

Violência psicológica no contexto familiar e saúde mental de adolescentes

Psychological violence in the family context and adolescent mental health

Resumo

Objetivo: neste artigo procurou-se estimar a associação e a razão de chance de sofrer violência psicológica (VP) no contexto familiar e a saúde mental juvenil. **Métodos:** estudo transversal, de janeiro de 2011 a setembro de 2011, com uma amostra de 231 adolescentes usuários de ambulatórios de um hospital pediátrico público terciário, no município do Rio de Janeiro. **Resultados:** encontrou-se que 26,4% enquadram-se na categorização de ter sofrido VP severa. Aferindo-se os problemas de saúde mental por meio 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. **Conclusões:** 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 doméstica. Saúde mental. Resiliência psicológica. Medicina do adolescente.

Cecy Dunshee de Abranches¹
Simone Gonçalves de Assis²

¹ Médica-Psiquiatra da Infância e Adolescência, Terapeuta de Família, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências.

² Doutora em Saúde Pública. Pós-Doutorado pelo Family Life Development Center, Cornell University. Pesquisadora e Coordenadora Executiva do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz).

Instituição:

Instituto Fernandes Figueira/
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz

Correspondência:

cecydunshee@gmail.com

Recebido em: 07.12.2016

Aprovado em: 03.01.2017

Abstract

Objective: in this article we tried to estimate the association and the odds ratio for suffering psychological violence (PV) in the family context and the juvenile mental health.

Methods: a cross-sectional study was conducted from January 2011 to September 2011, with a sample of 231 adolescent outpatients from a tertiary public pediatric hospital in the city of Rio de Janeiro. **Results:** it was found that 26.4% were categorized as suffering from severe PV. By assessing mental health problems through the Youth Self-Report (YSR) scale, it was found that 20.4% had at least one behavioral problem at the clinical level, especially in the association with severe VF that anxiety/depression presents OR = 20.57, social problems OR = 10.89, thinking problems OR = 10.16, aggressive behaviors OR = 8.14 and other behavioral problems oscillated with OR between 4.07 and 7.59. A low resilience potential was found in 30.7% of the respondents, who, in association with severe family history, showed that the chance of having low resilience is almost four times, demonstrating the severity of the occurrence of mental health among the victims of severe PV. **Conclusions:** the results indicate the importance of the identification of PV in the family context as a factor of prevention of mental health problems, as well as the importance of investing in the promotion of resilience as a form of protection against PV suffered in the family context.

Keywords: Domestic violence. Mental health. Resilience, psychological. Adolescent medicine.

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.¹ 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.^{1,2}

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.² A residência é o principal cenário para a ocorrência de maus-tratos infantis.³ 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.⁴

Pesquisas científicas corroboram 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.^{1,5,6} 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^{7,8} podem alterar a função do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), que está associado com

desordens depressivas.^{9,10}

Uma das formas de maus-tratos, de difícil detecção, porém muito lesiva para a formação do indivíduo, é a violência psicológica (VP). Esta 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.¹¹ 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.^{1,5,12,13,14,15}

Diante da relevância de se debater o tema da violência na infância/adolescência associada aos problemas de saúde mental, 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.

MÉTODOS

Trata-se estudo transversal, conduzido no período 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 Sistema Único de Saúde (SUS) no tratamento 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

231 usuários de 11 a 18 anos (faixa etária selecionada devido ao uso da escala Youth Self-Report – YSR –,¹⁶ 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: dois de clínicas gerais (pediatria e adolescência) e um 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 foram: adolescentes de ambos os sexos; na faixa etária citada; com capacidade de compreender e responder às perguntas do questionário; acompanhados por responsáveis que tenham convivido durante o último ano, capazes de fornecer informações sobre o adolescente; além de adolescentes com 18 anos completos desacompanhados.

O questionário dos entrevistados foi composto por perguntas sobre escolaridade, raça e pelas escalas de VP,¹⁷ resiliência¹⁸ e YRS¹⁶ (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 por meio da escala de VP,¹⁷ 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,¹⁹ apresentando as propriedades psicométricas de α de Cronbach de 0,91 e coeficiente de correlação intraclassa (ICC) de 0,8629.

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 três grupos de ocorrência (nunca, às vezes/raramente, 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,¹⁶ que é composto por 112 itens destinados a classificar a competência social e os problemas comportamentais ocorridos nos últimos seis meses, por meio de três opções: falso; pouco verdadeiro/às vezes verdadeiro; muito verdadeiro/frequentemente

verdadeiro. Essa classificação permite aferir dois grupos: adolescentes não clínicos (escore $T < 60$) e adolescentes clínicos, que são subdivididos em casos limítrofes (escore $T 60$ a 63) e clínicos (escore $T > 63$). Essa 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 pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), embora haja correlação significativa entre os instrumentos, sendo os comportamentos subdivididos em “externalizantes” (atos agressivos e transgressores) e comportamentos “internalizantes” (depressão, ansiedade).

- b) a resiliência foi estimada através da escala de resiliência adaptada transculturalmente,²⁰ teve a confiabilidade e a validade do construto medidas. Apresentou bons índices psicométricos com α 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 geram uma distribuição de escores, cujos pontos de cortes foram definidos pelo tercil, sendo categorizados em baixa, média e alta resiliência.

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 2×2 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%.

Tal estudo preencheu os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (atual Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466 de 12 de dezembro de 2012) e foi aprovado pelo Parecer n. 0031/10 do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em que a pesquisa foi realizada.

RESULTADOS

Foram analisados dados de 231 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).

A Tabela 1 apresenta as frequências observadas na amostra investigada. Com o critério adotado para definir VP severa, encontrou-se 61 adolescentes (26,4%). Os 170 entrevistados restantes enquadraram-se no critério de VP ausente a moderada (destes, apenas cinco relatos não sofreram nenhum dos 18 itens de VP indagados na pesquisa).

Os comportamentos reiteradamente presentes no relacionamento

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
Problemas de comportamento			
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

Tabela 2 – Associação entre VP e problemas de saúde mental

Problemas de saúde mental	Itens	VP ausente a moderada		VP severa		OR (IC)
		N	%	N	%	
Ansiedade/depressão	Sim	2	1,2	12	19,7	20,57 (4,45-95,04)
	Não	168	98,8	49	80,3	
Retraimento/depressão	Sim	7	4,1	11	18,0	5,12 (1,89-13,91)
	Não	163	95,9	50	82,0	
Queixas somáticas	Sim	7	4,1	15	24,6	7,59 (2,92-19,73)
	Não	163	95,9	46	75,4	
Problemas sociais	Sim	2	1,2	7	11,5	10,89 (2,20-54,00)
	Não	168	98,8	54	88,5	
Problemas com o pensamento	Sim	4	2,4	12	19,5	10,16 (3,14-32,93)
	Não	166	97,6	49	80,3	
Problemas com a atenção	Sim	15	8,8	19	31,1	4,68 (2,19-9,98)
	Não	155	91,2	42	68,9	
Quebrar regras	Sim	8	4,7	12	19,7	4,96 (1,92-12,82)
	Não	162	95,3	49	80,3	
Comportamento agressivo	Sim	6	3,5	14	23,0	8,14 (2,97-22,35)
	Não	164	96,5	47	77,0	
Internalizante	Sim	11	6,5	19	31,1	6,54 (2,89-14,80)
	Não	159	93,5	42	68,9	
Externalizante	Sim	17	10,0	19	31,1	4,07 (1,95-8,52)
	Não	153	90,0	42	68,9	

Nota: Destaque em negrito para associações significativas em nível de 5%.

(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. A pessoa que mais perpetrou VP na amostra estudada foi a mãe do entrevistado (67,5% do total), seguida pelo pai (46,8%) e irmão(s) (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 se apresentava em 71 relatos (30,7%).

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

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	3,875 (1,781-8,430)
	Média	70	41,2	18	29,5	1,286 (0,573-2,884)
	Alta	60	35,3	12	19,7	

Nota: Destaque em negrito para associações significativas em nível de 5%.

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.

Na Tabela 3 constata-se também haver associação entre vivenciar VP severa e ter o potencial de resiliência comprometido.

DISCUSSÃO

Devido à magnitude dos agravos à saúde, a curto e longo prazos, 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.^{1,2}

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,⁴ mas ainda apresenta lacunas e perspectivas das políticas públicas da saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil.

Neste aspecto, um estudo realizado com 1.923 alunos de sétima e oitava séries e primeiro e segundo 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 aspectos 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 tiveram reduzidas suas qualidades, capacidades, desejos e emoções, além de serem cobrados 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.¹³

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 quanto como fator de proteção.^{6,21}

As limitações apresentadas no presente artigo – o tamanho da amostra obtida, por não ser muito grande, dificulta encontrar associações estatísticas, obrigando-nos a agregar categorias de variáveis que seriam melhor estudadas desagregadas, além das limitações próprias da área (a não existência de um ponto de corte para a escala de VP com comprovada sensibilidade e especificidade^{17,19}) –, mostraram-se uma lacuna que dificulta a avaliação de prevalência de VP entre estudos nacionais e internacionais.

Outro entrave da pesquisa foi 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. Tudo isso pode ter dificultado a participação e autonomia dos adolescentes ao declarar ou não os abusos, sugerindo que a magnitude da prevalência do evento seja menor do que aquela que ocorre na realidade, respaldando a literatura que aponta a VP feita por pessoas significativas, que deveriam proteger, como capaz de afetar o potencial de resiliência (capacidade de

superação dos problemas) do indivíduo, considerado um importante fator de proteção na prevenção dos agravos da violência.^{19,21,22}

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.^{23,24} 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.^{18,21,22,23,24}

A prevalência de problemas relacionados à saúde mental encontrada neste estudo para casos clínicos através da escala YSR foi de 20,4%, atestando as estimativas de prevalência de transtornos mentais de até 20% na infância e adolescência.²⁵ Encontrou-se que todos os transtornos de saúde mental internalizantes e externalizantes investigados, ocorridos nos últimos seis meses mostraram-se associados à ocorrência de VP severa. A identificação de casos e fatores associados contribui para o desenvolvimento do conhecimento sobre as demandas em saúde mental apoiado pela literatura, que aponta para a gravidade dos danos na saúde mental infantojuvenil do adolescente exposto à VP no contexto familiar,¹⁵ ratificando a relevância de a VP sair da invisibilidade que hoje ainda possui.²⁶

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, a ocorrência da associação com alterações do eixo HPA, que responde produzindo mais hormônios como o cortisol.^{27,28} Neste estudo, encontrou-se que depressão/ansiedade está associada com VP (OR = 20,57), o que corrobora dados da literatura sobre depressão na adolescência, que, por sua vez, informa que os sintomas internalizantes ocorrem três vezes mais entre os jovens do que entre os adultos, cerca de 15-50%.²⁸

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.

É nessa 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.^{23,24} Nesse 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.²⁹

Confirmando estudos nacionais sobre saúde mental infantojuvenil,³⁰ há uma necessidade de maior produção nacional de investigação sobre a saúde mental infantojuvenil, inclusive com objetivos de intervenção e prevenção.²⁹

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 se torna imprescindível retirar a VP da invisibilidade, aumentar sua identificação e impor 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, minimizar os prejuízos da violência com maior cuidado na atenção profissional e no fortalecimento das relações familiares protetivas, contribuindo ainda com a prevenção de suas consequências de curto e longo prazos.

REFERÊNCIAS

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
- Njaine K, Assis SG, Constantino P (Orgs.). Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Educação a distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
- 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):347-57.
- 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.
- Shaffer A, Yates TM, Egeland BR. The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: developmental processes in a prospective study. Child Abuse e Negl. 2009;33(1):36-44.
- Allen B. An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. Child Maltreat. 2008;13(3):307-12.
- 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(7):943-66.
- Oliveira PA, Scivoletto S, Cunha PJ. Estudos neuropsicológicos e de neuroimagem associados ao estresse emocional na infância e adolescência. Rev Psiquiatr Clín. 2010;37(6):271-9.
- Mesa-Gresa P, Moya-Albiol L. [Neuro biology of child abuse: the "cycle of violence"]. Rev Neurol. 2011;52(8):489-503. [Article in Spanish]
- 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 Bras Psiquiatr. 2009;31(supl. 2):S41-8.
- Garbarino J. Psychological child maltreatment. A developmental view. Prim Care. 1993;20(2):307-15.
- Allen B. Childhood psychological abuse and adult aggression: the mediating role of self-capacities. J. Interpers Violence. 2011;26(10):2093-110.
- 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):287-94.
- Leeson FJ, Nixon RD. The role of children's appraisals on adjustment following psychological maltreatment: a pilot study. J Abnorm Child Psychol. 2011;39(5):759-71.
- Jellen LK, McCarroll JE, Thayer LE. Child emotional maltreatment: a 2-year study of US Army cases. Child Abuse Neglect. 2001;25(5):623-39.
- 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.
- Pitzner JK, Drummond PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. J Psychosom Res. 1997;43(2):125-42.
- Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. J Nurs Meas. 1993;1(2):165-78.
- Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. Rev Saúde Pública. 2005;39(5):702-8.
- 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):436-48.
- 21 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):135-43.
- 22 Afifi TO, Macmillan HL. Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Can J Psychiatry*. 2011;56(5):266-72.
- 23 Cyrulnik B. *Os patinhos feios*. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
- 24 Lorenzo LR. *Resiliencia: nuestra capacidad de recuperación ante los obstáculos*. Buenos Aires: Andrómeda; 2010.
- 25 Fleitlich BW, Goodman R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(1):2.
- 26 Abranches CD, Assis SG. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):843-54.
- 27 Farias AC, Cordeiro ML. Mood disorders in children and adolescents: update for pediatricians. *J Pediatr*. 2011;87(5):373-81.
- 28 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(11):1048-54.
- 29 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *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*. Brasília: MS; 2010.
- 30 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):1273-82.