de Avaliação Global de Crianças, que estima o nível de funcionamento geral da criança em um único índice de gravidade, não

estando o processo de sua pontuação associado a sofrimento ou limitação/prejuízo de transtornos isolados, por não ser objeto de estudo nesta pesquisa.

Para a análise dos dados e verificação dos principais transtornos de saúde mental encontrados com a utilização da KSADS-PL, utilizou-se a Folha de Resumo dos Diagnósticos, com a pontuação recomendada pela mesma.

A análise dos dados foi composta por frequências simples de cada uma das variáveis que compõem o banco. Foram utilizadas tabelas de contingência e testes de associação (qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher para tabela 2x2, com nível de significância de 5%), para se verificar a relação entre VP e outras variáveis, que segundo a literatura, haveria algumas possíveis ligações. Medidas de associação (razão de chances) também foram utilizadas com intervalos de confiança de 95%.

### **3.3. Cálculo Amostral**

Nas pesquisas científicas, em que se deseja conhecer algumas características (parâmetros) de uma população, podemos observar apenas uma amostra de seus elementos e, com base nos resultados da amostra, obter valores aproximados (estimativas) para os parâmetros de interesse (Barbetta, 2008).

Assim o processo de amostragem para esta pesquisa se fez através dos dados fornecidos pelo setor de arquivo médico do hospital estudado, que computou a totalidade dos pacientes atendidos no ano de 2009, nos 3 ambulatórios selecionados (os ambulatórios gerais de pediatria e adolescente, que abrangem questões clínicas gerais da população nesta faixa etária e o de saúde mental, o qual também recebe encaminhamentos de uma população ambulatorial do hospital selecionado) e dentro da faixa etária estudada.



A amostragem foi estratificada proporcional, sendo representativa de todo o atendimento feito às crianças e adolescentes atendidos ambulatorialmente. Para efetuar estimativas sobre partes (subgrupos) da população, é necessário calcular o tamanho da amostra para cada uma dessas partes. O tamanho total da amostra corresponde à soma dos tamanhos das amostras dos subgrupos (Barbetta, 2008). O parâmetro pesquisado (VP) foi estimado no valor de 31,6%, (Perera *et al.*, 2009). Com o nível de significância de 0,05 e o erro absoluto de 0,05, alcançou-se um total de 268 crianças/adolescentes.

Na **Tabela 1**, pode ser observada a população atendida nos serviços investigados no ano de 2009, a amostra calculada e a obtida na pesquisa.

**Tabela 1: População atendida em 2009, amostra calculada e obtida segundo ambulatórios e descrição de entrevistados por fase da pesquisa.**

Amostra/ entrevistas	Entrevistado	Ambulatório de Pediatria		Ambulatório do Adolescente		Ambulatório de Saúde Mental		Total
		N	%	N	%	N	%	
Atendimentos em 2009	Criança/adolescente	512	37,0	824	59,0	50	4,0	1386
Amostra calculada	Criança/adolescente	100	37,0	159	59,0	11	4,0	270
Entrevistas 1ª fase	Criança/adolescente	59	25,1	159*	70,1	11	4,8	229
	Responsável	59	26,7	151*	68,3	11	5,0	221
Indicações para a 2ª fase (em função do resultado da YSR)	Criança/adolescente	4	8,7	35	76,1	7	15,2	46
	Responsável	4	8,7	35	76,1	7	15,2	46
Entrevistas realizadas na 2ª fase (aplicação da KSADS-PL)	Criança/adolescente	3	8,1	27	73,0	7	18,9	37
	Responsável	3	8,1	27	73,0	7	18,9	37
Entrevistas 2ª fase – recusas	Criança/adolescente	0	-	3	100,0	0	-	3
	Responsável	0	-	3	100,0	0	-	3
Entrevistas 2ª fase – faltas	Criança/adolescente	1	16,7	5	83,3	0	-	6
	Responsável	1	16,7	5	83,3	0	-	6

\* No ambulatório de adolescentes o número de entrevistados (159) difere do número de responsáveis (151), pois 8 entrevistados tinham 18 anos completos (dentro da faixa etária da investigação), podendo aceitar participar da pesquisa sem que o responsável precisasse assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além do que, encontravam-se desacompanhados. Adolescentes menores de 18 anos desacompanhados foram excluídos da seleção, porque nestes casos seria necessária, para a aceitação de participar da pesquisa, a assinatura do TCLE pelo responsável.

Na **Tabela 1** pode-se também verificar o total de questionários efetivamente aplicados nos adolescentes e seus responsáveis na primeira e na segunda fase da investigação. Verifica-se que 46 entrevistados foram encaminhados para a segunda fase

da investigação. Do total de entrevistados encaminhados para a realização da entrevista diagnóstica KSADS-PL, 6,5% se recusaram a participar e 13% faltaram à entrevista. A maior parte das perdas ocorreu no ambulatório de adolescentes.

Ao compararmos as indicações para a entrevista diagnóstica psiquiátrica através da escala YRS, podemos verificar que predominam os oriundos do ambulatório de adolescentes (76,1% do total de pacientes indicados para a segunda fase). Olhando-se este dado sob outra ótica, constata-se que sete, dentre os 11 adolescentes entrevistados no ambulatório de saúde mental, passaram à segunda fase (63,6%), enquanto no ambulatório de adolescentes, isso ocorreu em 22% dos casos (35 dentre 151).

Apesar de não se ter alcançado o tamanho amostral em um dos estratos, a proporção alocada do número de adolescentes em cada um dos três estratos não apresenta diferença entre a população e a amostra ( $p=0,600$ ) ao se fazer o teste de Kolmogorov-Smirnov. Como se poderá perceber, mais à frente, a principal razão de não se obter o pleno tamanho de amostra calculado dá-se pelo fato de o ambulatório de pediatria ter poucos pacientes elegíveis para a pesquisa (faixa etária mais velha). Tal dado não pôde ser utilizado na fase de cálculo da amostra, por esta informação não existir disponível nas estatísticas hospitalares. Este fato aponta para uma superestimação do tamanho da amostra calculada neste ambulatório. Por esta razão, acredita-se que o tamanho de amostra obtido na pesquisa é condizente com o atendimento oferecido a pacientes da faixa etária de 11-18 anos nos três ambulatórios do hospital.

#### **3.4. O campo de estudo e a coleta dos dados**

Todo o trabalho de campo da pesquisa foi cumprido entre janeiro e setembro de 2011. Foram realizadas 229 entrevistas com adolescentes (utilizando-se o conceito de

adolescência preconizado pela OMS que estipula a faixa etária de 10-19 anos) e 221 com os responsáveis (8 adolescentes de 18 anos estavam desacompanhados) nos três ambulatorios selecionados para constituição do campo de estudo. Estes três setores possuem diferentes características de atendimento e distintas dinâmicas de atenção à saúde. Por essa razão, estratégias variadas foram escolhidas para a realização da investigação, e estão descritas a seguir.

Os ambulatorios de Pediatria e Adolescentes têm como regra que os pacientes agendados para aquele dia devem chegar às 8 horas para o turno da manhã e às 12 horas para o turno da tarde. A ordem de chegada à instituição e a entrega do cartão de agendamento marcam a ordem em que serão atendidos os pacientes que aguardam em sala de espera. Neste local realizou-se o campo de pesquisa.

No ambulatório de Saúde Mental, as entrevistas foram executadas na sala de atendimento do serviço, quando estes pacientes, após a triagem, foram inscritos no serviço para tratamento psicoterápico.

### ***Ambulatório de Pediatria***

O Ambulatório de Pediatria do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) apresenta funcionamento diário de segunda à sexta-feira, pela manhã e à tarde, com 4 a 6 médicos pediatras por turno. As consultas são previamente agendadas, não havendo casos de emergência. Nesse ambulatório são atendidas crianças de 0 a 12 anos (havendo algumas exceções a critério do médico), que nasceram no instituto e fazem o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento até 18 anos e/ou se precisam de tratamento específico por alguma causa, ou que foram encaminhadas pela rede de serviços de saúde para algum tratamento específico. Neste último caso, o paciente será atendido por uma triagem e entrará para consulta como pronto atendimento (PA), só

abrindo prontuário se necessitar de um acompanhamento específico em hospital com recursos tecnológicos. São agendadas em média 6-7 consultas por médico (máximo de oito agendamentos).

No turno da manhã, os médicos que atendem são profissionais servidores, com vínculo permanente na instituição (*staff*), com mais experiência e que acompanham os pacientes ao longo do desenvolvimento e crescimento. No turno da tarde, os profissionais que atendem são médicos residentes (tutorados pelos *staffs*) e que atendem mais bebês e crianças pequenas. Todas as crianças são acompanhadas por algum responsável que sempre entra na consulta junto com a criança, com um tempo médio de atendimento de 30 a 40 minutos.

Diante dessa estrutura organizacional, optamos por realizar o campo no turno da manhã, nas segundas, terças, quartas e quintas-feiras (dias e turnos em que os quatro médicos, que mais atendem crianças de 11 anos para cima, estão presentes). Após o registro dos agendamentos desses médicos, consultávamos o Sistema IFF pelo número do prontuário (onde se encontram todos os arquivos dos pacientes), para ter acesso à idade e ao nome do adolescente agendado. Assim, íamos ao campo de pesquisa já de posse desses dados, facilitando o encontro do paciente que estivesse dentro da faixa etária a ser investigada. Só comparecíamos ao setor, quando havia indivíduo elegível pela idade; permanecíamos nesse ambulatório enquanto houvesse criança/adolescente que se enquadrasse na pesquisa, e quando não havia mais elegíveis, nos encaminhávamos para o ambulatório de adolescentes.

As dificuldades encontradas nesse ambulatório foram: a) por se tratar de adolescentes que acabaram de fazer 11 anos (algumas com 12), constatou-se mais dificuldade para responder as perguntas do questionário, levando mais tempo e demandando mais explicação. Estes fatores, por vezes, atrapalhavam o atendimento, em

especial, dos pacientes que aguardavam consulta em primeiro lugar na fila de atendimento; ficava mais fácil aplicar os questionários (do responsável e do adolescente) para os demais pacientes (3º, 4º, 5º ou 6º lugares na fila), enquanto estavam esperando o chamado para o atendimento; b) períodos de férias ou licença dos médicos, diminuindo o número de pacientes agendados; c) períodos perto de feriados, férias escolares (ou logo nos primeiros dias de volta às aulas) e final de mês, fase em que há elevada ausência de pacientes agendados.

### ***Ambulatório de Adolescentes***

O Ambulatório de Adolescentes do IFF, que recebe adolescente a partir de 12 anos encaminhados do ambulatório de pediatria do instituto ou da rede SUS mesmo sem necessidades especiais de tratamento específico, funciona em seis turnos (segunda-feira e quarta-feira: manhã e tarde; quinta-feira e sexta-feira: manhã), tendo uma médica pediatra especialista em adolescentes. As consultas são agendadas no total de oito por turno, sendo dois agendamentos para pacientes de primeira vez e seis de tratamento clínico ou acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, não havendo casos de emergência, e sim PA.

Os casos de PA, vindos de outros serviços de sistema de saúde, ou por interesse da família do adolescente, terão um número provisório; só após o atendimento se encaminhará para abertura do prontuário, se assim for o caso. Neste ambulatório são atendidos pacientes de 12 anos a 19 anos. Os encaminhamentos são feitos do ambulatório de pediatria ou de outros ambulatórios do hospital. A estrutura organizacional desse ambulatório é de atendimento, primeiramente, ao adolescente sozinho e, ao final da consulta, o responsável é chamado para uma pequena devolução, levando a consulta em média 30 minutos.

Diante da dinâmica desse ambulatório, optamos em realizar o campo nos turnos de segunda e quarta-feira pela manhã e à tarde, e quinta-feira pela manhã. Antes de irmos ao campo, registrávamos os agendamentos (número de prontuários) e acessávamos o Sistema do IFF, para colhemos os nomes e as idades de cada paciente agendado. Ao chegarmos ao campo, nos apresentávamos e verificávamos a ordem de chegada no ambulatório, para não atrapalhar o ritmo de atendimento. Neste momento, através de uma pequena conversa com o responsável, confirmávamos a idade e perguntávamos a escolaridade dos adolescentes, pois alguns pacientes com déficit intelectual severo eram considerados não aptos a participar da investigação. Alguns eram facilmente reconhecidos e outros não, assim, após essa pequena conversa com o responsável, os casos elegíveis eram entrevistados.

As dificuldades encontradas nesse ambulatório foram: a) diante do grande número de adolescentes com deficiência física e mental, nem sempre encontrávamos adolescentes elegíveis para a investigação; b) alguns adolescentes de 16 e 17 anos compareciam aos atendimentos desacompanhados do responsável, o que os excluía da pesquisa; c) durante as férias da médica do ambulatório não houve atendimento; d) ocorreram muitas faltas dos pacientes agendados, resultando em um número elevado de faltosos.

### ***Ambulatório de Saúde Mental***

O ambulatório de saúde mental se localiza no Serviço de Psicologia Médica onde uma das suas atividades assistenciais é receber encaminhamentos dos demais setores do IFF, para atendimento psicoterápico de crianças, adolescentes, mulheres e famílias. Este ambulatório conta com 6 médicos psiquiatras (2 psicanalistas, 1 psiquiatra/psicanalista e 1 psiquiatra clínico e 1 psiquiatra da infância e adolescência/terapeuta de família e 1 terapeuta de família) e 6 psicólogos (1

psicanalista, 1 psicanalista/terapeuta de família, 1 terapeuta de família e 3 clínicas). Os pacientes que necessitam de psicofarmacologia são medicados pelos psiquiatras clínicos, sendo um alocado no ambulatório de neurologia pediátrica e outro alocado no Serviço de Psicologia Médica. Os pacientes são encaminhados ao Serviço de Psicologia Médica pelos diversos setores do hospital, tanto ambulatórios, como enfermarias, sendo esses encaminhamentos agendados para uma triagem em que se verificam as necessidades do caso. Dependendo da demanda, o paciente encaminhado é inscrito para atendimento psicoterápico no serviço, ou pode ser encaminhado para um serviço mais apropriado para sua necessidade, ou para um serviço mais perto de sua residência, ou pode também ser realizada consulta terapêutica, sem a inscrição do caso para atendimento ambulatorial em psicoterapia. No caso de inscrição no ambulatório de saúde mental para psicoterapia, é realizada uma folha de rosto com os dados do caso e a inscrição no mapa de atendimento psicoterápico. Baseados no agendamento dos encaminhamentos que resultaram em inscrição nesse ambulatório, foram selecionadas (através do mapa de inscritos em 2011) as 11 entrevistas previstas na amostra calculada.

O campo de estudo – os três ambulatórios - por estar no mesmo local em que a pesquisadora trabalha apresentou facilidades (fácil acesso às agendas dos ambulatórios, excelente colaboração dos médicos e das atendentes devido ao conhecimento prévio, maior aceitação por parte dos entrevistados, por ser médica na instituição) e dificuldades (ser mais solicitada pelo serviço, por estar na instituição tendo, muitas vezes, que optar em não ir ao campo para fazer algum atendimento mais urgente, maior dificuldade de separar o lado assistencial do lado pesquisador e ter respostas, talvez, menos objetivas, devido ao pré-conhecimento institucional).

### **3.5. As entrevistas e os critérios de seleção**

Ao identificar os elegíveis através dos critérios de seleção, era explicado pela pesquisadora, ao responsável e ao adolescente, o objetivo da pesquisa e em seguida, era feito o convite para ambos participarem. Após a confirmação da disponibilidade da participação, entregávamos ao responsável o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (anexo 3) e solicitávamos que este fosse assinado e datado, ficando arquivado com a pesquisadora e uma cópia do TCLE sendo fornecida ao responsável.

Como os questionários apresentavam muitas perguntas e sua aplicação era demorada (podendo prejudicar o andamento do ambulatório e a aceitação dos entrevistados em esperar após a consulta), buscou-se otimizar a investigação, capacitando e treinando duas assistentes de pesquisa (com o adendo sendo aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa e registrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), que ajudavam na aplicação do questionário para o responsável, enquanto a pesquisadora entrevistava o adolescente.

As assistentes eram duas jovens, uma bolsista CNPq, cursando o último ano na graduação de Serviço Social e a outra assistente convidada, recém-formada em Licenciatura de Educação Física e graduanda do Bacharelado em Educação Física. Com ambas foi realizado treinamento e capacitação para a coleta dos dados tanto no campo de pesquisa como em relação à revisão dos prontuários.

Com a ajuda dessas assistentes de pesquisa, as entrevistas com a dupla criança-adolescente/responsável reduziram de 45 minutos -1 hora de entrevista, por cada um dos entrevistados, para 30-45 minutos para a dupla. Nas ocasiões em que as auxiliares não puderam estar presentes, a pesquisadora usou o recurso de entregar ao responsável o questionário dele, impresso (tirando as dúvidas, se necessário fosse) e realizar a aplicação do questionário do adolescente paralelamente.



Os **critérios de inclusão** dos sujeitos de pesquisa foram: adolescentes de ambos os sexos, com idade de 11 a 18 anos incompletos, cujos responsáveis estivessem convivendo com os mesmos, pelo menos, durante o último ano e soubessem fornecer informações sobre o adolescente.

Os **critérios de exclusão** foram: adolescentes fora da faixa etária da pesquisa (menores de 11 anos e maiores de 18 anos); com incapacidade de entender e responder verbalmente o questionário, independente da idade; adolescentes desacompanhados (com menos de 18 anos); e responsáveis que não tivessem condições de prestar informações sobre o adolescente.

Assim, as entrevistas realizadas e as não realizadas nos três diferentes ambulatórios, no período do trabalho de campo estão destacadas na **Tabela 2**, a seguir:

**Tabela 2: Descrição das entrevistas realizadas e motivos para a não realização de entrevistas nos diferentes ambulatórios que serviram de trabalho de campo para esta pesquisa. População que buscou atendimento entre janeiro e setembro de 2011**

Entrevistas	Ambulatório de Pediatria	Ambulatório de Adolescente	Ambulatório de Saúde Mental	Total
Realizadas – 1ª fase	59	159	11	229
Não realizada – 1ª fase	799	465	0	1264
Motivo: Não realizadas: déficit cognitivo	25	160	0	185
Motivo: Não realizada - recusa	0	4	0	4
Não realizada: fora da faixa etária da pesquisa	726	29	0	755
Motivo: Não realizada: faltou à consulta	41	188	0	229
Motivo: Não realizada: desacompanhada (menor de 18 anos)	0	19	0	19
Não realizada: foi embora antes da entrevista se realizar	7	65	0	72

Pode-se perceber que, durante o trabalho de campo, o ambulatório de pediatria apresentou número elevado de crianças fora da faixa etária da pesquisa (84,5%), mesmo sendo escolhido o horário e os agendamentos de médicos que atendem crianças maiores, o que impossibilitou completar o cálculo amostral no período destinado à pesquisa.

Além disso, ocorreu, dentro dos elegíveis da pesquisa (total de 133), alta ocorrência de faltosos à consulta agendada (30,8%), com pequena percentagem dos que já haviam sido consultados e ido embora antes da presença no campo de pesquisa (5,3%) e de 18,8% de crianças com alto grau de déficit cognitivo, o que impedia participar da entrevista. Neste ambulatório não houve recusa de participação na pesquisa.

No ambulatório de adolescentes encontrou-se o inverso, ou seja, a maior parte dos pacientes estava dentro da faixa etária elegível para a investigação, sendo somente 4,6% dos agendados que não correspondiam a esta exigência. Porém, dos 595 dentro da faixa etária, apenas 26,7% participaram da entrevista, devido à alta percentagem de agendados com alto grau de déficit cognitivo (27%), o que não lhes permitia responder as perguntas do questionário, além da alta ocorrência de faltosos (31,6%) às consultas agendadas, 11% haviam ido embora, quando chegávamos ao campo de pesquisa e 3,7% se recusaram a participar.

No ambulatório de saúde mental, devido à dinâmica do serviço, ao baixo número do cálculo amostral e à demanda referida, não se encontrou nenhum dos motivos para a não realização da entrevista como constatado nos outros dois ambulatórios.

### **3.6. Análise documental através da revisão de prontuários**

Segundo Skuse (1989), o abuso emocional pode levar à disfunção de secreção do hormônio do crescimento, o que pode acarretar no atraso do desenvolvimento e crescimento. Para Waller *et al.* (2007) e Kent *et al.* (2000), distúrbios alimentares, como obesidade, anorexia e bulimia podem estar associados a abuso emocional sofrido na infância. Partindo desses achados, procurou-se investigar, a partir de dados secundários

existentes nos prontuários das crianças/adolescentes, problemas orgânicos que poderiam ser analisados junto com a exposição à violência psicológica.

Elaborou-se uma ficha clínica em que se buscou colher as informações sobre: peso e altura do entrevistado, motivo da consulta no hospital, história pregressa de saúde, diagnóstico atual e medicação prescrita na consulta.

Os prontuários foram selecionados após as entrevistas terem sido realizadas. De posse do registro dos números dos prontuários dos entrevistados, solicitavam-se ao arquivo médico (setor responsável pelo arquivamento dos prontuários médicos) os prontuários para se realizar sua revisão, como consta na **Tabela 3**. No início desse processo, solicitaram-se ao setor responsável pelos prontuários, através do agendamento de pesquisa, os prontuários dos entrevistados; como o atendimento havia sido realizado há algum tempo, alguns prontuários não foram localizados. Visando não passar mais por tal dificuldade, organizou-se esta coleta de forma distinta, buscando-se os prontuários pouco tempo após as consultas, com maior êxito em sua localização. A explicação do setor para as perdas encontradas pautou-se no argumento de que os pacientes com pouco retorno para as consultas no hospital têm seus prontuários enviados para outro setor da Fiocruz. Apenas aqueles com consultas regulares têm seus prontuários arquivados no próprio hospital.

O arquivo médico do IFF tem a estrutura organizacional de permitir duas pesquisas distintas de prontuário por dia, com, no máximo, 10 prontuários por vez. A solicitação tem que ser feita ao setor com antecedência. Assim, a pesquisadora agendava o pedido de 10 prontuários e, junto com as auxiliares de pesquisa, realizavam a revisão, focando no preenchimento digital da ficha clínica elaborada, como visto na **Tabela 3**. No total, 172 prontuários foram analisados na pesquisa (75,10% das crianças/adolescentes entrevistados na primeira fase).

**Tabela 3: Análise documental dos prontuários**

<b>Prontuários</b>	<b>Ambulatório de Pediatria</b>	<b>Ambulatório de Adolescentes</b>	<b>Ambulatório de Saúde Mental</b>	<b>Total</b>
Prontuários analisados	49	112	11	172
Prontuários não localizados/inativos	6	5	0	11
Pronto Atendimento (PA)	0	46	0	46

### **3.7. Questões Éticas**

Com as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos, através da Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996, construiu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em anexo, onde se busca a autonomia dos sujeitos de pesquisa (anuência do sujeito da pesquisa ou de seu representante legal), a ponderação entre riscos e benefícios atuais e potenciais, individuais e coletivos, visando o máximo de benefícios e o mínimo de danos, e a justiça e equidade através da relevância social da pesquisa, com vantagens para os sujeitos da pesquisa e o mínimo de ônus para os sujeitos vulneráveis (no caso desta pesquisa, os adolescentes), garantindo os interesses envolvidos.

Assim, o presente estudo observou as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios da Declaração de Helsinki, aprovados pelo parecer número 0031/10 do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz, emitido em 03 de agosto de 2010. As entrevistas foram colhidas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Capítulo 4**  
**Resultados: Coletânea de Artigos**

<b>4.1. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. ARTIGO 1: -----</b>	<b>65</b>
<b>4.2. Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuárias de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. ARTIGO 2: -----</b>	<b>78</b>
<b>4.3. Violência psicológica no contexto familiar e Saúde Mental de Adolescentes. ARTIGO 3: -----</b>	<b>97</b>
<b>4.4. Violência psicológica no contexto familiar e saúde física de adolescentes usuários dos serviços ambulatoriais de um hospital pediátrico público terciário. ARTIGO 4: Em formato de comunicação breve. -----</b>	<b>113</b>

## **A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar.**

Artigo já publicado no Caderno de Saúde Pública.

Referência: Abranches CD, Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. Cad. Saúde Pública 2011, 27(5):843-854.

### **Introdução:**

A violência é uma questão fundamental para o setor de saúde devido ao seu impacto nas condições de vida e de saúde da população <sup>1,2</sup> especialmente quando acontece durante a infância, antes do completo crescimento e desenvolvimento humano. Na década de 70 foi demonstrada ao mundo a gravidade dos abusos na infância através da “síndrome da criança espancada”, impulsionando estudos sobre violência física e violência sexual e seus impactos na saúde de crianças, adolescentes e adultos expostos a estes. Através destas experiências percebeu-se que a violência psicológica, muito pouco estudada na época, poderia causar mais danos do que as outras formas de maus-tratos, sendo certamente mais difícil de ser identificada <sup>3, 4,5,6,7,8</sup>. Estudos das décadas de 70, 80 e 90 apontam para a grande preocupação com o conceituar e definir a violência psicológica. Diferente das outras naturezas de violência, com definição e conceitos mais claros possibilitando assim melhor detecção e consequente intervenção, a violência psicológica é pouco diagnosticada apesar de ser mais prevalente do que as outras formas de abuso, segundo pesquisadores da área <sup>4,5,6</sup>.

Estudiosos <sup>7,8</sup> no desenvolvimento psicológico infantil mostram que a violência psicológica acarreta ataques ao ego da criança, com sérios danos e distorções introduzidas em seu mapa psicológico sobre o mundo. Com essa perspectiva, Garbarino *et al.* <sup>7</sup> elencaram cinco importantes comportamentos parentais tóxicos do ponto de vista psicológico infantil para auxiliar na detecção deste abuso: rejeitar (recusar se a reconhecer a importância da criança e a legitimidade de suas necessidades), isolar (separar a criança de experiências sociais normais impedindo-a de fazer amigos, e fazendo com que a criança acredite estar sozinha no mundo); aterrorizar (a criança é atacada verbalmente, criando um clima de medo e terror, fazendo-a acreditar que o mundo é hostil); ignorar (privar a criança de estimulação, reprimindo o desenvolvimento emocional e intelectual) e corromper (quando o adulto conduz negativamente a socialização da criança, estimula e reforça o seu engajamento em atos antissociais). Outra contribuição deste autor refere-se ao contexto cultural e social onde

ocorre a violência, sendo consenso de que o reconhecimento de maus-tratos psicológicos depende substancialmente do contexto em que se está inserido. Nesta linha, o reconhecimento de maus-tratos psicológicos será efetuado quando comunicar uma mensagem cultural específica de rejeição ou prejudicar relevante processo de socialização e desenvolvimento psicológico<sup>7,8</sup>.

Diferentes ângulos têm sido adotados pelos autores ao estudarem violência psicológica na infância. O'Hagan<sup>9</sup> e Brassard *et al.*<sup>10</sup> focalizam a conceituação dos maus-tratos psicológicos durante o desenvolvimento infantil no comportamento dos pais, em que estes repetidamente convencem a criança de que ela é a pior, não amada, não querida, ou que seu único valor é comparado com a necessidade dos outros. Jellen *et al.*<sup>11</sup> sinalizam que a violência psicológica tem sido considerada como ponto central do abuso infantil e da negligência. Claussen *et al.*<sup>12</sup> afirmam que a violência psicológica pode causar mais danos no desenvolvimento infantil do que a violência física. Os possíveis efeitos na criança de conviver com violência psicológica são enumerados por vários estudiosos, tais como: incapacidade de aprender, incapacidade de construir e manter satisfatória relação interpessoal, inapropriado comportamento e sentimentos frente a circunstâncias normais, humor infeliz ou depressivo e tendência a desenvolver sintomas psicossomáticos<sup>3,6,7,8</sup>.

Diante dos agravos que a violência psicológica pode causar em crianças e devido a sua difícil detecção, buscamos neste artigo analisar as publicações mundiais existentes sobre o tema através de uma revisão da literatura.

### **Material e método:**

Os artigos analisados são originados da pesquisa bibliográfica em bases de dados especializadas, utilizando-se os seguintes descritores: (a) LILACS, MEDLINE e SciELO – violência ou abuso ou maus-tratos e psicológico ou emocional, e criança ou adolescente; (b) PubMed, Scopus e PsycInfo – *psychological or emotional and maltreatment or violence or abuse and child or adolescent*. A escolha das palavras-chave baseou-se na diversidade encontrada na literatura especializada: “violência”, “abuso” e “maus-tratos” e os diferentes termos “psicológicos” (aspectos afetivos e cognitivos) e “emocionais” (só os aspectos afetivos).

Neste artigo os termos são usados como sinônimos<sup>8</sup>. O levantamento iniciou-se em 1970, época em que a “síndrome da criança espancada” disseminou-se no meio

científico, e finalizou em 2009. Teve como objeto de pesquisa a exposição à violência psicológica na infância, no contexto familiar.

Nas diferentes bases de dados foram identificados 3.953 artigos que, através da leitura do título e do resumo, foram reduzidos para 140 artigos. Desses, através dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 81 artigos.

Os critérios de inclusão foram: artigos com título e/ou resumo com referência a violência psicológica ocorrida na infância e na adolescência, no contexto familiar, podendo estar sozinha ou acompanhada de outros tipos de violência.

Como critérios de exclusão têm-se: estudos exclusivos sobre outros tipos de violência doméstica; estudos sobre violência psicológica contra a mulher adulta, entre casal e contra a gestante, inclusive na faixa etária em estudo. Também foram excluídos textos em outras línguas que não o português, inglês e espanhol (4 artigos em francês e 3 em coreano).

A análise dos artigos se deu em duas etapas.

Inicialmente 81 artigos selecionados foram integralmente lidos e categorizados (Tabela 1). A seguir, verificou-se que, dos 51 estudos epidemiológicos, 35 destes apresentavam como sujeito de pesquisa jovens adultos ou adultos que relatavam ter sofrido violência psicológica na infância no contexto familiar. Estes estudos retrospectivos dependem da capacidade de memória e podem introduzir um viés de informação <sup>13</sup>. Este aspecto é relevante especialmente quando se considera que a dificuldade de resgatar as informações da exposição ocorrida no passado se agrava quando o efeito em estudo carrega forte carga emocional, como é o caso de ter sofrido violência psicológica de pessoa significativa na infância. Por essa razão, apenas uma visão geral desses 35 artigos é apresentada na seção de resultados. Optou-se então por analisar detalhadamente os artigos onde o sujeito de pesquisa sofreu há pouco tempo ou está sofrendo ainda violência psicológica no contexto familiar, como é o caso de crianças e adolescentes. Assim, foram selecionados 16 artigos (4 nacionais e 12 internacionais) com seus resultados expostos a seguir.

## **Resultados:**

### **Dados gerais dos artigos sobre violência psicológica ocorrida na infância e na adolescência:**

Dos 81 artigos analisados apenas cinco pertencem à literatura brasileira; 93,8% são internacionais. Em sua maioria, os artigos foram publicados na língua inglesa.



Na Tabela 1 pode-se constatar o crescente interesse pelo tema. Os anos 70 respondem por apenas 1 artigo (1,3%) do total; o crescimento é progressivo, chegando a 56 artigos (69%) publicados na primeira década do novo século.

Ainda na Tabela 1 vê-se que aproximadamente um em cada 3 artigos é teórico-conceitual e aborda a grande dificuldade de se definir e conceituar a violência psicológica. Esse tipo de publicação aumenta no decorrer das décadas. A reflexão sobre os conceitos, dada sua dimensão, não faz parte do presente artigo.

**Tabela 1: Distribuição dos artigos sobre VP segundo tipos e cronologia:**

- 1- 35 estudos transversais (7 relacionados ao desenvolvimento e validação de instrumentos psicométricos), 11 estudos longitudinais e 5 caso-controle.
- 2- 1 artigo sobre análise de desenho de crianças para aferir VP e 1 sobre entrevista filmada para avaliar relações interpessoais.

Nos 51 estudos epidemiológicos encontrou-se que 14 destes (27,5%) são exclusivos com amostra do sexo feminino<sup>14,15,16,17,18,19,20,21,22, 23,24,25,26,27</sup>. Em relação à idade dos entrevistados, 35 artigos (68,6%) utilizaram como amostra de pesquisa a faixa etária dos adultos e 16 artigos (31,4%), adolescentes e crianças<sup>10,27,28,29,30, 31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41</sup>.

Em relação ao desenho do estudo dos artigos verificou-se que 35 estudos eram transversais sendo 7 destes relacionados ao desenvolvimento e validação de instrumentos psicométricos; 11 artigos apresentavam estudos longitudinais e 5 artigos utilizaram metodologia caso-controle.

Quanto aos locais onde foram realizados os estudos 64% foram realizados nos Estados Unidos; seguido por países como Canadá, Brasil, África do Sul, Sri Lanka e países europeus.

Em relação aos objetivos destes artigos analisados, encontrou-se que 18 destes (35,3%) investigaram a exposição à violência psicológica na infância correlacionando-a a diversas variáveis, que demonstraram a associação dessa exposição com repercussões na saúde mental (ansiedade, depressão e tentativa de suicídio) e com repercussões na saúde física (distúrbios alimentares e a obesidade)<sup>12,13,14,15,16,19,20,23,26,29,42,43, 44,45,46,47,48,49</sup>.

Os resultados de 8 artigos (15,6%) que estudaram a estimativa de prevalência de violência psicológica encontraram os percentuais entre 26% a 80%<sup>25,30,41,50,51,52,53,54</sup>.

O estudo de violência psicológica como fator de risco, encontrado em 7 artigos (13,7%), apontam para bulimia nervosa, obesidade, ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e distúrbios somáticos <sup>21,22,27,28,55,56,57</sup>.

Sobre o desenvolvimento de instrumentos de pesquisa, 5 dos artigos (9,8%) têm esse interesse <sup>10,17,18,33,39</sup>. Dois artigos, na categoria de outros, mostram pesquisas bem diferentes, uma sobre a análise de desenhos de crianças como instrumento de detecção de violência psicológica <sup>58</sup> e outro estuda as reações de universitárias filmando o encontro destas com pessoas não conhecidas <sup>59</sup>.

Os resultados destes artigos reforçam as dificuldades de definição e detecção da violência psicológica, mas mostram a alta ocorrência desta na infância e seus efeitos no desenvolvimento tendo, a curto e longo prazo, impactos na saúde física e mental. Apresentam inúmeras escalas mostrando a dificuldade de detecção, mas também o crescente interesse e preocupação com tão grave abuso <sup>10,12,13,15,18,25,27,28,30,33,34,37,38,42,45,48,51,55,57,58,59</sup>.

### **Artigos sobre vivência de violência psicológica informada por crianças e adolescentes:**

Na Tabela 2 veem-se informações sobre os 16 artigos em que crianças e adolescentes relatam a vivência de violência psicológica na família. A partir dos dados apresentados na Tabela 2 nota-se que 4 artigos (25%) foram realizados em instituições de proteção a crianças e adolescentes, sendo esta população caracterizada pela convivência mais íntima com distintas formas de violência, não refletindo assim a população em geral. Já os demais artigos foram realizados com maiores grupos populacionais, sendo que 44,4% foram efetuados em escolas, com adolescentes.

Os estudos que avaliaram crianças também entrevistaram os responsáveis, visando compreender o comportamento frente à educação dos filhos.

Dos 16 artigos estudados, 6 são realizados com população americana (37,5%) <sup>10,11,29,32,34,37</sup> e os restantes divididos em diferentes culturas: 2 no Canadá <sup>28,36</sup>, 1 na Palestina <sup>27</sup>, 1 na África do Sul <sup>30</sup>, 1 em Sri Lanka <sup>33</sup>, 1 em Israel <sup>35</sup> e 4 no Brasil <sup>38,39,40,41</sup>. Neste aspecto, alguns investigadores preocuparam-se em desenvolver uma escala que se adapta ao contexto cultural <sup>27,33,35</sup> e outros em fazer a adaptação transcultural de escalas já existentes e com boa validade e confiabilidade <sup>39</sup>.

A maioria dos artigos foi publicada na última década (94%), demonstrando o aumento no interesse neste tema. Porém parece que a dificuldade em relação à detecção desta natureza de violência ainda persiste: 11 diferentes escalas foram utilizadas em 16

artigos, sendo três destes referentes ao desenvolvimento de escala ou adaptação transcultural para aplicação em diferentes culturas. Em todos os artigos os autores se preocuparam com a questão da definição da violência psicológica, sendo que em alguns se realizou revisão conceitual e histórico do desenvolvimento de escalas que se aproximassem do tema pesquisado <sup>10,27,31,32,34,37</sup>. Este fato é bem demonstrado no trabalho de Trickett et al. <sup>37</sup> que faz uma comparação da prevalência relatada em um departamento de proteção às crianças e às famílias (9% de casos de violência psicológica), em contraste com a aplicação de um instrumento específico para esta questão, nos mesmos relatos, identificando-se 50% de violência psicológica.

Os artigos convergem no sentido de que, para a violência psicológica ser mais bem identificada, é preciso que se tenha um instrumento que a enquadre, defina e delimite <sup>37</sup>. Os objetivos dos artigos selecionados foram: desenvolver escalas, estimar prevalência, investigar fatores de risco na infância e avaliar a relação dos maus-tratos com problemas de saúde mental.

Entre os artigos que investigaram a prevalência dos abusos na infância observa-se elevada a magnitude da violência psicológica na infância: 70,7% <sup>30</sup>, 50% <sup>35,37</sup>, 48% <sup>38</sup>, 29% <sup>40,41</sup>. Os artigos convergem no fato de que para que a violência psicológica se dê nas relações familiares é necessário que alguém significativo para a criança lhe transmita o sentimento de que é incapaz, de que suas necessidades emocionais não são reconhecidas e de que seus desejos não têm valor.

Os fatores de risco encontrados nos estudos foram muito variados, destacando-se, especialmente: pobreza, pai/mãe não biológicos ou separados, alienação ou precária autoestima da mãe, baixa amabilidade dos pais, gravidez ou parto complicados, baixo QI, dificuldades de temperamento <sup>28</sup>; ambiente familiar, questões de gênero, disciplina rígida, suporte dos pais e valores familiares <sup>27</sup>; satisfação com o casamento e idade da mãe <sup>40</sup>.

Alguns problemas associados à convivência de violência psicológica na infância e constatados nos estudos foram: mau rendimento escolar; problemas emocionais (ansiedade, depressão, tentativa de suicídio e transtorno de estresse pós-traumático–TEPT); ser vítima de violência na comunidade e na escola, transgredir normas e vivenciar violência no namoro.

Dentre as escalas desenvolvidas, de uma forma geral há indicativos de relativa confiabilidade e validade, embora os estudos sejam recentes e ainda não estejam suficientemente replicados e avaliados em outros contextos. De uma forma geral nos

estudos há detalhamento sobre: validade de conteúdo <sup>29,33</sup>; consistência interna aferida por  $\alpha$  de Crombach acima de 0,92 <sup>29,39</sup>; concordância entre aplicadores com coeficiente de Pearson acima de 0,72 relatado por Brassard et al. <sup>10</sup> e acima de 0,90 para outros autores <sup>34,35,37</sup>; confiabilidade teste-reteste acima de 0,80 para a maioria dos itens <sup>11,33,37,39</sup>; validade de critério através de avaliação psiquiátrica <sup>33</sup>; validade de constructo medida por frequência/participação escolar <sup>33</sup> e apoio social, autoestima, violência severa cometida pelos pais <sup>39</sup>; além da apresentação da análise fatorial dos itens que compõem a escala <sup>29,39</sup>.

### **Quadro 1: Características de estudos epidemiológicos internacionais e nacionais sobre VP, no contexto familiar, sob a ótica de crianças e adolescentes:**

#### **Discussão:**

Qualquer análise da violência deve começar pela definição de suas várias formas <sup>2</sup>, de modo a permitir que a discussão científica avance e que se possibilitem formas de mensuração fidedignas.

No caso da violência psicológica, constatou-se que inicialmente houve uma preocupação com a definição e a conceituação, para que se pudesse partir para a reflexão sobre as formas de operacionalização do problema.

Observou-se o aumento do interesse pelo tema principalmente na última década e o desejo de aprofundamento do conhecimento com estudos longitudinais, considerando-se que a magnitude da violência psicológica comprova a relevância de se estudar essa natureza de violência. Todavia, vale a pena ressaltar que questões conceituais certamente ainda não foram superadas, refletindo na ampla variedade de tipos de aferição e de instrumentos existentes tentando mensurar as distintas formas a violência psicológica. O problema está bem presente e seu enfrentamento tem hoje crucial importância, como apontam alguns artigos desta revisão <sup>5,6,7,8,9,15</sup>.

Frente às dificuldades de detecção da violência psicológica encontrou-se nos estudos epidemiológicos selecionados a relevância do uso de instrumentos para aferir a ocorrência de violência psicológica, sendo que o uso de escalas pode beneficiar a possibilidade de associações e correlações dos resultados destas com diferentes variáveis, obtendo-se assim, a estimação de fatores de risco e de proteção, o que contribuiria com informações sobre populações que necessitam de intervenções preventivas, cumprindo uma das metas da saúde pública que é colocar esse conhecimento científico em prática <sup>2</sup>.

Muito do que se sabe sobre a violência não fatal provém de pesquisas e estudos especiais em diferentes grupos populacionais <sup>2</sup>, como visto nos artigos selecionados nesta revisão de literatura. Além disso, o fato dos artigos serem realizados em diferentes culturas aumentou a contribuição para o conhecimento do tema, reforçando que a violência vivida na infância, em especial a violência psicológica, origina danos reais e potenciais na saúde física e mental de crianças e adolescentes, tendo repercussões a curto e longo prazo, ou seja, refletindo também na vida adulta destas pessoas <sup>14,15,16,17,20,21,22,23,24,25,43,44,45,46,47,48,49,55</sup>.

É importante sensibilizar a rede de atenção a vítimas de violência e a sociedade em geral com a noção de que a violência psicológica promove uma mensagem cultural específica de rejeição que prejudica de forma relevante o processo de socialização e desenvolvimento psicológico, com graves efeitos especialmente quando ocorre na infância e adolescência <sup>27,28,30,33,35,36,38,39</sup>.

Encontrou-se também que crianças e adolescentes que sofrem violência no contexto familiar, por parte de pessoas significativas (a quem amam e de quem, na verdade, esperam cuidados e proteção), estão mais vulneráveis e podem tornar-se mais suscetíveis à violência em outros ambientes sociais, como escola, comunidade e nas relações de namoro <sup>35,36,38</sup>. A violência familiar representa um importante fator de risco para o adequado desenvolvimento e integração social, embora seja frequentemente justificada pelos agressores como formas de educar e corrigir comportamentos indesejáveis <sup>41</sup>.

Vale a pena ressaltar que os artigos partem do pressuposto de que durante toda a infância e a adolescência, o crescimento e desenvolvimento adequados dependem de diferentes fatores relacionados aos cuidados básicos especialmente de responsabilidade da família, cujos prejuízos podem ser manifestados de diferentes formas, de acordo com a duração e intensidade do comprometimento <sup>27,28,35</sup>.

Os 16 artigos que utilizaram os relatos de crianças e adolescentes que vivem ou viveram há pouco tempo violência psicológica no contexto familiar mostram prevalência muitíssimo alta: 70,7% <sup>30</sup>; ou muito alta: 50% <sup>35,37</sup>, 48% <sup>38</sup>, 29% <sup>40,41</sup>.

Esses artigos indicam também a associação com problemas de saúde mental <sup>28,29,34</sup>, sinalizando a possibilidade de futuros impactos na vida adulta. Neste sentido, a comparação com os 35 estudos epidemiológicos retrospectivos corroboram isso, já que estes demonstraram a ocorrência de efeitos em longo prazo na saúde de quem sofreu violência psicológica na infância no contexto familiar <sup>12,13,14,15,16,19,20,23,26,29,43,44,45</sup>,

<sup>46,47,48,49</sup>. Este fato reforça a importância desses estudos de prevalência para o planejamento de ações e administração de serviços de saúde, bem como para a elaboração de políticas, e para a saúde pública.

### **Considerações finais:**

Apesar da violência psicológica que atinge crianças e adolescentes não ser recente, apenas há 30 anos recebeu atenção internacional com crescente conscientização e sensibilização de profissionais e do público em geral.

É um fenômeno universal que não tem limites culturais, sociais, ideológicos ou geográficos e ainda está envolto por um pacto de silêncio, principal responsável pelo ainda tímido diagnóstico e pelo reduzido número de notificações. Entretanto, como se constitui em um problema social crescente que não se limita às áreas da saúde, assistência social ou de justiça, qualquer cidadão, ao entrar em contato com crianças e adolescentes, deveria ser capaz de diagnosticar, relatar e ajudar a orientar estas crianças e seus responsáveis.

Assim, esta revisão da literatura mundial sobre a exposição à violência psicológica na infância, no contexto familiar, demonstra que a violência psicológica está saindo da invisibilidade, mas que ainda apresenta inúmeras dificuldades a serem vencidas, para o melhor enfrentamento de tão grave natureza de violência.

### **Colaboradores**

C. D. Abranches participou da coleta e análise dos dados, da redação e da elaboração do artigo. S. G. Assis participou na redação, elaboração e revisão do artigo.

### **Referências:**

1. Minayo MCS, Souza ER, organizadores. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;2003.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2002.
3. Guirguis WR. Physical indicators of emotional abuse in children. *BMJ* 1979; 2:1290.
4. Garrison EG. Psychological maltreatment of children: an emerging focus for inquiry and concern. *Am Psychol* 1987; 42:157-9.
5. Rosenberg MS. New directions for research on the psychological maltreatment of children. *Am Psychol* 1987; 42:166-71.
6. Hart SN. A major threat to children's mental health. Psychological maltreatment. *Am Psychol* 1987; 42:160-5.

7. Garbarino J, Guttamann E, Seeley JW. The psychologically battery child. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1986.
8. Gabarino J. Psychological child maltreatment. A developmental view. *Prim Care* 1993; 20:307-15.
9. O'Hagan KP. Emotional and psychological abuse: problems of definition. *Child Abuse Negl* 1995; 19:449-61.
10. Brassard MR, Hart SN, Hardy DB. The psychological maltreatment rating scales. *Child Abuse Negl* 1993; 17:715-29.
11. Jellen LK, McCarroll JE, Thayer LE. Child emotional maltreatment: a 2-year study of US Army cases. *Child Abuse Negl* 2001; 25:623-39.
12. Claussen AH, Crittenden PM. Physical and psychological maltreatment relations among types of maltreatment. *Child Abuse Negl* 1991; 15:5-18.
13. Gordis L. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
14. Briere J, Runtz M. Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse Negl* 1988; 12:331-41.
15. Moeller TP, Bachmann GA, Moeller JR. The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women. *Child Abuse Negl* 1993; 17:623-40.
16. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1122-6.
17. Rorty M, Yager J, Rissotto E. Childhood sexual, physical and psychological abuse and their relationship to comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1994; 16:317-34.
18. Kent A, Waller G. The impact of childhood emotional abuse: an extension of the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse Negl* 1998; 22:393-9.
19. Moran PM, Bifulco A, Ball C, Jacobs C, Benaim K. Exploring psychological abuse in childhood: I. Developing a new interview scale. *Bull Menninger Clinic* 2002; 66:213-40.
20. Anderson PL, Tiro JA, Price AW, Bender MA, Kaslow NJ. Additive impact of childhood emotional, physical and sexual abuse on suicide attempts among low-income African American Women. *Suicide Life Threat Behavior* 2002; 32:131-8.
21. Bifulco A, Moran PM, Baines A, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bull Menninger Clinic* 2002; 66:241-58.

22. Schoemaker C, Smit F, Bijl RB, Volleberg WAM. Bulimia nervosa following psychological and multiple child abuse: support for the self-medication hypothesis in a population-based cohort study. *Int J Eat Disord* 2002; 32:381-8.
23. Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Negl* 2003; 27:1247-58.
24. Hund AR, Espelage DL. Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse Negl* 2006; 30:393-407.
25. Berenson KR, Andersen SM. Childhood physical and emotional abuse by a parent: transference effects in adult interpersonal relations. *Pers Soc Psychol Bull* 2006; 32:1509-22.
26. Clément ME, Chamberland C. Physical violence and psychological aggression towards children: five-year trends in practices and attitudes from two population surveys. *Child Abuse Negl* 2007; 31:1001-11.
27. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal cohort of 290 adolescent women. *Child Maltreat* 2000; 5:218-26.
28. Shaffer A, Yates TM, Egeland R. The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: developmental processes in a prospective study. *Child Abuse Negl* 2009; 33:36-44.
29. Kramis V. Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse Negl* 2000; 24: 1047-59.
30. Gore-Felton C, Koopman C, McGarvey D, Hernandez N, Canterbury II R. Relationships of sexual, physical and emotional abuse to emotional and behavioral problems among incarcerated adolescents. *J Child Sex Abus* 2001; 10:73-88.
31. Madu SN. Prevalence of child psychological, physical, emotional, and ritualistic abuse among high school students in Mpumalanga Province, South Africa. *Psychol Rep* 2001; 89:431-44.
32. Hamarman S, Pope KH, Czaja SJ. Emotional abuse in children: variations in legal definitions and rates across the United States. *Child Maltreat* 2002; 7:303-11.
33. Fernandopulle S, Fernando D. Development and initial validation of a scale to measure emotional abuse among school children aged 13-15 years in Sri Lanka. *Child Abuse Negl* 2003; 27:1087-99.



34. Schneider MW, Ross A, Graham C, Zielinski A. Do allegations of emotional maltreatment predict developmental outcomes beyond that of other forms of maltreatment? *Child Abuse Negl* 2005; 29: 513-32.
35. Elbedour S, Abu-Bader S, Onwuegbuzie AJ, Aref Abu-Rabia A, El-Aassam S. The scope of sexual, physical, and psychological abuse in a Bedouin- Arab community of female adolescents: the interplay of racism, urbanization, polygamy, family honor, and the social marginalization of women. *Child Abuse Negl* 2006; 30:215-29.
36. Wekerle C, Leung E, Wall AM, MacMillan H, Boyle M, Trocme N, et al. The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services involved youth. *Child Abuse Negl* 2009; 33:45-58.
37. Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: issue for definition and identification. *Child Abuse Negl* 2009; 33:27-35.
38. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16:43-51.
39. Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:702-8.
40. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Torres Filho B, Araujo JR, Silva PFR. Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru- PE. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr* 2006; 6:65-70.
41. Costa COM, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Souza HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:1129-41.
42. Gibb BE, Wheeler R, Alloy LB, Abramson LY. Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. *J Pers Disord* 2001; 15:505-11.
43. Madu SN. The relationship between parental physical availability and child sexual, physical and emotional abuse: a study among a sample of university students in South Africa. *Scand J Psychol* 2003; 44:311-8.
44. Finzi-Dottan R, Karu T. From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood: a path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194:616-21.

45. Webb M, Heisler D, Call S, Chickering SA, Colburn TA. Shame, guilt, symptoms for depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse Negl* 2007; 31:1143-53.
46. Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety* 2007; 24:256-63.
47. Greenfield EA, Marks NF. Profiles of physical and psychological violence in childhood as a risk factor for poorer adult health: evidence from the 1995-2005 National Survey of Midlife in the United States. *J Aging Health* 2009; 21:943-66.
48. Wright MO'D, Crawford E, Castillo DD. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl* 2009; 33:59-68.
49. Carpenter LL, Tyrka AR, Ross NS, Khoury L, Anderson GM, Price LH. Effect of childhood emotional abuse and age on cortisol responsivity in adulthood. *Biol Psychiatry* 2009; 66:69-75.
50. Yamamoto M, Iwata N, Tomoda A, Tanaka S, Fujimaki K, Kitamura T. Child emotional and physical maltreatment and adolescent psychopathology: a community study in Japan. *J Community Psychol* 1999; 27:377-91.
51. Straus MA, Field CJ. Psychological aggression by American parents: national data on prevalence, chronicity and severity. *J Marriage Fam* 2003; 65:795-808.
52. Tamar-Gurol D, Sar V, Karadag F, Evren C, Karagoz M. Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62:540-7.
53. Perera B, Ostbye T, Ariyananda PL, Lelwala E. Prevalence and correlates of physical and emotional abuse among late adolescents. *Ceylon Med J* 2009; 54:10-5.
54. Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2926-36.
55. Allen B. An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreat* 2008; 13:307-12.
56. Liu RT, Alloy LB, Abramson LY, Whithouse WG. Emotional maltreatment and depression: prospective prediction of depressive episodes. *Depress Anxiety* 2009; 26:174-81.

## **4.2. Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário.**

### **Resumo:**

Buscou-se investigar a associação da violência psicológica (VP) na adolescência com fatores sociodemográficos, estrutura/relacionamento familiar e com outras formas de maus-tratos vivenciados. Aplicou-se em 229 adolescentes (11-18 anos) um questionário, em serviços ambulatoriais de um hospital pediátrico público terciário. Encontrou-se que 26,4% dos entrevistados sofrem VP severa no contexto familiar, sendo que apenas 5 dos 229 entrevistados relataram não sofrer qualquer tipo de VP familiar, demonstrando como essa natureza de violência é tida como uma forma corriqueira de relacionamento familiar. Os comportamentos de VP familiar mais encontrados foram: ser criticado pelo que faz ou diz, não ser encorajado quando tenta atuar de forma autônoma, ser chamado por nomes desagradáveis e ter adulto dizendo que está errado ao tentar agir. A insatisfação dos responsáveis com o adolescente, a estrutura familiar nuclear, a posição da criança entre os irmãos e o compartilhamento dos mesmos pais pelos irmãos mostraram-se associados à VP que ocorre no contexto familiar. O setor saúde, capacitando-se para detectar os sinais de VP, pode promover o direito à saúde integral de adolescentes, confirmando ser um dos principais setores sociais capazes de atuar preventivamente sobre as formas de violência sofridas e praticadas pelo grupo familiar.

Palavras-chave: violência psicológica, adolescente, família, serviço ambulatorial.

### **Abstract:**

We aimed at investigating the association of psychological violence (PV) in adolescence with socio-demographic factors, structure/family relationships and other forms of maltreatment experienced. A questionnaire was applied to 229 adolescents (11-18 years) in outpatient services in a state-run tertiary pediatric hospital. It was found that 26.4% of respondents suffered severe PV in the family context, and only five of the 229 respondents reported they did not suffer any PV in the family context, showing how this kind of violence is seen as a commonplace form of family relationship. The most common behaviors of PV were: being criticized for what one does or says, not being encouraged when you try to act autonomously, being called nasty names and having an adult telling you that you are wrong when you try to act. Dissatisfaction of parents with the teenager, the nuclear family structure, the position of the child among siblings sharing the same parents were associated with the PV occurring within the family. The health sector, enabling to detect signs of PV, can promote the right to comprehensive health of adolescents, confirming itself as a major social sector capable of acting preventively on the forms of violence suffered and practiced by the family group.

Keywords: psychological, adolescent, family, outpatient service.

## **Introdução:**

O fenômeno da violência, atingindo parcela importante da população e repercutindo significativamente sobre a saúde das pessoas, configurou-se como um problema de Saúde Pública relevante, tornando-se um desafio para os gestores do Sistema Unificado de Saúde (SUS)<sup>1,2,3</sup>. Além da magnitude da mortalidade, a morbidade das vítimas de violência delegou ao sistema de saúde os desafios de construir e consolidar outras formas de abordagem na atenção, prevenção e promoção de saúde<sup>3</sup>.

Diferentes formas da violência existentes no país têm impacto direto sobre as famílias. Estas podem tanto exercer cuidado e proteção sobre a prole como podem ser agentes da violência. O domicílio é local privilegiado para ocorrência de grande parte dos eventos violentos que acometem crianças e adolescentes<sup>4,5</sup>. Os agravos decorrentes dependem da idade da criança/adolescente, da frequência com que ocorre o tipo de abuso, da relação de proximidade que ela tem com o autor da agressão e das consequências dessa situação na vida<sup>6</sup>. O setor saúde, por ter um papel privilegiado junto ao grupo familiar, se constitui em um dos setores sociais capazes de atuar preventivamente sobre as formas de violência sofridas e praticadas no ambiente familiar<sup>7</sup>.

Pesquisas científicas indicam prejuízos à saúde e ao crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, a curto e longo prazo, quando há a exposição à violência<sup>1, 8, 9, 10, 11, 12</sup>. Sendo essas faixas etárias, períodos muito relevantes para a maturação do cérebro, as experiências no começo da vida exercem influência em padrões de comportamentos da vida adulta. Estudos comprovam que a experiência de estresse emocional precoce, inclusive os maus-tratos, levam a déficits em funções neurocognitivas, como atenção, inteligência, linguagem, funções executivas e tomada de decisões, assim como alterações no hipocampo, corpo caloso, córtex pré-frontal e córtex cingulado anterior<sup>13,14</sup> e podem alterar a função do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal,<sup>15</sup> que tem sido associada com as desordens depressivas e a reação de tropismo do hormônio cortisol, assim como o comportamento do indivíduo<sup>16</sup>.

Pesquisas investigam a associação do aumento da secreção do cortisol com a exposição à violência na infância, como: estudo longitudinal com 236 crianças (idade média de 7,6 anos) encontrou a associação dos maus-tratos infantis com as funções sociais (comportamento disruptivo e agressivo) e altos níveis de cortisol, após um ano de investigação<sup>17</sup>; outro estudo encontrou o aumento da reação ao cortisol para estresse

psicológico em adolescentes com depressão severa com história de maus-tratos na infância <sup>18</sup>.

Uma das formas de maus-tratos contra crianças e adolescentes de difícil detecção, porém muito lesiva para a formação do indivíduo, é a violência psicológica (VP). Essa ocorre, quando os adultos sistematicamente humilham, demonstram falta de interesse, tecem críticas excessivas, induzem culpa, desencorajam, ignoram sentimentos ou cobram excessivamente a criança ou o adolescente <sup>19</sup>.

Diferentes ângulos têm sido adotados pelos autores ao estudarem VP na infância. Uns focalizam a conceituação no comportamento dos pais, em que estes repetidamente convencem a criança de que ela é a pior, não amada, não querida, ou que seu único valor é comparado com a necessidade dos outros <sup>20, 21</sup>. Outros sinalizam a VP como ponto central do abuso infantil e da negligência <sup>22</sup>, e podendo causar mais danos no desenvolvimento infantil do que a violência física <sup>23</sup>.

A visibilidade da VP na infância e adolescência no contexto familiar vem aumentando na última década, especialmente através de estudos epidemiológicos <sup>24</sup>, como a ocorrência de 10-20% de VP severa em crianças e 50% em adolescentes, em estudo com uma amostra representativa nacional com 991 pais americanos <sup>25</sup>. Outros estudos mostram prevalências diferenciadas: 50% em amostra de 217 estudantes (14-18 anos) do sexo feminino, que vivem em Bedouin-Arab/Israel <sup>26</sup>; 48% em amostra de 1.685 estudantes (11-19 anos) de escolas públicas e privadas do Município de São Gonçalo/RJ <sup>27</sup>; 29% em amostra de 1.293 crianças/adolescentes (0-17 anos) registradas em Conselhos Tutelares de Feira de Santana/Bahia em 2003 e 2004 <sup>28</sup>; 94,8% em amostra de 524 acompanhantes de crianças (1-12 anos) em dois hospitais de emergência no Município do Rio de Janeiro/RJ <sup>29</sup> e 96,7% em amostra sistemática de 278 crianças adscritas ao Programa Médico de Família de Niterói/RJ <sup>30</sup>.

Estudo com 668 mulheres pacientes de uma clínica ginecológica americana, com o objetivo de conhecer os efeitos dos maus-tratos infantis sobre a vida adulta, encontrou que o abuso mais relatado foi a VP (37,4%) <sup>31</sup>; em outro estudo com amostra de 205 mulheres em serviço de atenção básica de saúde americana encontrou-se a VP sofrida na infância, sendo associada com problemas físicos e psicológicos (ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, ideação suicida) <sup>32</sup>. A VP está associada também à disfunção de personalidade no adulto jovem <sup>10</sup> e com baixa competência socioemocional na adolescência <sup>9</sup>.

Devido aos agravos que a exposição à VP tem sobre o crescimento e desenvolvimento de adolescentes e da escassez de estudos que retratem este tema em ambulatórios de serviços de saúde, buscou-se neste artigo estimar a prevalência da VP e avaliar a associação com fatores sociodemográficos, estrutura e relacionamento familiar e com vitimização por formas de violência física e sexual em usuários de serviços ambulatoriais de um hospital pediátrico público terciário.

### **Metodologia:**

O artigo se baseia em inquérito epidemiológico realizado entre janeiro e setembro de 2011, com amostra de 229 usuários de 11 a 18 anos e 221 responsáveis destes, num hospital pediátrico público terciário, localizado no Município do Rio de Janeiro/RJ. Este é um hospital referência para o SUS na saúde de crianças, adolescentes e mulheres, tendo sua demanda referida de todas as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, assim como de outros municípios e estados.

Um total de 229 adolescentes de 11 a 18 anos foi entrevistado na pesquisa, sendo o tamanho de amostra obtido condizente com o atendimento oferecido a pacientes da faixa etária de 11-18 anos nos três ambulatórios do hospital. A faixa etária investigada foi decorrente da escolha da escala YRS (*Youth Self-Report*)<sup>34</sup>, cuja aplicabilidade é em adolescentes de 11 a 18 anos.

Os critérios de inclusão dos sujeitos de pesquisa foram: adolescente de ambos os sexos, na faixa etária citada, com capacidade intelectual para responder e compreender as perguntas do questionário, acompanhados por responsáveis que convivam com os mesmos durante o último ano e que possam fornecer informações sobre o adolescente; os adolescentes de 18 anos completos desacompanhados.

Através de entrevistas presenciais, as informações de interesse foram colhidas pela pesquisadora principal e por duas assistentes de pesquisa previamente treinadas. As entrevistas foram realizadas nas salas de espera dos ambulatórios selecionados, enquanto os usuários aguardavam a consulta agendada.

Realizou-se o inquérito epidemiológico através de dois questionários constituídos por escalas selecionadas (com validade e confiabilidade reconhecidas), que permitiram investigar os conceitos de interesse para o estudo, sendo um questionário para os responsáveis e outro, para as crianças/adolescentes. O *questionário dos*

*adolescentes* foi composto por perguntas sobre escolaridade, raça e pelas escalas de: VP<sup>34</sup>, resiliência<sup>35</sup> e YRS<sup>33</sup> (que estima a presença de problemas de saúde mental).

O *instrumento dos responsáveis* foi composto por perguntas sobre: variáveis sociodemográficas; relacionamento familiar e envolvimento familiar com o adolescente atendido no serviço; e a escala *Self-Reported Questionnaire/SRQ-20*<sup>37</sup>, que é um instrumento que permite avaliar a suspeição de transtornos psiquiátricos menores e não a detecção de distúrbios psiquiátricos específicos ou níveis de intensidade.

As principais variáveis e medidas utilizadas foram:

- a) Os fatores **sociodemográficos** relevantes ao estudo (sexo, raça, faixa etária, escolaridade do entrevistado e de seus responsáveis);
- b) **Nível socioeconômico das famílias**: segue o critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Estimador da capacidade de consumo, a partir de indicadores, como: televisão a cores, banheiro, automóvel, empregada mensalista, geladeira duplex ou freezer e grau de instrução do chefe da família. Estratos A, B e C correspondem às camadas alta e média; e D e E às camadas populares.
- c) O ambiente de **convivência familiar** do entrevistado (estrutura familiar com pais juntos, separados, pais adotivos, sem ambos os pais ou família monoparental; relacionamento familiar com pai, mãe e irmãos, diálogo familiar e respeito na família; convivência, compreensão e aceitação familiar);
- d) **Funcionamento geral da família**, avaliado pela *General Functioning Scale of the McMaster Family Assessment Device*<sup>38</sup>, que inclui 12 perguntas: é difícil planejar atividades familiares, porque há desentendimentos; em tempos de crise, pode-se buscar ajuda uns nos outros; não se pode conversar na família sobre a tristeza que sentem; cada pessoa é aceita pelo que é; evita-se discutir medos ou preocupações; mostram-se sentimentos uns pelos outros; sentimentos ruins na família; sentir-se aceitos pelo que é; dificuldade em tomar decisões em família; ser capaz de tomar decisões; não se dar bem juntos; confiar uns nos outros. As opções de respostas oscilam de: concordo totalmente a discordo totalmente (1-5 pontos), com valores maiores, significando melhor funcionamento geral da família. Neste artigo avalia-se o precário funcionamento familiar por resultados na faixa de um desvio padrão abaixo da média e o funcionamento regular ou bom acima deste nível.

- e) **Envolvimento parental:** a ausência (crianças com resultados caindo na faixa de um desvio padrão abaixo da média) e presença de envolvimento parental, aferido pelas seguintes perguntas: com que frequência o responsável elogia a criança, dizendo coisas, como: “Muito bom!” ou “Que coisa legal você fez!” ou “Isso está indo bem”!; com que frequência o responsável e a criança conversam ou brincam um com outro, focando atenção um no outro por cinco minutos ou mais, apenas por diversão?; com que frequência o responsável e a criança riem juntos?; com que frequência o responsável faz alguma coisa especial com a criança, que ela gosta?; com que frequência o responsável pratica esportes, *hobbies* ou jogos com a criança?; com que frequência o responsável lê com a criança?. São quatro opções de respostas, valendo de 1 a 4 pontos: sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca. Os escores maiores do que o desvio padrão abaixo da média significam a existência de envolvimento do responsável com a criança.
- f) A escala *Self-Reported Questionnaire/SRQ-20*<sup>37</sup>, que é um instrumento que permite avaliar a suspeição de transtornos psiquiátricos menores e não a detecção de distúrbios psiquiátricos específicos ou níveis de intensidade, é composta por 20 itens (sim/não), englobando sintomas psicossomáticos, sintomas depressivos e sintomas de ansiedade, onde a presença de 8 ou mais sintomas para as mulheres e 7 para os homens caracterizaria a existência do transtorno.

Como **variável de exposição**, investigou-se o sofrer VP de pessoas da família, que é mensurada através da escala de VP<sup>41</sup> e que avalia as experiências vividas por jovens que foram diminuídos em suas qualidades, suas capacidades, seus desejos, suas emoções e se foram excessivamente cobrados por pessoas significativas. É constituída por 18 itens com opções de respostas que variam do nunca até o sempre, sendo adaptada transculturalmente à realidade brasileira<sup>42</sup>, apresentando as propriedades psicométricas de  $\alpha$  de Cronbach de 0,91 e Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) de 0,8629. Os resultados obtidos na avaliação da validade de constructo pelas autoras mostraram evidências da adequação da versão proposta. Imediatamente após a aplicação da escala foi indagado ao adolescente quais pessoas significativas mais agiram com VP sobre o adolescente: pai, mãe, madrasta, padrasto, irmãos, tios, avós e outros.

O escore da escala de VP foi definido como a razão entre o somatório dos pontos associados às frequências de cada um dos itens (de 1 – nunca a 5 - sempre) e a



pontuação máxima que seria alcançada (90) multiplicada por 100. O ponto de corte foi estabelecido como valores acima e abaixo do terceiro quartil, sendo categorizadas como ausente a moderada (que inclui adolescentes que respondem nunca, às vezes ou raramente na maioria dos itens) e severa (frequências elevadas na maioria das respostas - sempre/quase sempre).

A análise dos dados foi composta por frequências simples de cada uma das variáveis que compõem o banco. Foram utilizadas tabelas de contingência e testes de associação (qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher para tabela 2x2 com nível de significância de 5%), para se verificar a relação entre VP e outras variáveis, que, segundo a literatura, haveria algumas possíveis ligações. Medidas de associação (razão de chances) também foram utilizadas com intervalos de confiança de 95%.

Este estudo observou as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios da Declaração de Helsinki, aprovados pelo parecer número 0031/10 do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital local onde ocorreu a pesquisa. As entrevistas foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável pelo adolescente.

### **Resultados:**

A amostra foi composta por 229 adolescentes de 11 a 18 anos, com idade média de 13,5 anos (desvio padrão = 2,0), sendo 53,2% do sexo masculino. A cor da pele/raça autorreferida pelos entrevistados foi: branca 33,8%, preta 19,5%, parda 42,4% e amarelo/indígena 4,3%. Um total de 83,5% dos adolescentes pertence aos estratos sociais populares (C e D). Encontrou-se que 14,3% dos entrevistados apresentaram uma defasagem na escolaridade de dois ou mais anos (relação entre idade cronológica e série declarada).

De acordo com o critério adotado para definir VP severa, tem-se que 61 crianças/adolescentes (26,4%) se enquadram neste quadro. Este achado indica que a VP é uma forma de comunicação familiar corriqueira (um em cada quatro adolescentes assim vivem. Outro aspecto que reitera este achado é que apenas 5 (2,2%) adolescentes responderam nunca, aos 18 itens de VP indagados na pesquisa. Estes cinco casos foram incluídos na categoria VP ausente a moderada, que é essencialmente composta pelos que a sofrem em frequência menor, na maioria dos itens da escala (entre 93,5% e 100%).

Antes de apresentar os cruzamentos que avaliam a associação da VP com atributos sociodemográficos, familiares e com outras vivências de violência, vale a pena atentar para a **Tabela 1**, que mostra como os diferentes itens da escala de VP se distribuem na amostra investigada. Os comportamentos reiteradamente presentes no relacionamento (frequência sempre/quase sempre), que foram apontados por mais de 10% dos adolescentes, são: ser criticado pelo que faz ou diz; não ser encorajado quando tenta atuar de forma autônoma; ser chamado por nomes desagradáveis e ter adulto dizendo que está errado ao tentar agir. Alguns atos que compõem o relacionamento familiar abusivo, relatados com menor frequência (às vezes/raramente), são: culpabilização por falhas (58,5%); críticas das coisas que o entrevistado faz e diz (58%); gritos sem motivo (45,4%); não acreditar no entrevistado (53,7%) e dizer ao entrevistado que ele está errado quando diz e faz alguma coisa (45,4%).

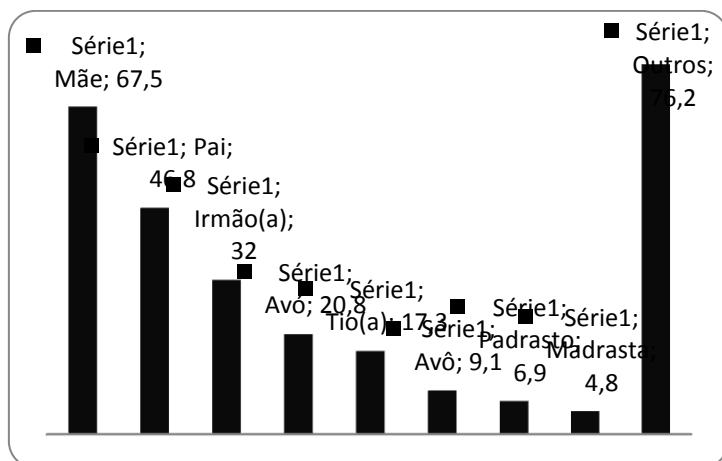
**Tabela 1: Itens de violência psicológica (N=229)**

Itens	Sempre/ Quase sempre	Às vezes/ raramente	Nunca
Humilhou o adolescente	3,0	42,8	54,1
Demonstrou falta de interesse pelo adolescente	2,6	44,6	52,8
Culpou o adolescente por falhas que o familiar cometeu	11,3	58,5	30,3
Culpou o adolescente por falhas cometidas por outras pessoas	6,9	44,2	48,9
Criticou o adolescente pelas coisas que faz e diz	14,3	58,0	27,7
Criticou o adolescente pela aparência e pelo modo como se veste	8,7	30,7	60,6
Criticou os amigos do adolescente	10,0	41,9	48,1
Não elogiou o adolescente quando este tinha feito algo de bom	11,2	40,3	48,5
Não encorajou o adolescente quando ele quis fazer algo por si mesmo	13,0	32,1	55,0
Disse ao adolescente que ele não era tão bom quanto as outras pessoas	3,5	27,3	69,3
Gritou ou berrou com o adolescente sem nenhum motivo	10,0	45,4	44,6
Chamou o adolescente de nomes desagradáveis como “doido”, “idiota” ou “burro”	12,1	40,2	47,6
Fez piadas sobre o adolescente na frente de outras pessoas	8,6	24,6	56,7
Não acreditou no adolescente	10,4	53,7	35,9
Disse ao adolescente que estava errado quando ele disse ou fez alguma coisa	12,6	45,4	42,0
Ignorou o adolescente quando procurava carinho	6,9	17,3	75,8
Forçou o adolescente a assumir responsabilidade pela maioria das tarefas domésticas	7,8	30,3	61,9
Humilhou o adolescente, fazendo piadas sobre o seu corpo	7,8	15,6	76,6

No relato dos entrevistados sobre quem mais age com VP na família, pode-se verificar no **Gráfico 1**, que a mãe é a principal agente desta forma de violência seguida pelo pai e pelos irmãos. Na categoria outros estão primos e sobrinhos, além de outras

peças, fora do circuito familiar, como: amigos, vizinhos, namorados, professores e uma diretora da escola, também lembrados por praticar VP sobre o adolescente.

**Gráfico 1: Frequência de familiares que praticam violência psicológica**



Vale apontar que, se levada em conta a ordem de prioridade na fala dos jovens, os mais lembrados em primeiro lugar são a mãe, o padrasto e os tios, só depois vindo o pai e os irmãos. Interessante ressaltar que apenas 9,3% dos adolescentes vivem com padrasto e, no entanto, 6,9% do total de entrevistados se queixam do abuso emocional cometido por esta figura de autoridade.

Na **Tabela 2**, a seguir, pode-se constatar que não há diferença estatisticamente significativa quanto à vivência de VP, segundo o sexo e quanto à renda familiar. No que se refere à cor da pele/raça, tem que os adolescentes que se referem pardos têm duas vezes a chance de sofrer VP severa, por parte de pessoas de sua família, do que os que se afirmam brancos.

**Tabela 2: Fatores sócio-demográficos associados a violência psicológica\***

Variáveis	Itens	VP ausente a moderada		VP severa		OR (IC)
		N	%	N	%	
Sexo	Masculino	87	51,2	36	59,0	1,37 (0,76 - 2,48)
	Feminino	83	48,8	25	41,0	1
Cor/raça	Preta	33	19,4	12	19,7	1,53 (0,64 - 3,64)
	Parda	66	38,8	32	52,5	<b>2,04 (1,01 - 4,12)</b>
	Amarela/indígena	8	4,7	2	3,3	1,05 (0,20 - 5,46)
	Branca	63	37,1	15	24,6	1
Estrato social	C+D	127	85,8	40	76,9	0,55 (0,25 - 1,22)
	A+B	21	14,2	12	23,1	1
Renda (SM)	≤ ¼ SM	15	9,3	5	8,3	0,83 (0,24 - 2,91)
	> ¼ a ½ SM	38	23,5	15	25,0	0,99 (0,38 - 2,54)
	> ½ a 1 SM	84	51,9	30	50,0	0,89 (0,38 - 2,08)
	> 1	25	15,4	10	16,7	1

\* Destaque em negrito para associações significativas em nível de 5%

Na associação com a estrutura familiar na tabela 3, observa-se que ter irmãos de diferentes casamentos eleva a chance de sofrer VP severa (OR=3,09), se comparado aos entrevistados com irmãos do mesmo casamento dos pais. Ser filho do meio mostra mais chance de sofrer VP severa (OR=3,46) do que as outras posições na família. Ter só o pai ou só a mãe (família monoparental) indica mais chance de sofrer VP severa (OR=2,5) do que se observa entre aqueles que vivem com pai e mãe (família nuclear). Outra variável apresentada na **Tabela 3**, que mostra diferença, segundo a vitimização por VP severa, é satisfação do responsável com a criança/adolescente sob seus cuidados: aqueles que se declaram mais ou menos satisfeitos ou insatisfeitos mostram mais tendência em ter filhos que informam vítimas de VP severa na família (OR=2,5) do que os entrevistados que têm responsáveis plenamente satisfeitos em relação à criança/adolescente. Para as demais variáveis apresentadas na **Tabela 3**, não se constata diferença estatisticamente significativa quanto à vitimização por VP.

No que tange ao uso de substâncias pelos responsáveis, destaca-se o maior consumo de uso remédios para acalmar ou para dormir entre as mães e o de álcool ao ponto de embriaguez entre os pais (segundo o relato das mães/responsáveis), embora não tenha havido associação estatística entre tal consumo e o relato do adolescente sobre VP na família. Nenhuma mãe informou utilizar maconha, cocaína, crack ou pasta de coca no último ano; oito pais relataram tal consumo(segundo o relato da mãe/responsável), sem diferenciação, segundo presença de VP referida pelo adolescente (dados não apresentados).

**Tabela 3: Associações entre variáveis do contexto familiar e violência psicológica**

Variáveis	Itens	VP ausente a moderada		VP severa		OR (IC 95 %)
		N	%	N	%	
Pais	Separados	41	25,3	21	35,0	1,75 (0,91 - 3,37)
	Nunca viveram juntos	8	4,9	6	10,0	2,57 (0,83 - 7,93)
	Vivem juntos	113	69,8	33	55,0	1
Irmãos de	Diferentes casamentos	39	27,7	26	54,2	<b>3,09 (1,57-6,08)</b>
	Todos dos mesmos pais	102	72,3	22	45,8	1
Nº de crianças/adolescentes na casa	≥ 3	101	61,6	37	60,7	0,96 (0,53 - 1,76)
	< 3	63	38,4	24	39,3	1
Posição entre irmãos	Mais velho	43	26,5	11	19,0	0,98 (0,43 - 2,26)
	Único	26	16,0	10	17,2	1,48 (0,61 - 3,59)
	Meio	20	12,3	18	31,0	<b>3,46 (1,53-7,79)</b>
	Mais novo	73	45,1	19	32,8	1
Estrutura familiar	Pai/madrasta	15	9,3	6	10,2	1,42 (0,51 - 3,94)
	Mãe/padrasto					
	Só pai ou só mãe	27	16,8	19	32,2	<b>2,50 (1,24 - 5,04)</b>
	Sem pai sem mãe	2	1,2	1	1,7	1,77 (0,16 - 20,16)
	Pai e mãe	117	72,7	33	55,9	1

Funcionamento familiar	Precário	24	14,7	11	18,6	1,33 (0,61 - 2,91)
	Regular/bom	139	85,3	48	81,4	1
Envolvimento familiar	Ausência	15	9,3	11	18,0	2,16 (0,92 - 5,00)
	Presença	147	90,7	50	82,0	1
Como se sente como responsável pelo entrevistado	Mais ou menos satisfeito/insatisfeito	13	8,2	11	18,3	<b>2,50 (1,05 - 5,95)</b>
	Muito satisfeito	145	91,8	49	81,7	1
Sofrimento psíquico / responsável	Tem problemas	30	20,7	18	32,1	1,82 (0,91 - 3,62)
	Não tem problemas	115	79,3	38	67,9	1
Escolaridade do responsável feminino	Não sabe ler e escrever	-	-	-	-	-
	Fundamental incompleto/completo	52	31,7	21	34,4	0,87 (0,31 - 2,43)
	Médio incompleto/completo	97	59,1	33	54,1	0,73 (0,27 - 1,94)
	Superior incompleto/completo	15	9,1	7	11,5	1
Escolaridade do responsável masculino	Não sabe ler e escrever	2	1,3	-	-	-
	Fundamental incompleto/completo	58	38,9	24	46,2	1,10 (0,27 - 4,52)
	Médio incompleto/completo	81	54,4	25	48,1	0,82 (0,20 - 3,34)
	Superior incompleto/completo	8	5,4	3	5,8	1
Mãe usou bebida alcoólica até se embriagar	Sim	5	3,0	4	6,6	2,23 (0,58 - 8,60)
	Não	159	97,0	57	93,4	1
Pai usou bebida alcoólica até se embriagar	Sim	24	15,6	13	23,6	1,68 (0,79 - 3,58)
	Não	130	84,4	42	76,4	1
Mãe usou remédio pra acalmar ou ajudar a dormir	Sim	30	18,3	13	21,3	1,21 (0,58 - 2,51 )
	Não	134	81,7	48	78,7	1
Pai usou remédio pra acalmar ou ajudar a dormir	Sim	7	4,7	1	1,9	0,39 (0,05 - 3,21)
	Não	143	95,3	53	98,1	1

\* Destaque em negrito para associações significativas em nível de 5%

Na **Tabela 4**, avalia-se a associação de VP na família com agressão física perpetrada por familiar no passado e na atualidade e com agressão sexual sem especificação do agressor. Encontrou-se que o adolescente que sempre/muitas vezes sofreu agressão física no passado tem 5,17 vezes a chance de sofrer VP severa, em relação aos que nunca foram agredidos de tal forma. Igual cenário ocorre em relação à agressão física atual, com VP severa 2,6 vezes mais frequente do que ocorre entre aqueles que nunca sofrem agressão física no momento presente. Estes dados mostram haver redução de agressão física à medida que os entrevistados crescem. Não se observou diferenciação entre sofrer agressão sexual e VP na família, valendo destacar

que esta forma de agressão foi relatada por dois adolescentes de ambos os sexos (12-14 anos), envolvendo amigo do irmão e pessoa sem roupa em carro.

**Tabela 4: Associação entre vivência de agressão física (passada e atual) perpetrada por familiar e agressão sexual com violência psicológica no contexto familiar**

Variável	Itens	VP ausente a moderada		VP severa		OR (IC 95 %)
		N	%	N	%	
Agressão física passada	Sempre/muitas vezes	5	2,9	7	11,5	<b>5,17 (1,50-17,82)</b>
	Algumas vezes	80	47,1	31	50,8	1,43 (0,77-2,66)
	Nunca	85	50,0	23	37,7	1
Agressão física atual	Sempre/muitas/algumas vezes	22	12,9	17	27,9	<b>2,60 (1,27-5,32)</b>
	Nunca	148	87,1	44	72,1	1
Agressão sexual	Sim	1	0,6	1	1,6	2,82 (0,17-45,74)
	Não	169	99,4	60	98,4	1

\* Destaque em negrito para associações significativas em nível de 5%

## Discussão

A violência resulta em altos custos econômicos e sociais para a sociedade, com efeitos emocionais nas famílias, impacto na saúde, na qualidade de vida e nos anos potenciais perdidos <sup>43</sup>, indicando a relevância de investigações que objetivem a sua prevenção e a promoção de saúde.

O hospital, campo desta pesquisa, por ser referência para o SUS na saúde de crianças, adolescentes e mulheres, tem usuários de toda a região metropolitana do RJ, como também de outros municípios do Estado do Rio de Janeiro. A maior parte da população investigada pertence aos estratos sociais menos privilegiados C e D (segundo ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2011), com renda mensal familiar entre  $\frac{1}{4}$  e 1 salário mínimo e responsáveis com ensino médio incompleto/completo. A clientela que habitualmente procura os hospitais públicos do SUS <sup>29, 30</sup> configura um perfil predominante de clientela de estratos sociais C e D. Assim, pode-se pensar que, apesar de que os maus-tratos contra crianças e adolescentes possam ocorrer em qualquer classe social, a violência estrutural que afeta muitas famílias brasileiras <sup>8</sup> é um fator que agrava a capacidade de cuidar.

Estudo sobre o perfil dos atendimentos em serviços de emergência dos casos de violência contra crianças e adolescentes, entre 2006 e 2007, no Brasil <sup>4</sup> apontou que as maiores diferenças entre meninos e meninas foram observadas nos atendimentos, cujas vítimas tinham de 5 a 9 anos, possuíam pele negra (estando a cor de pele parda incluída) e mais frequentemente do sexo feminino. No presente artigo, notou-se predomínio do

sexo masculino, principalmente em relação à VP severa, porém, corroborando em relação à cor da pele/raça autorreferida pelos entrevistados, associada com VP.

No contexto familiar, a maioria dos entrevistados morava com seus pais, e a ocorrência de VP severa evidencia elevada frequência (26,4%) de alguns atos com potencial de causar danos ao desenvolvimento infanto-juvenil, como culpabilizar, criticar, gritar, desacreditar e desmerecer. Em relação ao perpetrador desse abuso a predominância da mãe na perpetração desta forma de violência encontra respaldo na literatura <sup>30</sup>, bem como é relevante a presença de pai, padrasto, irmão e tio(a). A utilização de tais comportamentos no cotidiano familiar demonstra a importância de aumentar a identificação desse abuso, tirando a VP da invisibilidade, tanto por quem sofre como por quem perpetra.

O setor saúde é um dos principais setores sociais capazes de atuar preventivamente sobre as formas de violência sofridas e praticadas pelo grupo familiar<sup>7</sup>. Neste artigo, apenas a insatisfação dos responsáveis com o adolescente, a estrutura familiar nuclear, a posição da criança entre os irmãos e o compartilhamento dos mesmos pais pelos irmãos mostrou-se associada à VP que ocorre no contexto familiar. Estudos corroboram alguns dos achados como: a) a necessidade de mais atenção nas brigas entre irmãos, tão naturalizada e banalizada em nossa cultura, mas que é um sinal de disfunção parental ou familiar <sup>44,45,46</sup> b) na estrutura familiar nuclear, testemunhar violência de parceiros íntimos <sup>22</sup> é um tipo frequente de VP; também a satisfação no casamento <sup>26</sup> é considerado como um fator de risco para VP. A posição entre os irmãos na família, a predisposição para ser vítima de VP, o funcionamento e envolvimento familiar não encontram respaldo na literatura, podendo ser objeto de investigações futuras. Pesquisas sobre as interações familiares são importantes de serem realizadas, considerando os recursos a serem promovidos sob o enfoque da resiliência <sup>47</sup>.

Estes aspectos da dinâmica familiar podem ser detectados pelo profissional de saúde e pode servir como um sinal de alerta para a prevenção das relações familiares em situação de violência. Estudo sobre violência familiar e intervenção do Programa Saúde da Família de Niterói/RJ relata que a agressão psicológica que ocorre nos lares das famílias estudadas é extremamente comum, banalizada e pouco valorizada, tanto pela sociedade que a produz quanto pelos profissionais de saúde<sup>30</sup>. Comumente não demanda notificação ou outras formas de intervenção. É salientada a necessidade de aumento do diálogo entre profissionais de saúde e usuários, atividades de educação em saúde e visitas domiciliares que abordem as questões cotidianas das famílias, constituindo-se em

porta de entrada para a discussão do tema e para a mudança de atitude, ressaltando a riqueza do vínculo família/equipe de saúde que não deve ser desperdiçada.

Outro estudo <sup>48</sup> com 67 famílias em Montreal (Canadá) com história de maus-tratos às crianças corrobora a eficácia das intervenções baseadas no apego. Durante oito semanas as famílias foram visitadas em suas casas e sensibilizadas sobre regulação do apego e da emoção, e com vídeos sobre as interações entre pais e filhos. Depois das intervenções percebeu-se aumento da sensibilidade dos pais, mais segurança no apego e redução na desorganização das crianças.

No que se refere à associação observada entre VP e agressão física (no passado e no presente) na família, se verificou a elevada frequência desta forma de agir na família, bem como sua redução à medida que o adolescente se desenvolve. A maior presença da violência física dentre os que sofrem VP indica a confluência existente entre as diferentes formas de violência. Este dado reforça a necessidade que a nossa sociedade tem em reavaliar medidas educativas com uso da força, ainda tão banalizadas <sup>43</sup>. A associação das diferentes formas de violência, evidenciadas em diversos estudos <sup>6, 7, 11, 23, 29</sup> demonstra como é relevante a detecção pelos profissionais de saúde dos conflitos existentes na família e das estratégias “educativas” por elas adotadas.

Limitações do estudo: o tamanho da amostra que dificulta encontrar associações estatísticas, obrigando a agregar categorias de muitas variáveis que seriam melhor estudadas desagregadas; a não existência de um ponto de corte para a escala de VP com comprovada sensibilidade e especificidade <sup>42</sup>, que dificulta a avaliação de prevalência de VP entre estudos nacionais e internacionais. Por ser um hospital de referência possa apresentar uma população específica, com dificuldades especiais onde a ocorrência da VP seja diferenciada. Embora a aceitabilidade da pesquisa tenha sido muito boa e os procedimentos de coleta adotados terem garantido a privacidade das informações prestadas, outra provável limitação do estudo diz respeito à exigência legal da assinatura dos pais ou responsáveis do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a abordagem de adolescentes em pesquisas. O fato de os mesmos representarem os principais perpetradores, confirmado nesta investigação e apontado na maioria dos estudos sobre maus-tratos infantis, pode impedir ou dificultar a participação e autonomia de adolescentes referirem abusos durante as entrevistas (nem sempre com o grau de privacidade ideal), revelando magnitude da prevalência do evento menor do que aquela que ocorre na realidade.



## Conclusão

Para finalizar, dois aspectos são ressaltados em função de sua extrema relevância no enfrentamento da VP familiar. Um diz respeito à magnitude e os impactos da VP na saúde de indivíduos em pleno processo de desenvolvimento, o que exige o desenvolvimento de um trabalho em rede de instituições com este público, pois a complexidade da abordagem dos casos de VP contra os adolescentes requer um cuidado multidisciplinar com abordagens individuais, familiares e comunitárias.

Outro aspecto se refere à redução da subnotificação de VP pelos serviços de saúde, pois a identificação, a sensibilização, a capacitação e a intervenção dos profissionais de saúde coloca a notificação como um instrumento importante de proteção e não de denúncia e punição.

Assim, a identificação e a prevenção da violência contra adolescente é de fundamental importância para determinar o seu rompimento e para impedir a (re) produção do ciclo da violência intrafamiliar.

## Referências

- 1- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JÁ, Zwi AB, Lozano R. – Relatório Mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002.
- 2- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Familiar: orientação para prática em serviço/ Secretaria de Políticas de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 3- Njaine K, Assis SG, Constantino P (organizadoras). Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação a distancia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.
- 4- Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Cad. Saúde Pública 2010; 26(2):347-357.
- 5- Minayo MCS, Lima CA. Processo de Formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P (organizadoras). Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação a distancia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.
- 6- Ferreira AL, Moura ATMS, Morgado R, Gryner S, Branco VMC. Crianças e adolescentes em situação de violência. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P. (organizadoras). Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação a distancia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.
- 7-Cavalcanti FG, Schenker M. Violência, família e sociedade. In: Njaine K, Assis SG,

- Constantino P (organizadoras). Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação a distancia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.
- 8-Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, 2005.
  - 9- Shaffer A, Yates TM, Eehand R. The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: developmental processes in a prospective study. *Child Abuse e Neglect* 2009; v.33(1), 36-44.
  - 10- Allen B. An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreatment* 2008; v.13, n.3, 307-312.
  - 11- Greenfield EA, Marks NF. Profiles of physical and psychological violence in childhood as a risk factor for poorer adult health: evidence from the 1995-2005 National Survey of Midlife in the United States. *Journal of Aging and Health* 2009, 21(7), 943-966.
  - 12-Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, Eloff A, Dafer RM, et al. Childhood maltreatment and migraine (part I): Prevalence and adult revictimization, a multicenter headache clinic survey. *Headache* 2010; 50(1):20-31.
  - 13-Oliveira PA, Scivoletto S, Cunha PZ. Estudos neuropsicológicos e de neuroimagem associados ao estresse emocional na infância e adolescência. *Rev Psiquiatria Clínica* 2010, 37(6):271-279.
  - 14-Mesa-Gresa P, Moya-Albiol L. Neuro biology of child abuse: the “cycle of violence” *Rev Neurol* 2011, 52(8): 489-503.
  - 15-Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyka AR, Price LH. Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Rev Brasileira de Psiquiatria* 2009, 31(suplemento 2): S41-S48.
  - 16-Tomoda A. Preliminary evidence for neurobiological and behavioral consequences of exposure to childhood maltreatment on regional brain development. *No To Hattatsu* 2011, 43(5) pp 345-351.
  - 17-Alink LRA, Cicchetti D, Kim J, Rogosch FA. Longitudinal associations among child maltreatment, social functioning, and cortisol regulation. *Developmental Psychology* 2011, Aug.8.
  - 18-Harkness KL, Stewart JG, Wynne-Edwards KE. Cortisol reactivity to social stress in adolescents: role of depression severity and child maltreatment. *Psychoneuroendocrinology* 2011, 36(2):173-81.
  - 19- Garbarino J. Psychological child maltreatment developmental view. *Primary Care* 1993, 20(2):307-15.
  - 20- O’Hagan KP. Emotional and Psychological abuse: problems of definition. *Child Abuse and Neglect* 1995, 19 (4):449-461.
  - 21- Brassard MR, Hart DB. The psychological maltreatment rating scales. *Child Abuse Neglect* 1993; 17:715-29.
  - 22-Jellen LK, McCarroll JE, Thayer LE. Child emotional maltreatment: a 2-year study of US Army cases. *Child Abuse Neglect* 2001, 25: 623-39.
  - 23-Claussen AH, Crittenden PM. Physical and psychological maltreatment relations

- among types of maltreatment. *Child Abuse Neglect* 1991, 15:5-18.
- 24- Abranches CD, Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad. Saúde Pública* 2011, 27(5):843-854.
- 25- Straus MA, Field CJ. Psychological aggression by American parents: national data on prevalence, chronicity and severity. *Journal of Marriage and Family* 2003, 65:795-808.
- 26-Elbedour S, Abu-Bader S, Onwuegbuzie AJ, Aref Abu-Rabia A, El-Aassam S. The scope of sexual, physical, and psychological abuse in a Bedouin-Arab community of female adolescents: the interplay of racism, urbanization, polygamy, family honor, and the social marginalization of women. *Child Abuse and Neglect* 2006; 30:215-229.
- 27-Assis SG, Minayo MCS, Souza ER, Njaine K, Deslandes S, et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2004; 16:43-51.
- 28-Costa COM, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas agressores e manifestações de violência. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12:1129-1141.
- 29-Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* dez 2008; 24:2926-2936.
- 30-Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 16(7): 3285-3296.
- 31-Moeller TP, Bachmann GA, Moeller JR. The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women. *Child Abuse and Neglect* 1993; 17:623-640.
- 32-Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV, et al. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Neglect* 2003; 27:1247-1258.
- 33-Perera B, Ostbye T, Ariyananda PL, Leiwaia E. Prevalence and correlates of physical and emotional abuse among late adolescents. *Ceylon Medical Journal* 2009; 54(1).
- 34-Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-age forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families, 2001.
- 35-Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged-children present and lifetime version (K-SADS- PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry* 1997, 36(7), 980-988.
- 36-Brasil HH. BRASIL. Desenvolvimento da Versão Brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) e Estudo de suas Propriedades Psicométricas. Tese.

- Doutorado, Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, 2003.
- 37-Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10:231-41.
- 38- Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1983; 9: 171-180.
- 39-Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement* 1993, 1(2), 165-178.
- 40- Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2):436-448.
- 41-Pitzner JK, Drummond PD. The Reliability and Validity of Empirically Scaled Measures of Psychological/Verbal control and Physical/Sexual Abuse: Relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *Journal of Psychosomatic Research* 1997, 2, 125-142.
- 42-Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(5):702-8.
- 43-Brasil, Ministério da Saúde. Linha de cuidados 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, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS, 2010.
- 44-Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and pshysical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal cohort of 290 adolescent women. *Child Maltreatment* 2000; 5 (3) 218-226.
- 45-Madu SN. The relationship between parental physical availability and child sexual, pshysical and emotional abuse: a study among a sample of university students in South Africa. *Scandinavian Journal of Psychology* 2003; 44: 311-318.
- 46-Avanci JQ, Assis SG, Oliveira RVC. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(10): 2334-2346.
- 47-Ravazolla MC. Resiliências Familiares. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005.p. 73-85.
- 48-Moss E, Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsy GM, St-Laurent D, Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control Trial. *Dev Psychopathol* 2011; 23(1): 195-210.

### **4.3. Violência psicológica no contexto familiar e Saúde Mental de Crianças e Adolescentes**

#### **Resumo**

Neste artigo procurou-se estimar a associação e a razão de chance de sofrer violência psicológica (VP) no contexto familiar (amostra de 229 adolescentes usuários ambulatoriais de um hospital pediátrico público terciário) e a saúde mental juvenil. Encontrou-se que 26,4% enquadram-se na categorização de ter sofrido VP severa. Aferindo-se os problemas de saúde mental através da escala Youth Self Report (YSR), resultou que 20,4% apresentaram pelo menos um problema de comportamento em nível clínico, destacando-se na associação com VP severa que ansiedade/depressão apresenta OR=20,57, problemas sociais OR=10,89, problemas de pensamento OR=10,16, comportamentos agressivos OR=8,14 e os demais problemas de comportamento oscilaram com OR entre 4,07 e 7,59. Encontrou-se baixo potencial de resiliência em 30,7% dos entrevistados, que, associado à VP severa na família, apresentou que a chance de se ter baixa resiliência é de quase quatro vezes, demonstrando a gravidade da ocorrência na saúde mental entre as vítimas de VP severa. Os resultados indicam a importância da identificação da VP no contexto familiar como fator de prevenção de problemas de saúde mental, bem como apontam para a relevância em se investir na promoção de resiliência como forma de proteção contra a VP sofrida no contexto familiar.

Palavras-chave: violência psicológica, saúde mental, resiliência, adolescente.

#### **Abstract**

In this article we tried to estimate the association and an odds ratio of having been psychologically abused (PV) within the family (sample of 229 adolescent outpatient users in a state-run tertiary pediatric hospital) and the mental health of adolescents. It was found that 26.4% fall in the category of having suffered severe PV. Cross-checking mental health problems across the range of Youth Self Report (YSR) showed that 20.4% had at least one problem behavior at the clinical level, especially in association with severe PV, anxiety/depression presents an OR = 20, 57, social problems OR = 10.89, thought problems OR = 10.16, aggressive behaviors OR = 8.14 and other behavior problems with OR ranging between 4.07 and 7.59. A low potential for resilience was found in 30.7% of respondents which, associated with severe PV within the family, had the chance of having low resilience as being nearly four times, showing the severity of the occurrence of mental health among victims of severe PV. The results indicate the importance of identifying PV in the family context as a factor in the prevention of mental health problems as well as demonstrate the importance of

investing in the promotion of resilience as a protection against PV suffered in the family context.

Keywords: psychological, mental health, resilience, adolescents.

## **Introdução**

A violência transformou-se em uma questão de saúde pública em função do número de vítimas e da magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, tendo um caráter endêmico em muitos países<sup>1</sup>. Os aspectos contemporâneos da violência social brasileira, com características pós-modernas, apresentam múltiplas manifestações e perspectivas, sendo necessário o estudo de novas formas de abordagem consonantes com a atualidade<sup>1,2</sup>.

Há formas de violência que persistem “naturalizadas” no tempo, atravessando todas as classes e segmentos sociais, configurando uma violência cultural. Uma dessas formas é a violência familiar (VF), fruto e consequência das relações, dos usos, dos costumes, das atitudes e dos atos<sup>2</sup>. A residência é o principal cenário para a ocorrência de maus-tratos infantis<sup>3</sup>. Estudo seccional encontrou que adolescentes expostos à VF são três vezes mais propensos a apresentar problemas emocionais e comportamentais do que os expostos à violência urbana, indicando a importância das relações familiares para uma boa condição de saúde mental<sup>4</sup>.

Estudos epidemiológicos populacionais internacionais sobre a prevalência de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência mostram uma grande oscilação (1 – 51%); outros estudos realizados em escolas na América Latina e Caribe identificaram taxas de prevalência de 15-21%<sup>5</sup>. Aspecto relevante a ser considerado em relação aos transtornos de saúde mental diz respeito à comorbidade desses<sup>6</sup>, como nos casos puros de ansiedade que podem ser mais marcantes, porém esses sintomas de ansiedade podem ser frequentemente combinados com aqueles de neurastenia, histeria, obsessão e melancolia. Em estudo com 500 crianças, entre 6 e 13 anos, sorteadas aleatoriamente dentre todas as escolas municipais do Município de São Gonçalo/Niterói/Rio de Janeiro, em 2005, identificou que 54% das crianças que tinham algum transtorno possuíam também outro tipo de problema associado<sup>7</sup>. Observou-se que, em especial, sintomas de ansiedade, depressão e desatenção/hiperatividade costumam ocorrer em conjunto. Já em

relação à depressão, encontrou-se que entre 20% e 50% das crianças depressivas possuíam outros dois ou mais transtornos psiquiátricos <sup>8</sup>.

Pesquisas científicas corroboram com a questão da exposição à violência, podendo propiciar graves prejuízos à saúde e ao crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, a curto e longo prazo, <sup>1, 9, 10</sup>. Essas fases da vida são relevantes para a maturação do cérebro e as experiências então ocorridas exercem influência em padrões de comportamentos da vida adulta. Estudos comprovam que a experiência de estresse emocional precoce, inclusive os maus-tratos, apresenta prejuízos em funções neurocognitivas como atenção, inteligência, linguagem, funções executivas e tomada de decisões. Assim como alterações no hipocampo, corpo caloso, córtex pré-frontal e córtex cingulado anterior <sup>11, 12</sup> podem alterar a função do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), que está associada com desordens depressivas <sup>13, 14</sup>.

Uma das formas de maus-tratos, de difícil detecção, porém muito lesiva para a formação do indivíduo, é a violência psicológica (VP). Essa ocorre, quando os adultos sistematicamente humilham, demonstram falta de interesse, tecem críticas excessivas, induzem culpa, desencorajam, ignoram sentimentos ou cobram excessivamente a criança ou o adolescente <sup>15</sup>. Estudos demonstram os possíveis efeitos da exposição à VP na infância: incapacidade de aprender e de construir/manter satisfatória relação interpessoal, inapropriado comportamento e sentimentos frente a circunstâncias normais, humor infeliz ou depressivo, depressão maior crônica ou recorrente, baixa autoestima, ansiedade e tendência a desenvolver sintomas psicossomáticos <sup>1, 7, 9, 16, 17, 18, 19</sup>.

Corroborando neste aspecto o estudo realizado com 1.923 alunos de 7<sup>a</sup>/8<sup>a</sup> séries e 1<sup>o</sup>/2<sup>o</sup> anos de escolas públicas e privadas do Município de São Gonçalo/RJ, estimou os fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes, constando que fatores individuais como sexo, autoestima, satisfação com a vida e competência na escola, bem como a VP e os eventos difíceis do relacionamento familiar comprometeram a saúde mental dos adolescentes; a prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi de 29,4%, ou seja, aqueles que viveram mais humilhações de pessoas significativas na esfera familiar, que reduziram suas qualidades, capacidades, desejos e emoções, além de cobrá-los excessivamente, mostraram maior chance (OR=4,17, IC=2,68-6,48) de apresentar transtornos psiquiátricos menores em relação àqueles que não sofreram essa forma de violência <sup>17</sup>.

A VP feita por pessoas significativas que deveriam proteger, tem a capacidade de afetar o potencial de resiliência (capacidade de superação dos problemas) que é considerado um importante fator de proteção na prevenção dos agravos da violência<sup>20,21</sup>. Os atributos básicos ao desenvolvimento da resiliência estão presentes em todas as fases do ciclo vital, com destaque para a família, a base para o desenvolvimento saudável da criança, especialmente na primeira infância<sup>21,22</sup>. Alguns atributos protetores encontram-se associados ao bom funcionamento familiar: possuir mais elevada autoestima, ter mais satisfação com a vida, ser mais supervisionado pelos pais e se sentir mais apoiado emocional e afetivamente. Assim, o crescente interesse pelo conceito da resiliência se deve à necessidade de se investir na prevenção dos problemas emocionais e comportamentais e na promoção da saúde mental<sup>22</sup>.

Para a psicologia, a resiliência é a capacidade de manter em pleno funcionamento os processos mentais (intelectuais e psicológicos) frente às adversidades ou de recuperá-los em circunstâncias novas. Está diretamente ligada ao desenvolvimento psicoemocional e a construção da autoestima e da confiança em si mesmo<sup>22</sup>. Os mecanismos de proteção individuais internamente e os captados no meio em que vive são elementos cruciais para estimular o potencial de resiliência ao longo da vida<sup>21</sup>. Sabe-se que existem 3 tipos principais de proteção que atuam na infância e na adolescência: o primeiro é quando há a capacidade individual de se desenvolver de forma autônoma, com autoestima positiva, temperamento afetuoso e flexibilidade; em segundo, é dado pela família, quando provê estabilidade, respeito mútuo, apoio e suporte; e o terceiro é o apoio oferecido pelo ambiente social<sup>21</sup>. Sendo assim, a resiliência é o resultado final de processos de proteção que não eliminam os riscos experimentados, mas encorajam o indivíduo a lidar efetivamente com a situação e a sair fortalecido da mesma<sup>20, 21, 23,24</sup>.

Diante da relevância e se debater o tema da violência na infância/adolescência associado aos problemas de saúde mental<sup>5</sup>, priorizou-se, neste artigo, o estudo da associação entre problemas de saúde mental de crianças e adolescentes e exposição à violência psicológica (VP) no contexto familiar de usuários dos serviços ambulatoriais selecionados em um hospital pediátrico público terciário.



## Metodologia

Realizou-se estudo transversal, de janeiro de 2011 a setembro de 2011, em três ambulatórios de um hospital pediátrico público terciário, localizado no Município do Rio de Janeiro/RJ, que é um hospital referência para o SUS na saúde de crianças, adolescentes e mulheres, apresentando demanda referida de todas as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro assim como de outros municípios e estados.

A amostra do estudo compreendeu 229 usuários de 11 a 18 anos (faixa etária selecionada devido ao uso da escala *Youth Self- Report – YSR*<sup>25</sup>, cuja aplicabilidade é em adolescentes de 11 a 18 anos) que foi estratificada proporcionalmente, sendo representativo de todo o atendimento feito às crianças e adolescentes atendidas nos três ambulatórios selecionados como campo de pesquisa: 2 de clínicas gerais (pediatria e adolescência) e 1 de especialidade (saúde mental). Em um dos estratos não se alcançou o tamanho amostral calculado (o ambulatório de pediatria apresentava número elevado de crianças fora dos critérios de seleção), mesmo assim, a proporção de adolescentes distribuídas em cada um dos três estratos não difere entre a população e a amostra ( $p=0,600$ ), ao se fazer o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Os **critérios de inclusão** utilizados foram: adolescente de ambos os sexos; na faixa etária citada; com capacidade de compreender e responder as perguntas do questionário; acompanhadas por responsáveis que convivam com os mesmos durante o último ano e capazes de fornecer informações sobre o adolescente; e os adolescentes de 18 anos completos desacompanhados.

As informações de interesse foram colhidas pela pesquisadora principal e por duas assistentes de pesquisa previamente treinadas, através de entrevistas presenciais realizadas nas salas de espera dos ambulatórios selecionados, enquanto os usuários aguardavam a consulta agendada.

Foram aplicados dois questionários, um para os responsáveis e outro para os adolescentes (objeto desse artigo) sendo estes selecionados para uma segunda etapa da investigação como descrito a seguir.

O *questionário dos adolescentes* foi composto por: perguntas sobre escolaridade, raça e pelas escalas de: VP<sup>26</sup>, resiliência<sup>27</sup> e YRS<sup>25</sup> (que estima a presença de problemas de saúde mental). As escalas selecionadas (com validade e confiabilidade reconhecidas) permitiram investigar os conceitos de interesse para o estudo.

A **variável de exposição** sofrer VP de pessoas da família foi mensurada através da escala de VP <sup>26</sup>, que avalia as experiências vividas por jovens que foram diminuídos em suas qualidades, suas capacidades, seus desejos, suas emoções e se foram excessivamente cobrados por pessoas significativas. É constituída por 18 itens com opções de respostas que variam do nunca até o sempre, sendo adaptada transculturalmente à realidade brasileira<sup>28</sup>, apresentando as propriedades psicométricas de  $\alpha$  de Cronbach de 0,91 e Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) de 0,8629. Os resultados obtidos na avaliação da validade de constructo pelas autoras mostraram evidências da adequação da versão proposta. Imediatamente após a aplicação da escala foi indagado ao adolescente quais pessoas significativas mais agiram com VP sobre o adolescente: pai, mãe, madrasta, padrasto, irmãos, tios, avós e outros.

O escore da escala de VP foi definido como a razão entre o somatório dos pontos associados às frequências de cada um dos itens (de 1 – nunca a 5 – sempre) e a pontuação máxima que seria alcançada (90) multiplicada por 100. O ponto de corte foi estabelecido como valores acima e abaixo do terceiro quartil, sendo categorizadas como ausente a moderada e severa. Para a avaliação da mensuração de VP investigada neste estudo, optou-se por fazer uma verificação da frequência, subdividindo em 3 grupos de ocorrência (às vezes/raramente e nunca, sempre/quase sempre). Após a apresentação da frequência dos itens/eventos da escala de VP, sendo categorizados em ausente a moderada (às vezes/raramente), severa (sempre/quase sempre) e nunca, estas foram associadas e analisadas com as variáveis citadas.

Assim, após a apresentação da frequência dos itens/eventos da escala de VP e categorizada em ausente a moderada e severa, realizou-se a associação e a razão de chance com as **variáveis estimadas de saúde mental**, através dos instrumentos:

a) A **estimativa de problemas de saúde mental** na amostra selecionada de adolescentes foi realizada através do YSR<sup>25</sup>, que é composto por 112 itens destinados a classificar a competência social e os problemas comportamentais ocorridos nos últimos 6 meses, através de 3 opções: falso; pouco verdadeiro/às vezes verdadeiro; muito verdadeiro/frequentemente verdadeiro. Esta classificação permite aferir 2 grupos: adolescentes não clínicas (escore  $T < 60$ ) e adolescentes clínicas, que são subdivididas em casos limítrofes (escore  $T$  60 a 63) e clínicos (escore  $T > 63$ ). Esta escala apresenta nomes dados às síndromes comportamentais, pertencentes a vocabulários familiares a profissionais da área, não representa classificações nosológicas e diagnósticos psiquiátricos formais, como é o caso dos diagnósticos realizados pela DSM-IV, embora

haja correlação significativa entre os instrumentos, sendo os comportamentos subdivididos em “externalizantes” (atos agressivos e transgressores) e comportamento “internalizantes” (depressão, ansiedade).

b) A **Resiliência** foi estimada através da escala de resiliência adaptada transculturalmente<sup>29</sup>, teve a confiabilidade e a validade do construto medidas. Apresentou bons índices psicométricos com  $\alpha$  de Cronbach de 0,838, o ICC de 0,75 e o kappa predominantemente moderado. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. Todos estes pontos são somados e então geraram uma distribuição de escores, cujos pontos de cortes foram definidos pelo tercil, sendo categorizados em baixa, média e alta resiliência. Esta escala foi considerada a mais apropriada para uso em adolescentes e a mais utilizada em estudos conduzidos com diferentes faixas etárias<sup>30</sup> e, nos vários estudos em que tem sido usada, mantém adequado desempenho em contextos culturais distintos, com índices de elevada consistência interna e adequadas reprodutibilidade e validades convergente e divergente.

A análise dos dados foi composta por frequências simples de cada uma das variáveis que compõem o banco. Foram utilizadas tabelas de contingência e testes de associação (qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher para tabela 2x2 com nível de significância de 5%), para se verificar a relação entre VP e outras variáveis, que segundo a literatura, haveria algumas possíveis ligações. Medidas de associação (razão de chances) também foram utilizadas com intervalos de confiança de 95%.

Observaram-se as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios da Declaração de Helsinki neste estudo, que foi aprovado pelo parecer número 0031/10 do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde a pesquisa foi realizada. As entrevistas foram feitas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável pelo adolescente ou pelo próprio sujeito de pesquisa, quando apresentava 18 anos completos.

## **Resultados:**

São analisados dados de 229 adolescentes entre 11 e 18 anos (idade média de 13,5 anos (desvio padrão = 2,0); 53,2% do sexo masculino; predominantemente de cor da pele preta/parda 61,9% (33,8% branca e 4,3% de cor da pele amarela ou indígena); e

221 responsáveis dos entrevistados pertencentes, em sua maioria (83,5%), aos estratos sociais populares (C e D).

Na **Tabela 1** estão apresentadas as frequências observadas na amostra investigada. De acordo com o critério adotado para definir VP severa, tem-se que 61 adolescentes (26,4%) se enquadram neste quadro, ficando 170 entrevistados no critério de VP ausente a moderada (destes, apenas 5 relatos não sofreram nenhum dos 18 itens de VP indagados na pesquisa). Os comportamentos reiteradamente presentes no relacionamento (frequência sempre/quase sempre), que foram apontados por mais de 10% dos adolescentes são: ser criticado pelo que faz ou diz; não ser encorajado, quando tenta atuar de forma autônoma; ser chamado por nomes desagradáveis e ter adulto dizendo que está errado ao tentar agir. Alguns atos que compõem o relacionamento familiar abusivo relatado com menor frequência (às vezes/raramente) são: ser culpabilizado por falhas que não cometeu; ser criticado pelas coisas que faz e diz; receber berros e gritos sem motivo; não ser acreditado no que diz e ser criticado de errado, quando diz e faz alguma coisa. A pessoa que mais perpetrou VP na amostra estudada foi a mãe dos entrevistados (67,5% do total), seguida pelo pai (46,8%) e irmãos (32%).

A escala YSR identificou 46 (20,4%) adolescentes com pelo menos um problema de comportamento em nível clínico. Se considerados também aqueles limítrofes, este total se eleva para 77 (33,3%) de adolescentes. Observando-se os tipos específicos de problemas de comportamento, tem-se que os problemas externalizantes são os mais comumente observados na amostra estudada (15,6%), com 8,7% apresentando comportamento agressivo e igual monta de quebrar regras. O comportamento internalizante esteve presente em 13% da amostra; queixas somáticas se destacam (9,5%), seguidas pelo retraimento/depressão (7,8%) e ansiedade/depressão (6,1%). O diagnóstico isolado mais frequente refere-se aos problemas com a atenção em 14,7%. Os problemas com o comportamento (6,9%) e os sociais (3,9%) são menos comuns.

Quanto à resiliência, neste grupo estudado encontrou-se que o nível baixo de resiliência apresentava-se em 71 relatos (30,7%).

**Tabela 1: Frequência de violência psicológica, problemas de comportamento e resiliência.**

Variáveis	Categorias	N	%
Violência psicológica	Severa	61	26,4
	Ausente a moderada	170	73,6
Resiliência	Baixa	71	30,7

	Média	88	38,1
	Alta	72	31,2
<i>Problemas de comportamento</i>			
Ansiedade/depressão	Clínico/Limítrofe	14	6,1
	Normal	217	93,9
Retraimento/depressão	Clínico/Limítrofe	18	7,8
	Normal	213	92,2
Queixas somáticas	Clínico/Limítrofe	22	9,5
	Normal	209	90,5
Problemas sociais	Clínico/Limítrofe	9	3,9
	Normal	222	96,1
Problemas com o pensamento	Clínico/Limítrofe	16	6,9
	Normal	215	93,1
Problemas com a atenção	Clínico/Limítrofe	34	14,7
	Normal	197	85,3
Quebrar regras	Clínico/Limítrofe	20	8,7
	Normal	211	91,3
Comportamento agressivo	Clínico/Limítrofe	20	8,7
	Normal	211	91,3
Internalizante	Clínico/Limítrofe	30	13,0
	Normal	201	87,0
Externalizante	Clínico/Limítrofe	36	15,6
	Normal	195	84,4

Na **Tabela 2** encontra-se que todos os problemas de saúde mental aferidos aumentaram sua ocorrência em vigência da gravidade da VP. Destacam-se a ansiedade/depressão (OR=20,57), os problemas sociais (OR=10,89) e com o pensamento (OR=10,16), pela chance muito mais elevada de tais problemas dentre as crianças/adolescentes que vivenciam VP severa. Também é elevada a chance dos comportamentos agressivos (com oito vezes a chance de ocorrência entre aqueles que sofrem VP severa). Os demais problemas de comportamento oscilam com OR entre 4,07 e 7,59, relevantes o bastante para reforçar a ocorrência privilegiada de problemas de saúde mental entre vítimas de VP severa.

**Tabela 2: Associação entre VP e problemas de saúde mental**

Problemas de Saúde Mental	Itens	VP ausente à moderada		VP severa		OR (IC)
		N	%	N	%	
Ansiedade/depressão	Sim	2	1,2	12	19,7	<b>20,57 (4,45 - 95,04)</b>
	Não	168	98,8	49	80,3	1
Retraimento/depressão	Sim	7	4,1	11	18,0	<b>5,12 (1,89 - 13,91)</b>
	Não	163	95,9	50	82,0	1
Queixas somáticas	Sim	7	4,1	15	24,6	<b>7,59 (2,92 - 19,73)</b>
	Não	163	95,9	46	75,4	1
Problemas sociais	Sim	2	1,2	7	11,5	<b>10,89 (2,20 - 54,00)</b>
	Não	168	98,8	54	88,5	1
Problemas com o pensamento	Sim	4	2,4	12	19,5	<b>10,16 (3,14 - 32,93)</b>
	Não	166	97,6	49	80,3	1
Problemas com a atenção	Sim	15	8,8	19	31,1	<b>4,68 (2,19-9,98)</b>
	Não	155	91,2	42	68,9	1
Quebrar regras	Sim	8	4,7	12	19,7	<b>4,96 (1,92-12,82)</b>

	Não	162	95,3	49	80,3	1
Comportamento agressivo	Sim	6	3,5	14	23,0	<b>8,14 (2,97 - 22,35)</b>
	Não	164	96,5	47	77,0	1
Internalizante	Sim	11	6,5	19	31,1	<b>6,54 (2,89 - 14,80)</b>
	Não	159	93,5	42	68,9	1
Externalizante	Sim	17	10,0	19	31,1	<b>4,07 (1,95-8,52)</b>
	Não	153	90,0	42	68,9	1

\* Destaque em negrito para associações significativas em nível de 5%

Na **Tabela 3** constata-se também haver associação entre vivenciar VP severa e ter o potencial de resiliência comprometido: dentre aqueles que sofrem VP severa na família, a chance de ter mais baixa capacidade para superar as adversidades é de quase quatro vezes.

**Tabela 3: Associação entre VP e resiliência**

Variável	Categorias	VP ausente a moderada		VP severa		OR (IC)
Resiliência	Baixa	40	23,5	31	50,8	<b>3,875 (1,781-8,430)</b>
	Média	70	41,2	18	29,5	1,286 (0,573-2,884)
	Alta	60	35,3	12	19,7	1

\* Destaque em negrito para associações significativas em nível de 5%

## Discussão

Mudanças culturais têm ocorrido no sentido de valorizar os direitos de crianças e adolescentes, havendo uma nova percepção sobre a naturalização e banalização da violência que ocorre nos contextos familiares<sup>1,2,3,4,5,6</sup>. Devido à magnitude dos agravos à saúde, a curto e longo prazo, lançou-se o desafio de se investigar a magnitude e natureza dos diversos maus-tratos infantis e o perfil das vítimas e dos agressores, tornando-se assim a violência uma questão da saúde pública<sup>1,2</sup>.

A discussão sobre esse tema e a associação com os transtornos de saúde mental na faixa etária em que os indivíduos estão em pleno crescimento e desenvolvimento, sendo vulneráveis aos desfechos negativos decorrentes das adversidades, são hoje mais debatidas<sup>4,6</sup>, mas ainda apresenta lacunas e perspectivas das políticas públicas da saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil<sup>5</sup>.

A frequência e/ou a qualidade dos eventos negativos de VP que ocorrem no contexto familiar, apontados como particularmente prejudiciais ao desenvolvimento infantil, tem sido alvo de investigação tanto como fator de risco como fator de proteção<sup>10, 31</sup>. Dentre as diferentes formas de violência que ocorrem na infância e na adolescência, encontra-se a VP, que por ser de difícil reconhecimento até por quem a

sofre, apresenta sérios danos à emoção e ao afeto, com prejuízo na percepção do mundo onde se vive e pode abalar alicerces básicos para um desenvolvimento saudável, com repercussões a curto e longo prazos<sup>5</sup>.

A prevalência de problemas relacionados à saúde mental encontrada neste estudo para casos clínicos e limítrofes através da escala YSR foi de 33,3%, assemelhando-se aos valores encontrados (15-21%) em revisão da literatura sobre estudos epidemiológicos publicados entre os anos de 1980 e 1999 com amostras populacionais escolares na América Latina e no Caribe<sup>6</sup>, e com as estimativas de prevalência de transtornos mentais de até 20% na infância e adolescência<sup>32</sup>. Encontrou-se que todos os transtornos de saúde mental internalizantes e externalizantes investigados, ocorridos nos últimos seis meses (ansiedade, retraimento, queixas somáticas, problemas sociais, problemas com o pensamento e a atenção, quebrar regras e comportamento agressivo) mostraram-se associados à ocorrência de VP severa. A identificação de casos e fatores associados contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento sobre as demandas em saúde mental, corroborado pela literatura que aponta sobre a gravidade dos danos na saúde mental infanto-juvenil exposto à VP no contexto familiar<sup>15</sup>, ratificando a relevância de a VP sair da invisibilidade que hoje ainda possui<sup>33</sup>.

A prevenção da VP é, portanto, uma relevante tarefa para a área da saúde, pela chance de desencadear diferentes problemas à saúde mental, em especial um dos diagnósticos mais debatidos, o transtorno de humor (TH), que engloba o transtorno de depressão maior (TDM) e os transtornos de ansiedade, tendo em ambos os transtornos, a ocorrência da associação com alterações do eixo HPA, que responde produzindo mais hormônios como o cortisol<sup>34, 35, 36</sup>. Neste estudo, encontrou-se que depressão /ansiedade está associada com VP (OR=20,57), o que corrobora com a literatura sobre depressão na adolescência, que informa que os sintomas internalizantes ocorrem três vezes mais entre os jovens do que entre os adultos, cerca de 15-50%<sup>37</sup> e pode estar associada a diferentes comorbidades<sup>7</sup>. Portanto, a identificação específica da depressão torna-se uma questão básica no atendimento de saúde dos jovens, orientados por uma perspectiva multiprofissional, pois as investigações etiológicas devem incluir abordagens contextuais que destaquem o suporte familiar, o papel dos eventos negativos de vida, as alterações neuropsicológicas e as mudanças psíquicas internas próprias da fase relacionada às manifestações contemporâneas da cultura<sup>35</sup>.

Em relação ao potencial de resiliência que se encontrou neste grupo estudado, o nível baixo de resiliência apresentava-se em 71 relatos (30,7%) e a associação entre vivenciar VP severa e ter o potencial de resiliência comprometido mostrou que dentre aqueles que sofrem VP severa na família, a chance de ter mais baixa capacidade para superar as adversidades é de quase quatro vezes. Considerando-se que a resiliência está ancorada em dois grandes polos: o da adversidade (eventos desfavoráveis) e o da proteção (resignificado singular diante do sofrimento causado por uma adversidade)<sup>35</sup>, é importante tomar esta temática como fundamental para os cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes. É nesta fase da vida que se cria uma base sólida para o crescimento e desenvolvimento e para a formação da resiliência, que será testada, reforçada ou destruída pelo desenrolar do ciclo vital<sup>5,21,22</sup>. Neste sentido, é de fundamental importância que os adultos (pais, professores, profissionais de saúde) que lidam com crianças e adolescentes busquem se capacitar com as ferramentas que estimulam o desenvolvimento do potencial de resiliência<sup>37</sup>.

Corroborando com estudos nacionais sobre saúde mental infanto-juvenil<sup>5,7,38</sup> há necessidade de maior produção nacional de investigação sobre a saúde mental infanto-juvenil, inclusive com objetivos de intervenção e prevenção<sup>37</sup>. Sugere-se que estas investigações abordem aspectos contextuais e macros de compreensão dos problemas de saúde mental, destacando-se as categorias de resiliência individual e familiar, assim como as focadas na teoria do apego<sup>39,40</sup>.

Para finalizar, apresentam-se algumas limitações do presente artigo. O tamanho da amostra obtido, por não ser muito grande, dificulta encontrar associações estatísticas, obrigando a agregar categorias de variáveis que seriam melhor estudadas desagregadas. Outra limitação – própria da área – é a não existência de um ponto de corte para a escala de VP com comprovada sensibilidade e especificidade<sup>28</sup>. Tal lacuna dificulta a avaliação de prevalência de VP entre estudos nacionais e internacionais. A falta de privacidade ao se aplicar algumas entrevistas, bem como o fato de o responsável entrevistado ser o acompanhante do adolescente no momento da entrevista e também o agente da VP podem ter dificultado a participação e autonomia do adolescentes em abusos, sugerindo que a magnitude da prevalência do evento seja menor do que aquela que ocorre na realidade.



## **Conclusões:**

Diante dos resultados encontrados neste estudo sobre a relevância da associação de se sofrer VP no contexto familiar e a saúde mental de adolescentes, pode-se dizer que os se torna imprescindível tirar a VP da invisibilidade, aumentando sua identificação e conscientização da importância de sua intervenção junto às famílias que a utilizam como forma cotidiana de comunicação interpessoal.

Da mesma forma que se torna fundamental para o trabalho de promoção de saúde junto aos indivíduos em pleno desenvolvimento e crescimento que haja a conscientização da sociedade quanto aos danos dessa forma abusiva de relacionamento para que seja possível mudar o rumo dessas histórias de vida, minimizando os prejuízos da violência com maior cuidado na atenção profissional e no fortalecimento das relações familiares protetivas e não abusivas, contribuindo com a prevenção das consequências de curto e longo prazo.

## **Referências**

- 1- Krug EG, Dahlberg LL, MercyJA, Zwi AB, Lozano R. – Relatório Mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002.
- 2- Njaine K, Assis SG, Constantino P (organizadoras). Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação a distancia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.
- 3- Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Cad. Saúde Pública 2010; 26(2): 347- 357.
- 4- Paula CS, Vedovato MS, Bordin AS, Barros MGS, D'Antino MEF, Mercadante MT. Saúde Mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. Rev. Saúde Pública 2008; 42(3):524-8.
- 5- Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. Ciência e Saúde Coletiva 2009;14(2):349-361.
- 6- Petribú K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. Rev Bras Psiquiatr 2001; 23(Supl II):17-20.
- 7- Assis SG, Ximenes LF, Avanci JQ, Pesce RP. Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violência na infância. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves/CNPq, 2007.
- 8- Avanci JQ, Assis SG, Pesce RP. Depressão em crianças: uma reflexão sobre crescer em meio à violência. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves/CNPq, 2008.
- 9- Shaffer A; Yates TM; Eehand R. The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: developmental processes in a prospective study. Child Abuse e Neglect 2009; 33(1): 36-44.
- 10-Allen B. An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological

- maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreatment* 2008;13(3): 307-312.
- 11- Greenfield EA, Marks NF. Profiles of physical and psychological violence in childhood as a risk factor for poorer adult health: evidence from the 1995-2005 National Survey of Midlife in the United States. *Journal of Aging and Health* 2009; 21(7): 943-966.
  - 12-Oliveira PA, Scivoletto S, Cunha PZ. Estudos neuropsicológicos e de neuroimagem associados ao estresse emocional na infância e adolescência. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2010; 37(6):271-279.
  - 13-Mesa-Gresa P, Moya-Albiol L. Neuro biology of child abuse: the “cycle of violence” *Rev Neurol* 2011; 52(8): 489-503.
  - 14-Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyka AR, Price LH. Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2009; 31(suplem. 2):S41-S48.
  - 15-Garbarino J. Psychological child maltreatment. A developmental view. *Prim Care* 1993;20:307-15.18.
  - 16-Allen B. Childhood Psychological Abuse and Adult Aggression: The Mediating Role of Self-Capacities. *J. Interpers Violence* 2011 26(10): 2093-2110.
  - 17- Avanci JQ, Assis SG, Oliveira RVC, Ferreira RM, Pesce RP. Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2007;23(3) 287-294.
  - 18-Leeson FJ, Nixon RDV. The Role of Children’s Appraisals on Adjustment Following Psychological Maltreatment: A Pilot Study. *J Abnorm Child Psychol* 2011; 39:759-771.
  - 19-JellenLK, McCarroll JE, Thayer LE. Child emotional maltreatment: a 2-year study of US Army cases. *Child Abuse Neglect* 2001;25: 623-39.
  - 20- Afifi TO, Macmillan HL. Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Can J Psychiatry* 2011; 56 (5): 266-72.
  - 21- Cyrulnik B. Os patinhos feios. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
  - 22- Lorenzo L.R. Resiliencia: nuestra capacidad de recuperación ante los obstáculos. Buenos Aires: Andrómeda, 2010.
  - 23-Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ, Njaine K. Por que é importante ajudar os filhos a “dar a volta” por cima? Conversando com pais de crianças e adolescentes sobre as dificuldades da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves/CnPq, 2006.
  - 24-Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006.
  - 25- Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-age forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families, 2001.
  - 26- Pitzner JK, Drummond PD. The Reliability and Validity of Empirically Scaled Measures of Psychological/Verbal control and Physical/Sexual Abuse: Relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *Journal of Psychosomatic Research* 1997; 2: 125-142.
  - 27-Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement* 1993; 1(2): 165-178.
  - 28-Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de Violência Psicológica contra adolescentes. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39(5): 702-8.
  - 29- Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad.Saúde Pública* 2005; 21(2):436-448.

- 30- Vilete LMP. Resiliência a eventos traumáticos: conceito, operacionalização e estudo seccional. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- 31- Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e Proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psic: Teor. Pesq.* 2004; 20(2): 135-143.
- 32- Fleitlich BW, Goodman R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2002, 24:2-2.
- 33- Abranches CD, Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(5):843- 854.
- 34- Farias AC, Cordeiro ML. Mood disorders in children and adolescents: update for pediatricians. *J Pediatr* 2011; 87(5): 373-81.
- 35- Harkness KL, Stewart JG, Wynne-Edwards KE. Cortisol reactivity to social stress in adolescents: role of depression severity and child maltreatment *Psychoneuroendocrinology* 2011; 36(2):173-81.
- 36- Van der Vegt EJM, Van der Ender J, Huizik AC, Verhulst FC, Tiemeier H. Childhood adversity modifies the relationship between anxiety disorders and cortisol secretion. *Biol. Psychiatry* 2010, 68:1048-1054.
- 37- Brasil, Ministério da Saúde. Linha de cuidados 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, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS, 2010.
- 38- Benetti SPC, Ramires VRR, Schneider AC, Rodrigues APG, Tremarin D. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(6):1273-1282.
- 39- Grossmann KE, Grossmann K, Waters E.(org). Apego da infância à idade adulta: os principais estudos longitudinais. São Paulo: Roca, 2008.
- 40- Moss E, Dubois-Comotois K, Cyr C, Tarabulsky GM, St-Laurent D, Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control Trial. *Dev Psychopathol* 2011; 23(1): 195-210.

#### **4.4. Violência psicológica no contexto familiar e a saúde física de adolescentes usuários dos serviços ambulatoriais de um hospital pediátrico público terciário. (este artigo é em formato de comunicação breve – artigo curto do Jornal de Pediatria).**

##### **Resumo:**

Investigaram-se os problemas orgânicos que poderiam ser associados à violência psicológica (VP) familiar, a partir de dados existentes nos prontuários dos adolescentes que participaram da pesquisa sobre VP no contexto familiar e a saúde mental juvenil em usuários de um hospital público pediátrico terciário. A seleção e revisão foram realizadas após a ocorrência das entrevistas, através do arquivo médico, no total de 172 prontuários (75,10% dos adolescentes entrevistados). Um total de 26,4% dos adolescentes convive com VP severa. Não se constatou associação estatística entre VP e problemas clínicos atuais e pregressos. Porém, a elevada ocorrência de violência psicológica na amostra investigada sugere a inclusão da possibilidade de maus-tratos infanto-juvenis no relacionamento familiar no diagnóstico diferencial, assim como a necessidade de se ter mais estudos sobre os efeitos da violência sobre a saúde física.

Palavras-chave: violência psicológica, adolescente, revisão de prontuário.

##### **Abstract:**

Investigated the physical problems that could be associated to psychological violence (PV) family from data in the charts of adolescents who participated in the research VP in the family context and adolescent mental health in users of a public pediatric hospital tertiary. The selection and review were conducted after the occurrence of the interviews, through the medical records, a total of 172 records (75.10% of the adolescents interviewed). A total of 26.4% of adolescents living with severe VP. There was no association between PV and past and present medical problems. However, the high occurrence of psychological violence in the investigated sample suggests the inclusion of the possibility of maltreatment of children and youth in family relationships in the differential diagnosis, as well as the need to have more studies on the effects of violence on physical health.

Keywords: psychological violence, adolescent, review of medical records

##### **Introdução:**

A violência tornou-se um problema de saúde pública em função do impacto que traz para a saúde individual e coletiva<sup>1</sup>, com dificuldades na identificação e na notificação, por parte dos profissionais de saúde,<sup>3</sup> de situações de violência vividas por adolescentes.

Constata-se que os profissionais primeiramente afastam a hipótese orgânica com a realização de exames, para, então, investigar as “causas externas”. Também é fato que

a falta de informações básicas, para identificar os casos de maus-tratos, influenciadas por fatores pessoais dos profissionais e pela estrutura dos serviços, como o modelo biomédico vigente, podem ser aspectos que dificultam a identificação de possíveis casos, pois sinais e sintomas de maus-tratos infantis podem ser confundidos com outros diagnósticos diferenciais<sup>2,3,4</sup>.

Uma das formas de abuso infantil, de difícil detecção, porém muito lesiva para a formação do indivíduo, é a violência psicológica (VP)<sup>5</sup>. Essa ocorre, quando os adultos sistematicamente humilham, demonstram falta de interesse, tecem críticas excessivas, induzem culpa, desencorajam, ignoram sentimentos ou cobram excessivamente a criança ou o adolescente<sup>6</sup>. Esse abuso, feito por pessoas significativas para a criança, que deveriam proteger, tem a capacidade de afetar o potencial de resiliência (capacidade de superação dos problemas), que é considerado um importante fator de proteção na prevenção dos agravos da violência<sup>6,7</sup>.

Possíveis efeitos da exposição à VP na infância podem ser: incapacidade de aprender, incapacidade de construir e manter satisfatória relação interpessoal, inapropriado comportamento e sentimentos frente a circunstâncias normais, humor infeliz ou depressivo, depressão maior crônica ou recorrente, baixa autoestima, ansiedade, distúrbios alimentares (obesidade, anorexia e bulimia), atraso no desenvolvimento e crescimento e tendência a desenvolver sintomas psicossomáticos<sup>8,9,10</sup>.

Partindo desse conhecimento, procurou-se investigar a partir de dados secundários existentes nos prontuários das crianças/adolescentes que participaram da pesquisa da tese de doutorado sobre VP e a saúde mental infanto-juvenil<sup>11</sup>, os problemas orgânicos que poderiam ser associados à exposição à VP no contexto familiar.

Como **metodologia** empregada neste estudo, realizou-se um estudo transversal com 229 adolescentes entre janeiro e setembro de 2011, em três ambulatórios de um hospital pediátrico público terciário, localizado no Município do Rio de Janeiro/RJ. Esse é um hospital referência para o SUS na saúde de crianças, adolescentes e mulheres, tendo sua demanda referida de todas as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, assim como de outros municípios e estados. Atende a mais de 20 mil pacientes por ano, realizando cerca de 100 mil procedimentos ambulatoriais, quatro mil internações e mil atendimentos domiciliares. Dispõe de 114 leitos, 20 deles reservados

aos recém-nascidos internados nos berçários de alto risco e intermediário, equipados com recursos tecnológicos de última geração.

Foi realizada amostragem estratificada proporcional, representativa de todo o atendimento feito aos adolescentes atendidos nos ambulatórios de pediatria, adolescentes e de saúde mental. Um total de 229 adolescentes de 11 a 18 anos foi entrevistado na pesquisa, dos quais 172 são analisados no presente texto. Todos responderam a questionário com escala de VP<sup>12</sup>, que avalia as experiências vividas por jovens que foram diminuídos em suas qualidades, suas capacidades, seus desejos, suas emoções e se foram excessivamente cobrados por pessoas significativas. Os prontuários foram selecionados e revisados após as entrevistas terem sido realizadas, no arquivo médico, com 172 prontuários analisados (75,1% dos adolescentes entrevistados na primeira fase). As perdas decorreram de 11 prontuários não encontrados e 46 que eram de pronto atendimento (não tendo gerado prontuário).

O estudo foi aprovado pelo parecer número 0031/10 do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital local da pesquisa.

Como **resultados** tem-se que a amostra foi composta por adolescentes de 11 a 18 anos, com idade média de 13,5 anos (desvio padrão = 2,0). Um total de 54,1% pertence ao sexo masculino; 34,9% se denominam como cor de pele branca (preta 19,8%, parda 39,5% e amarelo/indígena 5,8%); 80,1% integram os estratos sociais populares (C e D). Um total de 26,4% dos adolescentes convive com violência severa (somatório de itens de violência psicológica acima do terceiro quartil) praticada por pessoas significativas de sua família. São especialmente vítimas de culpabilização por falhas ocorridas, críticas por coisas feitas e ditas, gritos e berros sem motivo, insistência em falar sobre os erros cometidos no dia a dia e descrédito dos entrevistados por parte dos familiares. A mãe foi o familiar que mais perpetrou VP sobre o adolescente, seguida pelo pai e pelos irmãos. Dentre os adolescentes que sofrem VP ausente a moderada (abaixo do terceiro quartil), apenas 5 relatos são provenientes de pessoas que nunca sofreram nenhuma forma de VP, indicando que a VP faz parte da comunicação existente no cotidiano familiar da maior parte dos entrevistados.

A avaliação clínica apresentada nos 172 prontuários mostra que as principais ocorrências no item - queixa principal - foram: problemas dermatológicos (26,9%), acompanhamento do desenvolvimento e crescimento (20,9%), controle do peso (18,6%) e distúrbio afetivo (13,4%), como consta na **Tabela 1**.

**Tabela 1: Frequência de problemas clínicos atuais.**

<i>Problemas clínicos atuais</i> (N=172)	N	%
Problemas Dermatológicos	46	26,9
Crescimento e Desenvolvimento	36	20,9
Controle do Peso	32	18,6
Distúrbio Afetivo	23	13,4
Problemas Alérgicos	21	12,2
Aparelho Respiratório	18	10,5
Aparelho Gastrointestinal	12	7,0
Problemas Ortopédicos	12	7,0
Quadro Infecioso	11	6,4
Pressão alta	8	4,7
Cefaleia	8	4,7
Problemas Ginecológicos	7	4,1
Problemas Neurológicos	5	2,9
Aparelho Urinário	4	2,3
Problemas Cardíacos	2	1,2

Em relação à história progressiva dos entrevistados nesses prontuários, 50,6% apresentavam problemas de alergia, 36,6% tinham problemas do aparelho respiratório, 30,8% constava o controle do peso, 28,7% já haviam passado pela cirurgia pediátrica, 22,2% apresentaram problemas perinatais e 22,1% estavam em tratamento neurológico. Deste modo, encontrou-se um perfil de usuários de longo acompanhamento institucional, com média de 124,5 meses (DP=55,8) ou 10 anos e 4 meses e mediana de 141.

A associação entre VP, problemas clínicos atuais e história progressiva não mostrou significância estatística.

Em relação à conduta terapêutica realizada nas consultas, encontrou-se que 36% foram medicados para as patologias que apresentavam; 16,3% receberam encaminhamento para outros setores do hospital, 13,4% receberam orientações e 8,2%

receberam pedidos de exames. Em nenhum dos prontuários encontrou-se referência à existência de VP na família.

Os achados deste estudo indicam que, apesar do crescente reconhecimento, nos últimos anos, de que os serviços de saúde possuem um papel fundamental na implementação das modificações necessárias ao enfrentamento da violência intrafamiliar, ainda se encontram lacunas na identificação e notificação dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes<sup>3,4,5,13</sup>. A formulação de propostas de capacitação focadas nas reais necessidades dos profissionais que lidam com crianças e adolescentes pode vir a ser uma qualificação para a rede de atendimento<sup>14,15</sup>.

Este artigo é baseado em resultados parciais da tese de doutorado<sup>11</sup>, em que se percebeu que incluir perguntas sobre a violência nas suas diferentes formas, sobre relacionamento e estrutura familiar pode facilitar a detecção dos casos suspeitos e confirmados, contribuindo com a implementação da prevenção e enfrentamento das situações de violência familiar. O sentimento de insatisfação do responsável com o adolescente sob seus cuidados foi outro ponto relevante, pois ao ser associado com VP na família mostrou que aqueles que se declararam mais ou menos satisfeitos ou insatisfeitos apresentaram mais tendência em ter filhos que informam serem vítimas de VP na família (OR=2,5) do que os entrevistados que têm responsáveis plenamente satisfeitos em relação ao adolescente sob seus cuidados. Na tese, também foi observada a estreita relação entre VP e problemas de saúde mental como ansiedade, depressão, problemas sociais, problemas de pensamento e comportamento agressivo. Encontrou-se também baixo potencial de resiliência em 30,7% dos entrevistados, que associado à VP severa na família teve como resultado que a chance de se ter baixa resiliência é de quase quatro vezes, demonstrando a gravidade da ocorrência na saúde mental entre as vítimas de VP severa.

O perfil de história pregressa encontrado pode estar ligado ao fato do hospital local da pesquisa ser um hospital de referência para o SUS nos casos de gestação de alto risco neonatal, problemas cirúrgicos pediátricos e nas especialidades pediátricas de alergia, doenças infecto-parasitárias e pneumologia, em especial às doenças crônicas. Mesmo assim, a prevalência de 50,6% de alergia nas histórias pregressas é bem alta, quando comparado com outras especialidades-referência do mesmo hospital. Como citado, os possíveis efeitos da VP podem ser: distúrbios de alimentação e sintomas psicossomáticos<sup>8,9,10</sup>. Fica a sugestão de se incluir no diagnóstico diferencial desses problemas a investigação da possibilidade de maus-tratos infanto-juvenis no



relacionamento familiar, assim como a necessidade de se ter mais estudos sobre os efeitos da violência sobre a saúde física.

Como limitações do artigo, ressaltam-se: a inexistência de ponto de corte para a escala de VP com comprovada sensibilidade e especificidade<sup>10</sup>; tamanho reduzido da amostra, o que dificulta a realização das associações e as dificuldades encontradas nas revisões dos prontuários, como: acesso aos prontuários no arquivo médico da instituição que nem sempre foram encontrados quando solicitados; a letra dos profissionais que redigem as consultas, muitas vezes, foi incompreensível; falta de padronização e cronologia nas datas das consultas, dificultando encontrar as consultas relativas ao dia da entrevista da pesquisa, o que acarretou em perdas de revisão de prontuários.

Portanto, através da capacitação, sensibilização, conscientização e envolvimento de diferentes profissionais, em trabalho de rede com diversos setores da sociedade, pode-se vislumbrar um diferente enfrentamento do fenômeno dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, em busca da integralidade do cuidado, articulando a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes<sup>14,15</sup>.

## Referências

- 1- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. – Relatório Mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002.
- 2- Bannwart TH, Brino RF. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. Rev. paul. pediatr. 2011; 29(2).
- 3- Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). Ciência e Saúde Coletiva 2011; 16(7): 3285-3296.
- 4- Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 26(2):347-357, fev, 2010.
- 5- Garbarino J. Psychological child maltreatment developmental view. Primary Care 1993; 20(2):307-15.
- 6- Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. Rev. Saúde Pública 2005; 39(5):702-8.
- 7- Afifi TO, Macmillan HL. Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. Can J Psychiatry 2011; 56 (5): 266-72.
- 8- Allen B. An analysis of the impact of diverse forms of childhood

- psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreatment* 2008;13(3): 307-312.
- 9- Shaffer A, Yates TM, Eehand R. The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: developmental processes in a prospective study. *Child Abuse e Neglect* 2009; 33(1): 36-44.
  - 10- Leeson FJ, Nixon RDV. The Role of Children's Appraisals on Adjustment Following Psychological Maltreatment: A Pilot Study. *J Abnorm Child Psychol* 2011; 39:759-771.
  - 11- Abranches CD. A (in)visibilidade da violência psicológica familiar e a saúde mental de crianças e adolescentes usuários de um hospital público pediátrico terciário. [doutorado]. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro, 2012.
  - 12- Pitzner JK, Drummond PD. The Reliability and Validity of Empirically Scaled Measures of Psychological/Verbal control and Physical/Sexual Abuse: Relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *Journal of Psychosomatic Research* 1997; 2: 125-142.
  - 13- Oliveira MT, Lima MLC, Barros MDA, Paz AM, Barbosa AMF, Leite RMB. Sub-registro da violência doméstica em adolescentes: a (in)visibilidade na demanda ambulatorial de um serviço de saúde no Recife-PE, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2011; 11(1):29-39.
  - 14- Brasil, Ministério da Saúde. Linha de cuidados 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, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS, 2010.
  - 15- Bannwart TH, Brino RF. Maus-tratos contra crianças e adolescentes e o papel dos profissionais de saúde: estratégias de enfrentamento e prevenção. In: Habigzang LF, Kpller SH. *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

## Capítulo 5

### Considerações Finais

A violência vem fazendo parte da acentuada mudança no perfil de morbimortalidade nacional nos últimos 35 anos, sendo a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) um espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência (MS, 2010).

Os resultados encontrados nesta tese sustentam que as situações de VP no contexto familiar necessitam ser melhor identificadas e conscientizadas - tanto pelo perpetrador, como pela vítima - como uma forma de comunicação corriqueira entre os membros da família permeada pela violência. Só assim poderão ser revistas a comunicação e a forma de resolução do conflito intrafamiliar. Também os profissionais de saúde necessitam adquirir um olhar de teor mais crítico sobre o tema.

Assim, aspectos diretos a serem enfocados nos comportamentos de VP precisam ser observados, como os estimados neste estudo, dentre eles: ser criticado pelo que faz ou diz; não ser encorajado, quando tenta atuar de forma autônoma; ser chamado por nomes desagradáveis e ter um adulto, dizendo que está errado ao tentar agir. Outras atitudes relatadas com menor frequência também se destacam: ser culpabilizado por falhas de outros; ser criticado no que faz e diz; receber gritos e berros sem motivo; e não ser acreditado.

A satisfação dos responsáveis em relação à criança/adolescente, a estrutura familiar nuclear (família com pai, mãe e filhos), a posição de nascimento da criança/adolescente entre os irmãos, que neste estudo foi o filho do meio, e o

compartilhamento dos mesmos pais pelos irmãos mostraram-se associados a menor ocorrência de VP severa no contexto familiar.

Em relação à ocorrência de VP junto com outras formas de violência, encontrou-se que VP severa na família associou-se à agressão física perpetrada por familiar no passado e na atualidade, corroborando com o preconizado pela rede “Não Bata, Eduque”. Esta rede se embasa no conceito de que, embora para o senso comum, a “palmada pedagógica” seja simplesmente um instrumento corretivo ou preventivo, ela encerra um problema muito maior que é a **naturalização e aceitação social do uso da violência**.

O sentimento de insatisfação do responsável em relação ao adolescente é um aspecto possível de ser detectado nas entrevistas clínicas. Pode dar indícios de dificuldades no relacionamento familiar, de problemas na comunicação intrafamiliar e da presença de VP contra o adolescente. Profissionais que lidam com esta faixa etária precisam estar mais atentos para os relacionamentos familiares, através das formas de comunicação inter e intrafamiliares, buscando detectar situações abusivas e intervir, seja na prevenção, no encaminhamento para profissionais especializados ou no tratamento do caso de maus-tratos.

Neste estudo procurou-se estimar a associação e a razão de chance de sofrer VP no contexto familiar e a saúde mental juvenil e encontrou-se que 26,4% se enquadraram na categorização de ter sofrido VP severa. Ao se aferirem os problemas de saúde mental, através da escala *Youth Self Report* (YSR), encontrou-se o resultado de que 20,4% apresentaram pelo menos um problema de comportamento em nível clínico e que todos os problemas de saúde mental aferidos aumentaram sua ocorrência em vigência da maior gravidade da VP, relevantes o bastante para reforçar a ocorrência privilegiada de problemas de saúde mental entre vítimas de VP severa.

Em relação à investigação da resiliência nas crianças/adolescentes, encontrou-se que o baixo potencial de resiliência está associado à VP severa na família (quase quatro vezes a chance), confirmando sua importância para a saúde mental.

Apesar de não ter sido encontrada significância estatística entre a associação de VP no contexto familiar e as variáveis sobre saúde física na revisão dos prontuários dos entrevistados, chamou a atenção que os problemas considerados psicossomáticos (alguns problemas dermatológicos, alguns processos alérgicos e a necessidade de controle do peso, seja para mais ou para menos) apresentaram alta prevalência em relação com as demais patologias, apontando para a necessidade de mais investigação focada neste aspecto.

Portanto, os resultados encontrados neste estudo confirmam a importância da identificação da VP no contexto familiar, como fator de prevenção de problemas de saúde mental, corroborando com estudo sobre os problemas de saúde mental na adolescência, que investigou 245 adolescentes e encontrou que a ocorrência de situações traumáticas, exposição à violência e características das relações parentais são fatores de risco para a saúde mental (Benetti *et al.*, 2010), bem como apontam para a relevância em se investir na promoção de resiliência como forma de proteção contra a VP sofrida no contexto familiar.

Deste modo, através desta pesquisa confirmou-se que a violência infanto-juvenil tornou-se um desafio para o presente século, como pontuado na literatura sobre o tema. Está difundida em todo o tecido social, causando grande impacto na saúde da criança e do adolescente, diminuindo a qualidade de vida e resultando em altos custos econômicos e sociais para o Estado e para as famílias, com anos potenciais de vida perdidos (Krug *et al.*, 2002; Njaine *et al.*, 2009).

Sendo assim, estudos enfocam a prevenção à violência e a promoção de saúde, através do fortalecimento dos fatores de proteção dos indivíduos, das famílias, de instituições sociais e da própria sociedade (Krug *et al.*, 2002; Njaine *et al.*, 2009).

O conceito de prevenir a violência significa antecipar, evitar ou tornar impossível que este fenômeno ocorra, e para isso se faz necessária uma mudança de cultural, como, por exemplo, a desconstrução da crença que bater é um “método educativo” ou a aceitabilidade de que a agressão é uma forma de relacionamento dos casais. Mas nos casos onde a violência já ocorreu, pode-se pensar na prevenção secundária, com respostas imediatas através do diagnóstico, tratamento precoce e limitação da invalidez; e a prevenção terciária, com respostas mais a longo prazo, visando intervir, controlar e tratar os casos reconhecidos, tendo como meta minimizar os efeitos, sequelas e traumas, impedindo que a violência se cronifique como forma de comunicação entre as pessoas. A promoção de saúde vai além, englobando medidas sobre ambiente físico e estilos de vida, sendo uma ação intersetorial baseada no fortalecimento de fatores protetores para evitar ou controlar os riscos, contribuindo com o aumento das capacidades e competências, estimulando o autocuidado e valorizando a ajuda mútua, tornando-se para a população a melhor forma de prevenção (Njaine *et al.*, 2009).

Considerando: a complexidade da questão dos maus-tratos, e em especial da VP; sua ligação com a saúde pública; o envolvimento dos profissionais de saúde, que no seu cotidiano de trabalho têm contato com adolescentes e suas famílias; e que a notificação é regulamentada como obrigatória nos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, coloca-se o setor saúde num lugar privilegiado com o uso desta ferramenta de interrupção do ciclo da violência que é a notificação (Bannwart e Brino, 2012). Esta, a despeito das dificuldades elencadas pelos profissionais, é considerada um instrumento

de combate contra a violência, uma vez que possibilita o embasamento de ações preventivas e de intervenções em vários níveis. Ao se tornar público um fenômeno que acontece no privado, torna-se possível perceber que é mais comum do que se imagina, mas que nem por isso deve ser banalizado ou normalizado (Bazon, 2007) e que notificar não significa denunciar e sim garantir que a criança, o adolescente e sua família terão apoio de instituições e profissionais competentes nesta questão. Assim, a notificação passa a ser o primeiro passo na ampla atuação de suporte ao adolescente e à sua família ou às instituições que os abrigam, não sendo apenas encarada como apenas uma obrigação que tem fim em si mesma.

Sabe-se que já há um grande número de experiências de prevenção da violência ocorrendo em todo o Brasil, levando em conta os princípios da promoção de saúde, que são em geral iniciativas intersetoriais que articulam ações do Estado e da sociedade civil e contam com o apoio das universidades (Njaine *et al.*, 2009). Intervenções com focos voltados para a questão da cidadania e o cuidado como os jovens já mostram impactos na diminuição das taxas de homicídio em nível local (Njaine *et al.*, 2009; Chaves *et al.*, 2010). A saúde pública tem obtido notáveis resultados nas últimas décadas, com a redução dos índices de muitas doenças infantis, refletindo nos últimos 20 anos na diminuição em um terço do número de crianças de menos de 5 anos que morrem por causas preveníveis, passando de 34.000 em 1990 para 22.000 em 2009. Mesmo assim ainda há muito que ser feito, para a interrupção do ciclo de reprodução da violência.

O setor saúde é um dos setores que mais estuda, debate e indica ações de prevenção contra a violência contra crianças e adolescentes. Uma proposta apontada é sobre as possibilidades de estruturação do setor em redes de prevenção à violência e de proteção aos grupos vulneráveis, e sua articulação com os demais setores da sociedade. Porém, não havendo um modelo de rede de prevenção ou de rede de proteção, propõe-se

a ideia de uma rede composta por sentimentos de apoio, suporte e solidariedade necessários para não só a compreensão da violência, mas também para o seu enfrentamento e apostam que este é um dos caminhos mais promissores para lidar com as questões da violência (Njaine et al, 2009).

Portanto, as redes de atenção em saúde são organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma única missão e com objetivos comuns, tendo uma ação cooperativa e interdependente que permite oferecer atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária de saúde, que realizam desde a atenção primária à saúde até os serviços mais especializados com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado em um dado espaço-população (MS, 2010). Para que uma articulação em rede se fortaleça é essencial que os atores das organizações envolvidas se integrem não só para trocar experiências, mas também e principalmente para enfrentar problemas cuja resolução não está ao alcance de um, isoladamente.

A estruturação da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em rede não é um novo serviço e sim uma nova concepção de trabalho que requer a articulação intrasetorial e intersetorial, de forma a integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local (MS, 2010).

Trabalhar em rede exige objetivos consensuais, pactos para seu funcionamento e confiança para que de fato aconteça a cooperação, sendo a relação dos seus componentes calcada na comunicação e na priorização do atendimento. Percebe-se que as soluções de problemas estão na maioria das vezes disponíveis na própria comunidade, desde que as pessoas físicas, as instituições governamentais e não governamentais tenham a proposta de trabalho na redução da violência e a construção de uma sociedade pautada nos princípios de igualdade, solidariedade e de respeito aos



direitos humanos, sendo inúmeros e potenciais os parceiros para a construção de redes locais.

Assim, as práticas dos profissionais de saúde contribuem diretamente para a implantação de ações definidas pelas Políticas Públicas de Saúde, que se refletem na organização do processo de trabalho e na construção de novos saberes, em que buscam práticas de saúde que possam atender adequadamente às necessidades de saúde da criança e do adolescente vitimizado (Njaine *et al.*, 2009). Ao apropriarmos-nos de espaços por onde circulam crianças, adolescentes e jovens, torna-se possível pensar ações coerentes com demandas e necessidades concretas, além de fomentar o debate acerca da formulação de políticas públicas para esse segmento social. No preâmbulo do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug *et al.*, 2002), Nelson Mandela escreve: “ nós devemos às nossas crianças – os cidadãos mais vulneráveis em qualquer sociedade – uma vida livre de violência e medo. A fim de assegurar isto, devemos manter-nos incansáveis em nossos esforços não apenas para alcançar a paz, a justiça e a prosperidade para os países, mas também para as comunidades e membros da mesma família. Devemos dirigir nossa atenção para as raízes da violência. Somente assim, transformaremos o legado do século passado de um fardo opressor em um aviso de alerta”.

Outras estratégias que devem ser consideradas no desenvolvimento de adolescentes que sofrem maus-tratos no contexto familiar são os aspectos sobre a rede de apoio social e a representação mental das relações de apego, como pontuam estudos (Mayer e Koller, 2012) que utilizam a abordagem ecológica do desenvolvimento humano postulado por Bronfenbrenner (1996). Esta abordagem estuda o ser humano dentro do seu ciclo vital, buscando compreendê-lo integralmente, não só do ponto de vista biológico, mas também nas suas relações nos microssistemas (ambiente imediato

frequentado pela criança, como família), no mesossistema (como a escola, clube, igreja), no exossistema (não há o estabelecimento face a face, mas mesmo assim, influencia diretamente o desenvolvimento do indivíduo como a direção da escola, o local de trabalho da mãe ou do pai) e no macrosistema (sistemas de crenças, cultura, valores, religião). Assim, esses sistemas onde a pessoa está se desenvolvendo são indicativos de quais interações podem influenciar sua vida e de quais fatores podem colocá-la em risco ou quais fatores podem favorecer o seu desenvolvimento.

A abordagem ecológica do desenvolvimento humano pode servir como uma “moldura e lente” teórico-metodológica para estudos com populações em situação de risco (Mayer e Koller, 2012). Dentro deste enfoque, as redes de apoio e a representação mental da relação de apego são apontadas como variáveis de estudo. A identificação da rede de apoio social de uma criança, inclusive em situações de vulnerabilidade, pode ampliar o conhecimento a respeito da vida dessa criança, podendo embasar ações que visem a minimização ou a atenuação das vulnerabilidades existentes. Esta rede de apoio social, bem estruturada e afetiva, facilita o desenvolvimento infantil e, como o apego, vem a ser a base para o reconhecimento e estabelecimento de relações estáveis e recíprocas que são fundamentais para a formação de uma boa rede de apoio. Uma variável alimenta a outra e vice-versa (Mayer e Koller, 2012). As relações de apego (vínculo afetivo e recíproco, no qual aqueles que cuidam proporcionam a satisfação das necessidades de quem é cuidado) permeiam os temas de violência e de apoio social, sendo consideradas a base para o reconhecimento e o estabelecimento das relações estáveis e recíprocas, que são os pilares para a formação de uma rede de apoio.

Diante desta visão, nos 4 anos de doutorado, através de muitas leituras, informações, aulas, palestras, seminários e debates foi-se construindo este processo que hoje se conclui, sem se acabar, pois se o objetivo foi trazer a VP contra crianças e

adolescentes à visibilidade, ao conhecimento, buscando as raízes do problema, hoje termina com um aviso de alerta sobre a importância da prevenção dos maus-tratos infantis, em especial a VP, que tantos danos causa aos “pequenos” em desenvolvimento.

## Referências da Tese

Abranches CD; Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(5):843- 854, maio, 2011.

Achenbach TM; Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-age forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families, 2001.

Afifi TO; Macmillan HL. Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Can J Psychiatry*; 56(5):266-72, May, 2011.

Ainsworth MDS; Bell SM. Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 42, 49-67, 1970.

Ainsworth MDS. Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant- mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025, 1989.

Allen B. An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreatment*, v.13, n.3, August, 307-312, 2008.

Allen B. Childhood Psychological Abuse and Adult Aggression: The Mediating Role of Self-Capacities. *J Interpers Violence* 26(10): 2093-2110, 2011.

Allison KC; Grilo CM; Masheb RM; Stunkard AJ. High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2874-2883, 2007.

Anthony D; Brazier C. United Nations Children's Fund (UNICEF). February, 2011.

Antoni CD. 2012. Abuso emocional parental contra crianças e adolescentes. In: Habigzang LF; Koller SH (org.). 2012. *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Ariès P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

Assis SG; Constantino P. 2003. Violência contra crianças e adolescentes: grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: Minayo MCS; Souza E. (org.). *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz., 2003.

Assis SG; Pesce RP; AVANCI JQ; Njaine K. Encarando os desafios da vida: uma conversa com adolescentes. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Ensp/ Claves/ CNPq, 2005.

Assis SG; Avanci JQ; Pesce RP; Deslandes SF. *Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre a resiliência e promoção de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Ensp/ Claves/CNPq, 2006.

Assis SG; Pesce RP; Avanci JQ. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed. 2006.

Assis SG; Pesce RP; Avanci JQ; Najine K. Por que é importante ajudar os filhos a “dar a volta” por cima?: conversando com pais de crianças e adolescentes sobre as dificuldades da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/ Claves/CNPq, 2006.

Assis SG; Avanci JQ; Pesce, RP; Njaine K. Resiliência na adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves/ CNPq, 2008.

Assis SG; Avanci JQ; Pesce RP; Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p. 349-361, mar/abril, 2009.

Assis SG; Avanci JQ; Silva CMFP; Oliveira RVC. 2012. Violência na adolescência e formação da autoestima. In: Habigzang LF; Koller SH. *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). 2011. Disponível em:<[www.abep.org](http://www.abep.org) – [abep@abep.org](mailto:abep@abep.org)>. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009 – IBOPE.

Avanci JQ; Assis SG; Santos, NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 39(5):702-8, 2005.

Avanci JQ; Assis SG; Oliveira R; Pires T. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p. 383-394, 2009.

Azevedo MA; GuerraV. 2001. Violência psicológica doméstica: vozes da juventude. Livro eletrônico disponível em:< [www.ieditora.com.br](http://www.ieditora.com.br)>.

Barbetta PA. *Estatística aplicada às Ciências Sociais*. Florianópolis: UFSC, 2008.

Basile KC; Hall JE. Intimate partner violence perpetration by court-ordered men: distinctions and intersections among physical violence, sexual violence, psychological abuse, and stalking. *J Interpers Violence*; 26(2):230-53, 2011.

Beach SR; Brody GH; Gunter TD; Hans P; Wernett P; Philibert RS. Child maltreatment moderates the association of MAOA with symptoms of depression and antisocial personality disorder. *Journal of Family Psychology*, v. 24(1), Feb., 12-20, 2010.

Benetti SPC; Ramires VRR; Schneider AC; Rodrigues APG; Tramarin D. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(6):1273-1282, 2007.

Benetti SPC; Pizetta A; Schwartz CB; Hass RA; Melo VL. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. *Psico USF*; 15(3):321-332, 2010.

Bereson KR; Anderson SM. Childhood physical and emotional abuse by a parent: transference effects in adult interpersonal relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, n.11, 1509-1522, nov, 2006.

Bowlby J. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artmed, 1989.

Bowlby J. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BRASIL, HHA. Desenvolvimento da Versão Brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) e Estudo de suas Propriedades Psicométricas. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brassard MR; Hart DB. The psychological maltreatment rating scales. *Child Abuse Neglect*; 17:715-29, 1993.

Bronfenbrenner U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed, 1996.

Carvalho DM. *Epidemiologia: História e Fundamentos*. In: Medronho RA e col. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2006.

Cavalcanti FG; Schenker M. 2009. *Violência, família e sociedade*. In: Njaine K; Assis SG; Constantino P. (orgs.). 2009. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação a distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Chaves AB; Melo EM; Ferreira RA. A formação e o fortalecimento de vínculo emocional entre os adolescentes participantes de oficinas e prevenção da violência. Uma investigação a partir do Projeto Frutos do Morro. *Rev. Méd. Minas Gerais*; 20(2), abr.-maio, 2010.

Clement ME; Chamberland C. Physical violence and psychological aggression towards children: five-year trends in practices and attitudes from two population surveys. *Child Abuse e Neglect* 31, 1001-1011, 2007.

Cyrulnik B. *Os patinhos feios*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

Deslandes SF; ASSIS, SG; Santos NC. *Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante*. In: Brasil, Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, p.43-67, 2005.

Deslandes SF; Assis SG. *Abordagens Quantitativas e Qualitativas em Saúde: o diálogo das diferenças*. In: Minayo MCS; Deslandes SF. (organizadoras). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Elbedour S; Abu-Bader S; Onwuegbuzie AJ; Aref Abu-Rabia A; El-Aassam S. The scope of sexual, physical, and psychological abuse in a Bedouin-Arab community of female adolescents: the interplay of racism, urbanization, polygamy, family honor, and the social marginalization of women. *Child Abuse and Neglect*; 30:215-229, 2006.

Epstein NB; Baldwin LM; Bishop DS. The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1983; 9:171-180.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). 2001. Porto Alegre.

Ferreira AL; Moura ATMS; Morgado R; Gryner S; Branco VMC. Crianças e adolescentes em situação de violência. In: Njaine K; Assis SG; Constantino P. (organizadoras). 2009. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação a distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

Finzi-Dottan R; Karu T. From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood. A path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem. *The Journal of Nervous and Mental Disease* august; 194:616-621, 2006.

Garbarino J. Adolescent development: an ecological perspective. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985.

Garbarino J, Psychological child maltreatment. A developmental view. *Primary Care* v.20(2):307-15. June, 1993.

Garbarino J; Guttamann E; Seeley JW. The psychologically battered child. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1986.

Gaudino BA; Zimmerman M. The relationship between childhood trauma history and the psychotic subtype of major depression. *Acta Psychiatr Scand*; 121(6):462-70, jun, 2010.

Gibb BE; Chelminski I; Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety* 24:256-263, 2007.

Grabe HJ; Schwahn C; Appel K; Mahler J; Schulz A; et al. Childhood maltreatment, the corticotropin-releasing hormone receptor gene and adult depression in the general population. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*; 153B(8):1483-93, dec. 5, 2010.

Greenfield EA; Marks NF. Profiles of physical and psychological violence in childhood as a risk factor for poorer adult health: evidence from the 1995-2005 National Survey of Midlife in the United States. *Journal of Aging and Health*, 21(7), pp. 943-966, 2009.

Grossmann KE; Grossmann K; Waters E. (org.). Apego da infância à idade adulta: estudos longitudinais. São Paulo: Roca. 2008.

Harding TW; DE Arango MV; Baltazar J; Climent, CE; Ibrahim HHA; et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*; 10:231-41, 1980.

Harkness KL; Stewart JG; Wynne-Edwards KE. Cortisol reactivity to social stress in adolescents: role of depression severity and child maltreatment. *Psychoneuroendocrinology*; 36(2):173-81. Feb, 2011.

Hart SN. A major threat to children's mental health. Psychological maltreatment. *American Psychological FEB*. 42(2):160-5, 1987.

Heim C; Shugart M; Craighead WE; Nemeroff CB. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol*; 52(7):671-90, Nov, 2010.

Hirigoyen MF. 2006. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Hund AR; Espelage DL. Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse e Neglect* 30, 393-407, 2006.

Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud – 2003

Kaufman J; Birmaher B; Brent D; Rao U; Flynn C; Moreci P; Williamson D; Ryan N. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged-children present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry*, v.36, issue 7, july, pp. 980-988, 1997.

Kent A.; Waller G. Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, v.20, n.7, pp. 887-903, 2000.

Knobel M. Normalidade, responsabilidade e psicopatologia da violência na adolescência. In: Levisky DL. (org.). *Adolescência e violência:consequências da realidade brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

Kramis V. Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse e Neglect*, v. 24, n.8, pp. 1047-1059, 2000.

Krug EG; Dahlberg LL; Mercy JA; Zwi AB; Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002.

Leeson FJ; Nixon RDV. The role of children's appraisals on adjustment following psychological maltreatment: A pilot study. *J Abnorm Child Psychol*, 39:759- 771, 2011.

Lewis M; Wolkmar F. Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Levisky RB. Conflito e violência na família e na cultura. *Anais III Enc. Luso-Bras.Grupoanálise e Psicot.Anal. Grupo*, p.157, Guarujá, São Paulo, 1995.



Levisky DL. (org.). *Adolescência: pelos caminhos da violência, a psicanálise na prática social*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

Levisky DL. (org.). *Adolescência e violência: consequências da realidade brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

Lorenzo LR. *Resiliencia: nuestra capacidade de recuperación ante los obstáculos*. Buenos Aires: Andrómeda, 2010.

Madu SN. The relationship between parental physical availability and child sexual, pphysical and emotional abuse: a study among a sample of university students in South Africa. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, pp. 311-318, 2003.

Mascarenhas MDM; Silva MMA; Malta DC; Lima CM; Carvalho MGO; Oliveira LA, *Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007*. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 26(2):347-357, fev, 2010.

Mayer LR; Koller SH. Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de crianças vítimas de violência doméstica. In: Habigzang LF; Koller SH. 2012. *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

McCrorry E; De Brito SA; Viding E. Research review: the neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *J Child Psychiatry*, 51(10):1079-95, oct. 2010.

Melillo A; OJEDA ES. (org.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed. 2005.

Mellilo A; Ojeda ENS; Rodriguez D. *Resiliencia y subjetividade: los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós. 2006.

Mello MF; Faria AA; Mello AF; Carpenter LL; Tyka AR; Price LH. Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 31(suplemento 2): S41-S48, out. 2009.

Mesa-Gresa P; Moya-Albiol L. Neuro biology of child abuse: the “cycle of violence”. *Rev Neurol*; 52(8): 489-503, Apr 16, 2011.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 1993.

Minayo MCS; Assis SG; Souza ER; et al. *Fala Galera: juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro: Garamond. 1999.

Minayo MCS; Deslandes SF. (organizadoras). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Minayo MCS; Souza ER. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2006.

Minayo MCS. Implementação da política nacional de redução de acidentes e violências. Editorial do Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(1): 4-5, janeiro, 2007.

Ministério da Saúde. 2001. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência familiar: orientação para prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. 2002. Política Nacional de Redução de morbimortalidade por acidentes e violências: portaria MS/GM n.737 de 16/5/01 publicada no DOU n.96 seção 1 de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. 2006. Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde para o ano de 2006. Brasília.

Ministério da Saúde. 2010. Linha de cuidados 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, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS.

Moran PM; Bifulco A; Ball C; Jacobs C; Benaim K. Exploring psychological abuse in childhood: I Developing a new interview scale. Bulletin of the Menninger Clinic, v. 66, n.3, Summer, 2002.

Moss E; Dubois-Comtois K; Cyr C; Tarabulsky GM; ST-Laurent D; Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control Trial. Dev Psychopathol; 23(1): 195-210, Feb, 2011.

Njaine K; Assis SG; Constantino P. Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distancia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

O'Hagan KP. Emotional and psychological abuse: problems of definition. Child abuse and neglect, v.19, n.4, pp.449-461, 1995.

Oliveira MT; Lima MLC; Barros MDA; Paz AM; Barbosa AMF; Leite RMB. Sub-registro da violência doméstica em adolescentes: a (in)visibilidade na demanda ambulatorial de um serviço de saúde no Recife-PE, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 11(1):29-39, mar., 2011.

Organização Mundial da Saúde (OMS). 1996. Violence a public priority, Geneva (document WHO/EHA/SPLPOA.2).

Organização Mundial da Saúde (OMS). 2003. Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting who directions. Geneva: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde (OMS). 2002. The World Health Report. Perera B; Ostbye T; Ariyananda PL; Leiwaia E. 2009. Prevalence and correlates of physical and emotional abuse among late adolescents. *Ceylon Medical Journal*, v.54, n.1, march.

Organização Mundial da Saúde (OMS). 2005. Mental health policy and service guidance package: child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization.

Pesce RP; Assis SG; Avanci JQ; Santos NC; Malaquias JV; Carvalhães R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *CAD. Saúde Pública*, Rio de Janeiro: 21(2):436-448, 2005.

Pesce R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p.507-518, 2009.

Pitzner JK; Drummond PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: Relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 125-142, 1997.

Pratta MAB. Adolescentes e jovens ... em ação! Aspectos psíquicos e sociais na educação do adolescente hoje. São Paulo: UNESP, 2008.

Ravazolla MC. Resiliências familiares. In: Melillo A. e col. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Rocha PCX; Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(7): 3285-3296, 2011.

Sarti CA. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. 4.ed. São Paulo: Cortez. 2007.

Shaffer A; Yates TM; Eehand R. The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: developmental processes in a prospective study. *Child Abuse and Neglect* v.33(1) jan, 36-44, 2009.

Skuse DH. Emotional abuse and delay in growth. *BMJ*, v. 299, jul.1989.

Sousa C; Herrenkohl T; Moylan CA; Tajima CA; Klika JB; Herrenkohl RC; Russo MJ. Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to domestic violence, parent-child attachments, and antisocial behavior in adolescence. *J Interpers Violence*; 26(1):111-36, 2011.

Spertus IL; Yehuda R; Wong CM; Halligan S; Seremetis SV; et al. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Neglect*; 27:1247-1258. 2003.

Straus MA; Field CJ. Psychological aggression by American parents: national data on prevalence, chronicity and severity. *Journal of Marriage and Family* 65): 795-808, nov, 2003.

Straus MA.; Gelles R; Steinmetz SK. *Behind closed doors: violence in the American family*. New Jersey: Transaction Publishers, 2009.

Tietjen GE; Brandes JL; Peterlin BL; Eloff A; Dafer RM; et al. Childhood maltreatment and migraine (part I): Prevalence and adult revictimization, a multicenter headache clinic survey. *Headache*; 50(1):20-31, jan, 2010.

Thompson AEM; Kaplan CAF. Childhood emotional abuse. *The British Journal of Psychiatry*, v.168(2), feb, p. 143-152, 1996.

Van Der Vegt EJ; Van Der Ende J; Huizink AC; Verhulst FC; Tiemeier H. Childhood adversity modifies the relationship between anxiety disorders and cortisol secretion. *Biol Psychiatry*; 68(11):1048-54, dec 1, 2010.

Vega A; Osa N; Ezpeleta L; Granero R; Domenech JM. Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. *Child Abuse and Neglect* 35, 524-531, 2011.

Vilete LMP. *Resiliência a eventos traumáticos: conceito, operacionalização e estudo seccional*. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

Wagnild GM; Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178, 1993.

Waller G; Corstorphine E; Mountford V. The role of emotional abuse in the eating disorders: implications for treatment. *Eating Disorders*, 15:317-331, 2007.

Walsh F. *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Roca, 2005.

Webb M; Heisler D; Call S; Chickering SA; Colbum TA. Shame, guilt, symptoms for depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse e Neglect*; 31:1143-1153, 2007.

Wieviorka M. O novo paradigma da violência. *Tempo social: Ver. Sociol. USP*. São Paulo, 9(1): 5-41, maio, 1997.

Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves. 1978.

Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação: estudo sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

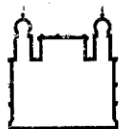
Winnicott DW. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

Wright MO'D; Crawford E; Castillo DD. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect* January; 33:59-68, 2009.

Ximenes LF; Oliveira RVC; Assis SG. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p.417-433, 2009.

## **Anexos**

- a) Folha de rosto de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
- b) Questionário para crianças/adolescentes
- c) Questionário para responsáveis
- d) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



**IFF**

Instituto Fernandes Figueira

## QUESTIONÁRIO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 11 A 18 ANOS

Nome da Criança:

Sexo:

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. ( ) masculino

Data de hoje: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. ( ) feminino

Série:

Fundamental: 1.  1º ANO 2.  2º ANO 3.  3º ANO 4.  4º ANO 5.  5º ANO

6.  6º ANO 7.  7º ANO 8.  8º ANO 9.  9º ANO

Médio: 10.  1º ANO 11.  2º ANO 12.  3º ANO

### INICIALMENTE GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE SUA VIDA E FAMÍLIA

1. Qual é a sua cor/raça?

1.  BRANCA

2.  PRETA

3.  PARDA

4.  AMARELA/INDÍGENA

2. Complete a frase com: sempre, quase sempre, às vezes, raramente ou nunca. DURANTE A SUA INFÂNCIA OU ADOLESCÊNCIA ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA (PAI, MÃE, IRMÃOS, TIOS, AVÓS ...).

a) Humilhou você ?

1.  sempre

2.  quase sempre

3.  às vezes

4.  raramente

5.  nunca

b) Demonstrou falta de interesse por você?

1.  sempre

2.  quase sempre

3.  às vezes

4.  raramente

5.  nunca

c) Culpou você por falhas que ele/ela cometeu?

1.  sempre

2.  quase sempre

3.  às vezes

4.  raramente

5.  nunca

d) Culpou você por falhas cometidas por outras pessoas?

1.  sempre

2.  quase sempre

3.  às vezes

4.  raramente

5.  nunca

e) Criticou você pelas coisas que você faz e diz?

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**f) Criticou você pela sua aparência e pelo modo como você se veste?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**g) Criticou seus amigos?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**h) Não te elogiou quando você achou que tinha feito algo de bom?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**i) Não te encorajou quando você quis fazer algo por você mesmo (educação, carreira, esportes)?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**j) Disse a você que você não é tão bom quanto as outras pessoas?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**k) Gritou ou berrou com você sem nenhum motivo?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**l) Chamou você de nomes desagradáveis como “doido”, “idiota” ou “burro”?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**m) Fez piadas sobre você na frente de outras pessoas?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**n) Não acreditou em você (você estava inventando alguma coisa/mentindo)?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**o) Disse a você que você estava errado/a quando você disse ou fez alguma coisa?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**p) Ignorou você quando você procurava carinho?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**q) Forçou você a assumir responsabilidade pela maioria das tarefas domésticas?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**r) Humilhou você fazendo piadas sobre seu corpo?**

1.  sempre      2.  quase sempre      3.  às vezes      4.  raramente      5.  nunca

**3. Que pessoas mais agiram assim com você? (ordenar por prioridade):**

a) Pai	___
b) Mãe	___
c) Padrasto	___
d) Madrasta	___
e) Irmão(ã)	___
f) Tio(a)	___
g) Avô	___
h) Avó	___
i) Outros _____	___

**4. Além da forma negativa de tratamento na família que comentamos acima, já aconteceu de você apanhar ou sofrer algum tipo de agressão física por alguém da sua família quando você era mais novo?**

1.  sempre      2.  muitas vezes      3.  algumas vezes      4.  nunca

**5. E hoje, você continua a apanhar ou sofrer outro tipo de agressão física por alguém da sua família?**

1.  sempre      2.  muitas vezes      3.  algumas vezes      4.  nunca

**6. Você já sofreu algum tipo de agressão sexual?**

1.  Sim    2.  Não

Quem \_\_\_\_\_

Descreva \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Agora vamos perguntar um pouco sobre como você age quando enfrenta dificuldades:**

**7. Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:**



	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7

23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

8. As questões a seguir são sobre o seu comportamento. Há uma lista de itens que descrevem crianças e adolescentes. Considere o seu comportamento **ATUALMENTE**

e **NOS ÚLTIMOS 6 MESES** e classifique os itens conforme 3 possibilidades:

0 se item **FALSO** ou comportamento ausente;

1 se item **MAIS OU MENOS VERDADEIRO** ou comportamento às vezes presente;

2 se item **BASTANTE VERDADEIRO** ou comportamento frequentemente presente.

0	1	2	1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade
0	1	2	2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos seus pais Descreva: _____
0	1	2	3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que esperam que você faça)
0	1	2	4. Não consegue terminar as coisas que começa
0	1	2	5. Há poucas coisas que te dão prazer
0	1	2	6. Gosta de animais
0	1	2	7. É convencido (a), conta vantagem
0	1	2	8. Tem dificuldade para se concentrar ou para prestar atenção
0	1	2	9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça Descreva: _____
0	1	2	10. É agitado (a), não pára quieto (a)
0	1	2	11. É dependente demais dos adultos

0	1	2	12. Sente-se sozinho (a)
0	1	2	13. Sente-se confuso (a), atordoado (a)
0	1	2	14. Chora muito
0	1	2	15. É bastante sincero (a)
0	1	2	16. É mau com os outros
0	1	2	17. Fica no "mundo da lua", sonhando acordado (a)
0	1	2	18. Tenta se machucar de propósito ou já tentou se matar
0	1	2	19. Gosta de chamar atenção
0	1	2	20. Destrói suas próprias coisas
0	1	2	21. Destrói coisas dos outros
0	1	2	22. Desobedece a seus pais
0	1	2	23. É desobediente na escola
0	1	2	24. Não come tão bem como deveria
0	1	2	25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes
0	1	2	26. Não se sente culpado (a) após fazer algo que não deveria ter feito
0	1	2	27. Tem ciúmes dos outros
0	1	2	28. Desrespeita regras em casa, na escola ou em outros lugares
0	1	2	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola) Descreva: _____
0	1	2	30. Tem medo da escola Descreva: _____
0	1	2	31. Tem medo de pensar ou de fazer algo destrutivo (contra si ou contra outros)
0	1	2	32. Tem "mania de perfeição", acha que tem que fazer tudo certinho
0	1	2	33. Acha que ninguém gosta de você

0	1	2	34. Acho que os outros te perseguem
0	1	2	35. Sente-se desvalorizado, inferior
0	1	2	36. Machuca-se sem querer freqüentemente
0	1	2	37. Entra em muitas brigas
0	1	2	38. É alvo de gozações freqüentemente
0	1	2	39. Anda em más companhias
0	1	2	40. Escuta sons ou vozes que as pessoas acham que não existem Descreva: _____
0	1	2	41. Age sem parar para pensar
0	1	2	42. Prefere ficar sozinho que na companhia de outros
0	1	2	43. Mentira ou engana os outros
0	1	2	44. Rói unhas
0	1	2	45. É nervoso ou tenso
0	1	2	46. Tem "tique nervoso", cacoete Descreva: _____
0	1	2	47. Tem pesadelos
0	1	2	48. As crianças ou adolescentes não gostam de você
0	1	2	49. Faz certas coisas melhor do que a maioria das crianças ou adolescentes
0	1	2	50. É apreensivo, aflito ou ansioso demais
0	1	2	51. Tem tonturas
0	1	2	52. Sente-se excessivamente culpado (a)
0	1	2	53. Come exageradamente
0	1	2	54. Sente-se cansado demais sem motivo
0	1	2	55. Está gordo demais

0	1	2	56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" ( <b>sem causa médica</b> ): a. Dores ( <b>diferentes</b> das citadas abaixo)
0	1	2	b. Dores de cabeça
0	1	2	c. Náuseas, enjôos
0	1	2	d. Problemas com os olhos (que <b>não desaparecem</b> com o uso de óculos) Descreva:_____
0	1	2	e. Problemas de pele
0	1	2	f. Dores de estômago ou de barriga
0	1	2	g. Vômitos
0	1	2	h. Outras queixas. Descreva:_____
0	1	2	57. Ataca fisicamente as pessoas
0	1	2	58. Fica cutucando sua pele ou outras partes do seu corpo Descreva:_____
0	1	2	59. Pode ser bem amigável
0	1	2	60. Gosta de experimentar coisas novas
0	1	2	61. Não vai bem na escola
0	1	2	62. É desastrado (a), desajeitado (a) (tem má coordenação motora)
0	1	2	63. Prefere conviver com crianças mais velhas do que com crianças da sua idade
0	1	2	64. Prefiro conviver com crianças mais novas do que com crianças da sua idade
0	1	2	65. Recusa-se a falar
0	1	2	66. Repete certos atos várias vezes seguidas Descreva:_____
0	1	2	67. Foge de casa
0	1	2	68. Grita muito

0	1	2	69. É reservado (a), fechado (a), não conta suas coisas para ninguém
0	1	2	70. Vê coisas que as pessoas acham que não existem Descreva: _____
0	1	2	71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado (a) com o que as pessoas possam achar de você
0	1	2	72. Põe fogo nas coisas
0	1	2	73. É habilidoso (a) com as mãos
0	1	2	74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas
0	1	2	75. É muito tímido (a)
0	1	2	76. Dorme menos que a maioria das crianças
0	1	2	77. Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou a noite Descreva: _____
0	1	2	78. É desatento (a), distrai-se com facilidade
0	1	2	79. Tem problemas de fala. Descreva: _____
0	1	2	80. Defende seus direitos
0	1	2	81. Rouba em casa
0	1	2	82. Rouba fora de casa
0	1	2	83. Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada Descreva: _____
0	1	2	84. Faz coisas que as outras pessoas acham estranhas Descreva: _____
0	1	2	85. Pensa coisas que as outras pessoas achariam estranhas Descreva: _____
0	1	2	86. É mal humorado (a), irrita-se com facilidade
0	1	2	87. Seu humor ou sentimentos mudam de repente
0	1	2	88. Gosta de estar com outras pessoas

0	1	2	89. É desconfiado (a)
0	1	2	90. Xinga ou fala palavrões
0	1	2	91. Pensa em se matar
0	1	2	92. Gosta de fazer os outros rirem
0	1	2	93. Fala demais
0	1	2	94. Gosta de "gozar da cara" dos outros
0	1	2	95. É esquentado (a)
0	1	2	96. Pensa demais em sexo
0	1	2	97. Ameaça machucar as pessoas
0	1	2	98. Gosta de ajudar os outros
0	1	2	99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco
0	1	2	100. Tem problemas com o sono. Descreva: _____
0	1	2	101. Mata aula (cabula aula, gazeio)
0	1	2	102. Não tem muita energia
0	1	2	103. É infeliz, triste ou deprimido (a)
0	1	2	104. É mais barulhento (a) que os outros jovens
0	1	2	105. Usa drogas ( <b>excluir</b> álcool e tabaco) Descreva: _____
0	1	2	106. Procura ser justo com os outros
0	1	2	107. Gosta de uma boa piada
0	1	2	108. Leva a vida sem se estressar
0	1	2	109. Procura ajudar os outros quando pode
0	1	2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
0	1	2	111. É retraído (a), não se relaciona com os outros

0	1	2	112. É muito preocupado (a)
---	---	---	-----------------------------

**9. Comentários do adolescente:**

---

---

---

---

---

**10. Observações do pesquisador:**

---

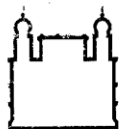
---

---

---

---





Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



**IFF**

Instituto Fernandes Figueira

## QUESTIONÁRIO PARA RESPONSÁVEIS

Nome da Criança:		Sexo da Criança: 1. ( ) masculino 2. ( ) feminino	Data de nascimento da criança: ___/___/___
Endereço:		Bairro:	Data de hoje: ___/___/___
Município:	CEP:	Telefones:	
Nome do responsável que preenche o questionário:			
Grau de parentesco do respondente: 1.( ) mãe 2.( ) pai 3.( ) avó 4.( ) avô 5.( ) tia 6.( ) irmã 7.( ) irmão 8.( ) outros _____			

*Inicialmente gostaríamos de saber sobre a <criança> e sua família.*

### 1. Neste ÚLTIMO ANO [últimos 12 meses], quem morou na mesma casa que a <criança>?

1a. Pai (legalmente responsável)	1. <input type="checkbox"/> sim, biológico	2. <input type="checkbox"/> sim, adotivo	3. <input type="checkbox"/> não
1b. Mãe (legalmente responsável)	1. <input type="checkbox"/> sim, biológico	2. <input type="checkbox"/> sim, adotivo	3. <input type="checkbox"/> não
1c. Padrasto	1. <input type="checkbox"/> sim	2. <input type="checkbox"/> não	
1d. Madrasta	1. <input type="checkbox"/> sim	2. <input type="checkbox"/> não	
1e. Avós maternos	1. <input type="checkbox"/> sim. Nº ____.	2. <input type="checkbox"/> não	
1f. Avós paternos	1. <input type="checkbox"/> sim. Nº ____.	2. <input type="checkbox"/> não	
1g. Outros parentes	1. <input type="checkbox"/> sim. Nº ____ . Quem? _____	2. <input type="checkbox"/> não	
1h. Irmãos	1. <input type="checkbox"/> sim. Nº ____.	2. <input type="checkbox"/> não	
1i. Outras pessoas	1. <input type="checkbox"/> sim. Nº ____ . Quem? _____	2. <input type="checkbox"/> não	

### 2. Os pais da criança/adolescente:

1.  Vivem juntos.      2.  Estão separados      3.  Nunca viveram juntos

### 3. A criança/adolescente tem irmãos (biológico ou adotivo; do pai ou da mãe)?

1.( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_      2.( ) Não

### 4. Os irmãos da criança/adolescente são:

1.  TODOS FILHOS DO MESMO PAI E DA MESMA MÃE      2.  FILHOS DE DIFERENTES CASAMENTOS DO PAI OU DA MÃE      3.  NÃO TEM IRMÃOS

**5. A <criança/adolescente > é (considerando biológicos e adotivos):**

1. <input type="checkbox"/> FILHO MAIS NOVO.	3. <input type="checkbox"/> FILHO MAIS VELHO
2. <input type="checkbox"/> FILHO DO MEIO	4. <input type="checkbox"/> FILHO ÚNICO

**6. Quantas crianças e adolescentes moram na mesma casa que <criança>?**

(SEM IRMÃOS ANOTAR 00) \_\_\_\_\_

**7. Quem é o responsável feminino pela <criança>? (QUEM participa e fica mais tempo com a criança- sustento, cuidado e carinho)**

1. <input type="checkbox"/> MÃE	2. <input type="checkbox"/> AVÓ	3. <input type="checkbox"/> TIA	4. <input type="checkbox"/> IRMÃ
5. <input type="checkbox"/> MADRASTA	6. <input type="checkbox"/> OUTRA PESSOA _____	7. <input type="checkbox"/> NÃO TEM RESPONSÁVEL FEMININO	

**8. Idade do responsável feminino: \_\_\_\_\_**

**9. Qual a escolaridade da MÃE/ RESPONSÁVEL da <criança>:**

1. <input type="checkbox"/> NÃO SABE LER E ESCREVER	4. <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	7. <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO
2. <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	5. <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO	8. <input type="checkbox"/> NÃO SEI
3. <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	6. <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO	9. <input type="checkbox"/> NÃO TEM

**10. No ÚLTIMO ANO [últimos 12 meses], quanto ao trabalho, a mãe/responsável é (quando existir mais de um emprego, optar pelo mais estável)**

1. <input type="checkbox"/> EMPREGADO (COM OU SEM VÍNCULO – RECEBE SALÁRIO)	4. <input type="checkbox"/> DESEMPREGADA (NENHUM TRABALHO IRREGULAR, BUSCANDO EMPREGO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES)	7. <input type="checkbox"/> NÃO TEM RESPONSÁVEL FEMININO
2. <input type="checkbox"/> EMPREGADOR (COM VÍNCULO) N°EMPREGADOS _____	5. <input type="checkbox"/> NÃO TRABALHA _____ (DO LAR)	8. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
3. <input type="checkbox"/> CONTA PRÓPRIA (TRABALHO INDIVIDUAL REGULAR/IRREGULAR)	6. <input type="checkbox"/> APOSENTADA	

**11. Quem é o responsável masculino pela <criança>? (QUEM participa e fica mais tempo com a criança- sustento, cuidado e carinho)**

1. <input type="checkbox"/> PAI	2. <input type="checkbox"/> AVÓ	3. <input type="checkbox"/> TIO	4. <input type="checkbox"/> IRMÃO
5. <input type="checkbox"/> PADRASTO	6. <input type="checkbox"/> OUTRA PESSOA _____	7. <input type="checkbox"/> NÃO TEM RESPONSÁVEL MASCULINO	

**12. Idade do responsável masculino: \_\_\_\_\_**

**13. Qual a escolaridade do PAI/ RESPONSÁVEL da <criança>:**

1. <input type="checkbox"/> NÃO SABE LER E ESCREVER	4. <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	7. <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO
2. <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	5. <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO	8. <input type="checkbox"/> NÃO SEI
3. <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	6. <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO	9. <input type="checkbox"/> NÃO TEM

**14. No ÚLTIMO ANO [últimos 12 meses], quanto ao trabalho (ocupação) o pai/responsável é (quando existir mais de um emprego, optar pelo mais estável):**

1. <input type="checkbox"/> EMPREGADO (COM OU SEM VÍNCULO – RECEBE SALÁRIO)	4. <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO (NENHUM TRABALHO IRREGULAR, BUSCANDO EMPREGO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES)	7. <input type="checkbox"/> NÃO TEM RESPONSÁVEL MASCULINO
2. <input type="checkbox"/> EMPREGADOR (COM VÍNCULO) N°EMPREGADOS _____	5. <input type="checkbox"/> NÃO TRABALHA (DO LAR) _____	8. <input type="checkbox"/> NÃO SEI INFORMAR
3. <input type="checkbox"/> CONTA PRÓPRIA (TRABALHO INDIVIDUAL REGULAR/IRREGULAR)	6. <input type="checkbox"/> APOSENTADA	

**Agora queremos saber um pouco sobre as condições de vida da família.**

**15. No MÊS PASSADO quanto ganharam as pessoas que trabalham e que contribuem para o sustento da <criança>? (caso não especifique colocar 9999)**

**15a)** 1 pessoa \_\_\_\_\_ (grau parentesco) \_\_\_\_\_ reais por mês

**15b)** 1 pessoa \_\_\_\_\_ (grau parentesco) \_\_\_\_\_ reais por mês

**15c)** 1 pessoa \_\_\_\_\_ (grau parentesco) \_\_\_\_\_ reais por mês

**15d)** 1 pessoa \_\_\_\_\_ (grau parentesco) \_\_\_\_\_ reais por mês

Grau de parentesco

1- Mãe	5 - tia(o)
2- Pai	6 - irmã
3- Avó	7- irmão

**16. As pessoas da família que trabalham e contribuem para o sustento da família têm outra renda? (pensão, aluguel, mesada, bolsa-auxílio, cheque cidadão, benefício do Estado, outros) (caso não especifique colocar 9999)**

1. ( ) SIM. QUAIS? \_\_\_\_\_ QUANTO? \_\_\_\_\_ REAIS/MÊS

2. ( ) NÃO

9. ( ) NÃO SABE/NÃO SE APLICA.

**17. Quantos de cada item abaixo a casa da <criança> possui? (sem equipamento, anotar 00)**

**17a** Automóvel \_\_\_\_\_ (QUANTIDADE)

**17b.** Banheiro \_\_\_\_\_ (QUANTIDADE)

**17c.** Empregada doméstica mensalista \_\_\_\_\_ (QUANTIDADE)

**17d.** Geladeira sem freezer \_\_\_\_\_ (QUANTIDADE)

**17e.** Geladeira duplex ou freezer \_\_\_\_\_ (QUANTIDADE)

**17f.** Máquina de lavar roupas \_\_\_\_\_ (QUANTIDADE)

**17g.** Rádio \_\_\_\_\_ (QUANTIDADE)

**17h.** Televisão (cores) \_\_\_\_\_ (QUANTIDADE)

**17i.** Vídeo cassete/DVD \_\_\_\_\_ (QUANTIDADE)

**18. Como você se sente sendo o responsável pela criança/adolescente?**

1.  MUITO SATISFEITO      3.  INSATISFEITO      5.  NÃO SE APLICA (SE O INFORMANTE NÃO FOR O RESPONSÁVEL)

2.  MAIS OU MENOS SATISFEITO      4.  NÃO SABE RESPONDER

AS FRASES ABAIXO DIZEM RESPEITO AO FUNCIONAMENTO DA SUA FAMÍLIA. DIGA SE CONCORDA TOTALMENTE; CONCORDA; NÃO CONCORDA NEM DISCORDA; DISCORDA; OU DISCORDA TOTALMENTE.

**19. É difícil planejar atividades familiares porque vocês se desentendem entre si**

1.  CONCORDO TOTALMENTE    2.  CONCORDO    3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO    4.  DISCORDO    5.  DISCORDO TOTALMENTE    9.  NÃO SABE

**20. Em tempos de crise, vocês podem buscar ajuda uns nos outros**

1.  CONCORDO TOTALMENTE    2.  CONCORDO    3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO    4.  DISCORDO    5.  DISCORDO TOTALMENTE    9.  NÃO SABE

**21. Vocês não podem conversar entre vocês sobre a tristeza que sentem**

1.  CONCORDO TOTALMENTE    2.  CONCORDO    3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO    4.  DISCORDO    5.  DISCORDO TOTALMENTE    9.  NÃO SABE

**22. Cada pessoa da família é aceita pelo que ela é.**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

**23. Vocês evitam discutir seus medos ou preocupações**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

**24. Vocês mostram sentimentos uns com os outros**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

**25. Existem muitos sentimentos ruins na sua família**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

**26. Vocês se sentem aceitos pelo que são**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

**27. Tomar decisões é um problema para a sua família**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

**28. Vocês são capazes de tomar decisões sobre como resolver os problemas**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

**29. Vocês não se dão bem juntos**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

**30. Vocês confiam uns nos outros**

1.  CONCORDO TOTALMENTE 2.  CONCORDO 3.  NEM CONCORDO NEM DISCORDO 4.  DISCORDO 5.  DISCORDO TOTALMENTE 9.  NÃO SABE

AGORA VAMOS PERGUNTAR ALGUMAS COISAS SOBRE O TEMPO QUE O RESPONSÁVEL PRINCIPAL PASSA JUNTO COM A CRIANÇA (as questões 63 a 72 referem-se ao envolvimento do responsável principal com a criança. ATENÇÃO no caso do entrevistado não ser o responsável principal. Neste caso, adequar a pergunta para aferir o envolvimento do responsável principal).

**31. Com que frequência *você* elogia a <criança> dizendo coisas como “Muito bom!” ou “Que coisa legal você fez!” ou “Isso está indo bem!”**

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

**32. Com que frequência *você* e a <criança> conversam ou brincam um com outro, focando atenção um no outro por cinco minutos ou mais, apenas por diversão?**

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

**33. Com que frequência *você* e a <criança> riem juntos?**

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

**34. Com que frequência *você* faz alguma coisa especial com a <criança>, que ela gosta?**

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

**35. Com que frequência *você* pratica esportes, hobbies ou jogos com a <criança>?**

1.  SEMPRE 2.  MUITAS VEZES 3.  POUCAS VEZES 4.  NUNCA 9.  NÃO SABE

**36. Com que frequência *você* lê com a <criança>?**

1.  SEMPRE    2.  MUITAS VEZES    3.  POUCAS VEZES    4.  NUNCA    9.  NÃO SABE

37. Com que frequência *você diz pra <criança> que ela é ruim ou que não é tão boa quanto as outras?*

1.  SEMPRE    2.  MUITAS VEZES    3.  POUCAS VEZES    4.  NUNCA    9.  NÃO SABE

38. Com que frequência *você tem que disciplinar a <criança> pelas mesmas coisas?*

1.  SEMPRE    2.  MUITAS VEZES    3.  POUCAS VEZES    4.  NUNCA    9.  NÃO SABE

39. Com que frequência a <criança> obedece quando *você dá uma ordem?*

1.  SEMPRE    2.  MUITAS VEZES    3.  POUCAS VEZES    4.  NUNCA    9.  NÃO SABE

40. Com que frequência a <criança> desobedece quando *você dá uma ordem?*

1.  SEMPRE    2.  MUITAS VEZES    3.  POUCAS VEZES    4.  NUNCA    9.  NÃO SABE

*As próximas questões são sobre você [responsável pela criança].*

41. Responda sim ou não para as seguintes questões:

	SIM	NÃO
41a. Tem dores de cabeça frequentemente	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41b. Tem falta de apetite	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41c. Dorme mal	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41d. Assusta-se com facilidade	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41e. Tem tremores na mão	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41f. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou agitado(a)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41g. Tem má digestão	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41h. Tem dificuldade de pensar com clareza	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41i. Tem se sentido triste ultimamente	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41j. Tem chorado mais do que de costume	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41k. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41l. Tem dificuldade para tomar decisões	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41m. Tem dificuldade no serviço (o trabalho é penoso e causa sofrimento)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41n. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41o. Tem perdido o interesse pelas coisas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41p. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41q. Tem tido a idéia de acabar com a vida	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41r. Tem sensações desagradáveis no estômago	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41s. Sente-se cansado o tempo todo	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
41t. Você se cansa com facilidade	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>

(a) MÃE/

(b) PAI/

	RESPONSÁVEL	RESPONSÁVEL
<b>42. NO ÚLTIMO ANO</b> , o responsável tomou alguma <u>bebida alcoólica</u> até se embriagar ou sentir-se bêbado (ficou de “porre”)?	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. <input type="checkbox"/> NÃO SABE	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. <input type="checkbox"/> NÃO SABE
<b>43. NO ÚLTIMO ANO</b> , o responsável utilizou algum <u>remédio</u> para acalmar ou para ajudar a dormir?	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. <input type="checkbox"/> NÃO SABE	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. <input type="checkbox"/> NÃO SABE
<b>44. DE UM ANO PARA CÁ</b> , o responsável usou <u>maconha, cocaína, “crack”, ou pasta de coca</u> ?	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. <input type="checkbox"/> NÃO SABE	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 3. <input type="checkbox"/> NÃO SABE

**45. Observações do pesquisador:**

---



---



---



---



---



---