



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

COORDENAÇÃO DO CURSO DE PSICOLOGIA

**Depressão em crianças e adolescentes vítimas de violência: uma revisão
integrativa da literatura**

ANDRÉA TEREZINHA SANTANA DE ASSIS

Seropédica

Junho/2018



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

COORDENAÇÃO DO CURSO DE PSICOLOGIA

**Depressão em crianças e adolescentes vítimas de violência: uma revisão integrativa da
literatura**

ANDRÉA TEREZINHA SANTANA DE ASSIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
banca examinadora como parte dos requisitos
necessários à graduação em Psicologia.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Ana Cláudia de
Azevedo Peixoto

Seropédica

Junho/2018

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ANDRÉA TEREZINHA SANTANA DE ASSIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos
necessários à graduação em Psicologia.

APROVADA EM ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto
(Orientadora)

Prof.º Dr.º Wanderson Fernandes de Souza
(UFRRJ)

A Deus.

A minha família, suporte de toda minha jornada até aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, sou muito grata a Deus por ter me sustentado, protegido e auxiliado no decorrer de toda essa jornada, principalmente durante os períodos de dificuldades e cansaço.

Agradeço à toda a minha família, aos meus tios Elizeu e Ramon por terem me ajudado, acreditado em meu potencial e apoiado as decisões que eu precisei tomar. À minha mãe, dona Andréa Maria, por ter sido a minha grande aliada desde o período pré-vestibular; ela cuidou de mim, orientou e permitiu que eu estudasse, garantindo o que fosse necessário para isso. Sou grata ao meu falecido pai, David, por sempre ter me estimulado a estudar vibrando com os meus êxitos – ele é uma parte importante nisso e tenho certeza que estaria muito orgulhoso nesse momento. Agradeço também ao meu irmão Bruno pela paciência, por sempre ter ajudado no que foi possível e por ser uma pessoa leal, que apesar de tudo sempre esteve ao meu lado.

Ao meu namorado Marcus, por ter sido um suporte, meu grande ouvinte e companheiro.

À minha amiga Alana Passos, que assim como o Marcus, tem me acompanhado desde o ensino médio. Ela tem sido uma grande amiga, que me ajudou com os estudos e me avisou da tão importante terceira lista de espera da UFRRJ.

Às amigas Paula Oliveira e Letícia Benedito (da minha panelinha) pelas conversas, risadas e companheirismo. Elas tornaram essa trajetória muito mais leve e divertida.

Sou grata aos professores do departamento com os quais tive a oportunidade de adquirir conhecimentos sobre a teoria e prática da psicologia. Agradeço em especial à professora, supervisora e orientadora Ana Cláudia por todos os ensinamentos, orientações, confiança, disponibilidade e pelos bons momentos possibilitados por esses dois anos de estágio. Muito obrigada também ao professor Wanderson por gentilmente ter concordado em compor a banca de defesa do meu trabalho.

Deixo meus agradecimentos à ONG na qual eu realizei todo o meu estágio, a Associação Vida Plena de Mesquita, e à toda a equipe com a qual eu trabalhei, incluindo os técnicos, as colegas estagiárias e o Mauro, auxiliar administrativo de lá. Foi ótimo ter trabalhado e me relacionado com eles. Aprendi muito!

"Toda história tem um fim, mas na vida todo final é um novo começo"

Grande Menina, Pequena Mulher.

RESUMO

ASSIS, A. T. S. **Depressão em crianças e adolescentes vítimas de violência: uma revisão integrativa da literatura**, 2018, Resumo do Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia, Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

A violência infantojuvenil é uma grave questão de saúde pública e, embora tenham ocorrido avanços em programas e direitos que assegurem a proteção desses indivíduos, os índices são crescentes. Além dos abusos físico, psicológico e sexual, situações como presenciar agressões entre familiares e negligência podem desencadear o desenvolvimento de um quadro depressivo que, quando não tratado adequadamente pode tornar-se complexo, prejudicar a qualidade de vida dos sujeitos, vida social e causar suicídios. Então, é importante ressaltar que a depressão é um dos danos causados pelo sofrimento de violência na infância e na adolescência. Este trabalho teve como objetivo analisar estudos sobre a manifestação do transtorno de depressão maior em crianças e adolescentes vítimas de violência, buscando compreender a correlação entre violência infantojuvenil e o quadro depressivo. O método utilizado foi a Revisão Integrativa da Literatura. A pesquisa ocorreu durante o primeiro semestre de 2018 e as referências foram pesquisadas nas bases de dados SCIELO, LILACS e Portal de Periódicos da CAPES. Ao total foram encontrados 862 textos e, ao final do processo de seleção, 17 referências foram analisadas e categorizadas. A partir da análise dos estudos, constatou-se que o sofrimento de maus-tratos na infância aumenta consideravelmente os riscos para o desenvolvimento dessa psicopatologia e que as relações familiares estão intimamente implicadas à presença de sintomas depressivos e resiliência deficitária nesses indivíduos. Observou-se também que o trabalho com a família e promoção de um bom suporte social são intervenções importantes que precisam ser exploradas e intensificadas, assim como trabalhos em práticas preventivas e uso de fatores de proteção. Presume-se que as informações expostas neste trabalho possam colaborar com o campo de pesquisa, prática clínica e programas voltados para esse público.

Palavras-chave: Depressão; Violência; Criança; Adolescente; Revisão Integrativa da Literatura.

ABSTRACT

ASSIS, A. T. S. Depression in children and adolescents victims of violence: an integrative review of the literature, 2018, Abstract do TC de Curso de Psicologia, Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Child and adolescent violence is a serious public health issue and, although there have been advances in programs and rights that ensure the protection of these individuals, rates are increasing. In addition to physical, psychological and sexual abuse, situations such as witnessing family aggression and neglect may trigger the development of a depressive condition that, when not treated appropriately, may become complex, impair subjects' quality of life, social life, and cause suicide. So, it is important to note that depression is one of the damages caused by the suffering of violence in childhood and adolescence. This study aimed to analyze studies on the manifestation of major depression in children and adolescents victims of violence, seeking to understand the correlation between child and juvenile violence and depressive symptoms. The method used was the Integrative Review of Literature. The research was conducted during the first half of 2018 and the references were searched in the databases SCIELO, LILACS and Portal de Periodicals of CAPES. A total of 862 texts were found, and at the end of the selection process, 17 references were analyzed and categorized. From the analysis of the studies, it was found that the suffering of child abuse in childhood greatly increases the risks for the development of this psychopathology and that family relationships are intimately involved in the presence of depressive symptoms and impaired resilience in these individuals. It was also observed that working with the family and promoting good social support are important interventions that need to be explored and intensified, as well as work on preventive practices and use of protective factors. It is assumed that the information presented in this study can collaborate with the field of research, clinical practice and programs aimed at this public.

Keywords: Depression; Violence; Child; Adolescent; Integrative Literature Review.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÃO

Figura 01 – Critérios diagnósticos para episódio depressivo (CID – 10)	22
Figura 02 - Fluxograma das etapas da Revisão Integrativa da Literatura	25
Figura 03 - Fluxograma sobre as etapas de seleção das referências	27
Tabela 01 - Artigos selecionados para análise e categorização	29
Gráfico 01 - Ano de publicação dos artigos	39
Gráfico 02 - Tipos de revistas científicas	39
Gráfico 03 - Tipos de estudos - objetivos das pesquisas	40
Gráfico 04 - Procedimentos das pesquisas	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS - *Children's Attributions and Perceptions Scale*

CID 10 - Classificação Internacional de Doenças

CDI - Inventário de Depressão Infantil

CREAS - Centro de Referência em Assistência Social

CTQ - *Childhood Trauma Questionnaire*

DSM V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESI - Escala de Estresse Infantil

HPA - Eixo hipotálamo-pituitária-adrenal

IDATE - C - Inventário de Ansiedade Traço - Estado para crianças

IFVD - Inventário de Frases sobre Violência Doméstica

LEVICA - Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*

SRQ-20 - *Self-Reported Questionnaire*

SUS - Sistema Único de Saúde

SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TRF - *Teacher's Report Form*

VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	15
3.1. Objetivo Geral	15
3.2. Objetivos Específicos	15
4. REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1. O fenômeno violência: o conceito e caracterizações	16
4.2. Histórico da violência infantojuvenil	18
4.3. Consequências psicológicas da violência contra crianças e adolescentes	19
4.4. Os Transtornos depressivos	20
4.5. A depressão infantil e sua ocorrência em crianças e adolescentes vítimas de violência	22
5. METODO	24
5.1. Tipo de pesquisa	24
5.2. Instrumento	24
5.3. Procedimento	24
5.3.1. Definição do tema e da problemática de pesquisa	25
5.3.2. Busca nas bases de dados e amostragem das pesquisas	26
6. RESULTADOS	27
7. DISCUSSÃO	42
7.1. Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de depressão em crianças e adolescentes	42
7.2. Influências neurobiológicas da violência no desenvolvimento de transtornos depressivos	44
7.3. Relações familiares e o quadro depressivo em crianças e adolescentes vítimas de violência	45
7.4. Resiliência, estratégias de <i>coping</i> e violência	47
7.5. Prevenção e intervenções em casos de depressão e outros distúrbios de saúde mental relacionados à violência infantojuvenil.....	48
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

1 INTRODUÇÃO

A escolha pelo tema “Estudos sobre depressão em crianças e adolescentes vítimas de violência” ocorreu a partir de minha experiência como estagiária na Organização Não – Governamental Associação Vida Plena de Mesquita, que atende crianças e adolescentes vítimas de violência no estado do Rio de Janeiro, coordenado pelo Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (LEVICA). A partir do atendimento de uma adolescente vítima de violência psicológica que apresentava um quadro depressivo, despertou-se em mim o interesse pessoal pela temática e por buscar estudos que tenham explorado a correlação entre diferentes tipos de violência e a psicopatologia.

A violência infantojuvenil é toda ação ou omissão praticados por pessoas ou instituições que possam provocar danos físicos, sexuais ou psicológicos à crianças e adolescentes. Trata - se do uso de determinado tipo de poder sobre eles e transgressão a qualquer tipo de direito que esses indivíduos têm enquanto seres humanos (MINAYO, 2001). É um fenômeno múltiplo e complexo que está presente em diferentes contextos sociais e culturais, manifestando-se de diferentes formas.

Atualmente, a violência praticada contra crianças e adolescentes é considerada uma grave questão de saúde pública, isso devido aos crescentes índices e constatações dos danos que ela pode causar ao desenvolvimento desses indivíduos. Em 2006, o Ministério da Saúde implantou no Sistema Único de Saúde (SUS) a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com o objetivo de gerar dados sobre as violências notificadas em serviços de referência. Durante o período compreendido entre agosto de 2006 e julho de 2007 foram registrados 1. 939 casos de violência praticada contra crianças com idade entre 0 e 9 anos e 2. 370 contra adolescentes com idades entre 10 e 19 anos. Na primeira amostra, 44% dos casos eram violência sexual, 38% violência psicológica, 33% negligência e 29% violência física. Na segunda amostra, com idades entre 10 e 19 anos, 56% dos casos eram violência sexual, 50% eram violência psicológica, 48% violência física e 13% eram negligências. Nos dois casos 58% tratavam-se de violência intrafamiliar (BRASIL, 2008).

Esse tipo de violência é um evento traumático capaz de provocar danos graves nos aspectos físico, cognitivo, psicológico e social, principalmente devido aos indivíduos estarem em processo de desenvolvimento e serem mais vulneráveis em relação aos adultos (SILVA, 2013). Pires e Miyazaki (2005) descrevem que as consequências da violência infantojuvenil

podem perdurar até a fase adulta e seus impactos estão relacionados a variáveis como o tipo de violência, tempo de exposição a ela e a relação com o abusador, podendo gerar baixa autoestima, déficits atencionais, dificuldade de relacionamento interpessoal e abuso de drogas. Quadros psicopatológicos também podem se desenvolver a partir dessas experiências traumáticas, como transtornos de ansiedade, transtorno dissociativo e depressão. Sendo assim, o campo de pesquisa sobre as consequências da violência infantojuvenil é amplo e complexo. Muitos estudos buscam compreender os potenciais danos provocados pela exposição à violência a curto e a longo prazo, e as possibilidades são diversas.

A depressão é um dano intimamente relacionado ao sofrimento de violência infantojuvenil, tanto ainda na infância e adolescência como na fase adulta (MINAYO, 2006; MACIEL, 2011; FIGUEIREDO, 2013). A convivência com a violência intrafamiliar, ter cuidadores severos que violentam física e psicologicamente, ter sofrido abuso sexual e negligências contribuem para o surgimento de sintomas como baixa autoestima, passividade excessiva, percepções negativas de si e em relação ao ambiente, insegurança e humor triste a ponto de configurarem quadros de transtornos depressivos (SILVA, 2013).

Sendo assim, este estudo limitou-se em explorar dados da literatura científica a respeito da depressão como consequência da violência praticada contra crianças e adolescentes, buscando analisar e elucidar a forma pela qual o transtorno se manifesta nesse grupo e expor as reflexões e conclusões das pesquisas. Logo, o objetivo deste trabalho foi compreender a relação estabelecida entre violência e desenvolvimento de transtornos depressivos em crianças e adolescentes.

Para a realização deste trabalho foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura, método que permite a reunião de estudos de diferentes naturezas que abordem um tema específico. A revisão possibilita uma compreensão geral de algum fenômeno, material útil ao campo de pesquisa e à elaboração de intervenções (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

Atualmente, a depressão é considerada o “mal do século XXI” (GONÇALES; MACHADO, 2007; PEREIRA, 2015), uma doença preocupante devido a sua alta prevalência na população mundial e aos comprometimentos que pode provocar ao funcionamento dos indivíduos em diferentes âmbitos de suas vidas. Nos dias de hoje, a depressão é uma das principais causas de incapacitação no mundo e há estimativa de ser a doença mais incapacitante até o ano de 2030 (WHO, 2008).

A depressão infantil é uma psicopatologia grave, de alto risco de reincidência que pode prejudicar a qualidade de vida dos indivíduos. Ela tem altas taxas de prevalência e forte correlação com a vivência de eventos estressores, tais como diferentes tipos de abuso e negligência (SILVA, 2011; SILVA; GONÇALVES, 2015). Caso não seja detectada e tratada, pode causar prejuízos ao desenvolvimento dos indivíduos, prejudicar o funcionamento destes ao decorrer da vida e ocasionar suicídios (BAHLS; BAHLS, 2003; AVANCI et al., 2009).

Sendo assim, pesquisas que deem enfoque na investigação acerca da correlação entre transtornos depressivos e experiência de maus-tratos em crianças e adolescentes se fazem necessárias, por sua relevância clínica e importância como produção científica dentro da temática.

Ainda, a Revisão Integrativa da Literatura, método desta pesquisa, é muito utilizado atualmente na área da saúde como suporte na prática baseada em evidências, que consiste basicamente no uso de pesquisas para a melhoria do cuidado, resolução de problemas para aperfeiçoamento da prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Dessa forma, esse estudo também poderá ter a utilidade de dar suporte a intervenções, podendo contribuir para futuras pesquisas e prática clínica com crianças e adolescentes vítimas de violência.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar estudos sobre a manifestação de depressão em crianças e adolescentes vítimas de violência, buscando compreender a correlação entre violência infantojuvenil e depressão a partir de uma Revisão Integrativa da Literatura.

3.2 Objetivos Específicos

- Fazer um levantamento da quantidade de artigos publicados nas bases de dados dentro do tema definido e selecioná-los de acordo com os critérios de inclusão e exclusão;
- Categorizar os dados levantados nos artigos selecionados;
- Compreender a correlação entre violência infantojuvenil e manifestação de depressão e outros possíveis achados relevantes para a discussão do tema.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O fenômeno violência: conceito e caracterizações

A violência é um fenômeno complexo de alta prevalência, que ocorre em diferentes esferas da sociedade, praticada de diversas formas, em diferentes contextos e reconhecida como uma séria questão social e de saúde pública, por ser umas das causas mais importantes de morte de pessoas com idade entre 15 e 44 anos. (OMS, 2002; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006). O conceito de violência está relacionado à ameaça e uso da força de forma intencional, buscando causar algum tipo de dano ao outro, a si próprio ou a um grupo e compreender este fenômeno envolve estudar interseções de práticas de violência inseridas em contextos culturais específicos, considerando que existem práticas violentas aceitas e toleradas para cada cultura. Existem regiões, por exemplo, onde é recomendado ou aceitável o uso de violência na educação dos filhos como prática disciplinar, que em outras regiões poderiam ser comparadas com práticas de tortura. Dessa forma, a violência é um fenômeno intimamente relacionado à cultura (SILVA, 2013; ZUMA, 2004).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (2002), a violência pode ser classificada de acordo com quem a comete e quanto à natureza dos atos violentos. Os tipos de violência, tomando como referência seus autores são a violência autoinfligida, na qual o indivíduo apresenta comportamentos suicidas, que incluem além de pensamentos, tentativas de suicídio, de autolesão e automutilação. A violência interpessoal é a praticada por membros da própria família ou parceiros íntimos do indivíduo (violência intrafamiliar) ou por pessoas da comunidade que podem ou não conhecer a pessoa violentada (violência comunitária).

A violência intrafamiliar, uma das formas mais comuns de violência interpessoal é definida como práticas de violência cometida por membros da mesma família, que costuma ocorrer dentro ou fora do ambiente familiar (SILVA, 2013; ANDO; ANDO, 2008 apud SILVA, 2013; OMS, 2002). Destes, a violência cometida contra crianças e adolescentes ou violência infantojuvenil é uma das mais prevalentes, sendo o ambiente familiar onde geralmente este tipo de violência ocorre (CARLOS et al., 2017), costumando ser justificada como forma de educar e também como “válvula de escape” para frustrações e raiva. As consequências desses atos tendem a ser mais danosas às crianças e adolescentes em diferentes aspectos porque, de acordo com Eichherr e Cruz (2017 p. 77) “as crianças e os adolescentes estando em processo de crescimento e desenvolvimento apresentam-se com mais vulnerabilidades e com mais repercussões da violência em sua saúde.”

Quanto à natureza da violência existem quatro tipos: física, sexual, psicológica e negligência que aqui serão explicados dentro do contexto da violência infantojuvenil. Embora sejam apresentadas neste trabalho separadamente, como uma forma didática de abordagem do tema, elas costumam se sobreporem, ocorrerem concomitantemente na mesma pessoa e, com exceção da violência autoinfligida, podem estar dentro das classificações expostas anteriormente (DAHLBERG; KRUG, 2006).

O primeiro tipo descrito, a violência física, consiste em maus-tratos corporais como espancamentos, queimaduras, puxões de orelhas, chutes que podem causar danos cutâneos, ósseos, entre outros. Esse tipo de violência apresenta maior incidência em indivíduos do sexo masculino e autores a associam ao risco aumentado de fugas de casa e prática de crimes violentos no futuro (SILVA, 2013; MAIA; WILLIANS, 2005).

Já a violência sexual abarca situações nas quais uma pessoa faz uso de algum tipo de poder sobre a criança ou confiança que tem dela para obter prazer sexual, seja havendo contato físico ou não. A violência sexual infantil engloba o estupro, ato no qual ocorre conjunção carnal, geralmente com o uso de força física; o atentado violento ao pudor, quando ocorre intimidação da criança ou adolescente a partir de atos como conjunção carnal, voyeurismo ou comunicação sexualizada; atos libidinosos, quando o abusador se satisfaz por meio de toques e beijos; o exibicionismo, quando o abusador mostra seu corpo intencionalmente para a criança ou adolescente. Podem ocorrer também a sedução, quando o indivíduo consegue abusar da criança ou adolescente sem utilizar violência e a exploração sexual, quando o adulto faz uso destes indivíduos para obter ganhos (SILVA, 2013; MAIA; WILLIANS, 2005)

Já violência psicológica ou emocional refere-se a humilhações, subjugações, ameaças de danos à vítima ou a entes queridos e discriminações (MAIA; WILLIANS, 2005). De acordo com a OMS (2002), qualquer forma de tratamento hostil que não seja físico pode ser considerada violência psicológica ou emocional.

A negligência, que é descrita por alguns autores como a forma mais recorrente de violência (SILVA, 2013; PASIAN et al., 2013), ocorre quando os adultos que deveriam suprir necessidades da criança ou do adolescente os privam disso. Estas necessidades podem ser de alimentação, vestuário, segurança, educação, carinho, atenção e a carência desses elementos pode causar quadros de desnutrição, acidentes domésticos e outros agravos como danos cognitivos e de linguagem (MARTINS-MONTEVERDE; PADOVAN; JURUENA, 2017).

4.2 Histórico da violência infantojuvenil

A violência infantojuvenil está associada historicamente à educação, à submissão de crianças e adolescentes de modo que se comportem e executem tarefas de acordo com o que o adulto que detém o poder deseja. Há registros de textos antigos como o Código de Hamurábi que relatam o sacrifício, venda e exploração desses indivíduos, infanticídios por fins religiosos. Em outras sociedades antigas matavam-se as crianças portadoras de alguma deficiência e cabia ao pai a decisão sobre a vida ou morte delas (MARTINS; JORGE, 2009). A violência praticada contra crianças e adolescentes seguiria ocorrendo por séculos, sem que muita atenção fosse dada a esta questão. A partir do século XX, o denominado século da criança (MARTINS; JORGE, 2009), as crianças começaram a ser mais valorizadas recaindo sobre a família a responsabilidade de cuidar e suprir necessidades básicas.

A violência infantojuvenil particularmente, começou a ser discutida e repensada em maior intensidade quando em 1846 o caso da jovem Mary Ellen Wilson veio à tona. A menina era maltratada por seus pais adotivos e devido à falta de legislação apropriada, foi defendida pela Sociedade Norte Americana para prevenir a crueldade contra animais, sob o argumento de que ela era parte do reino animal. Diante disso e de outros casos de violência, neste mesmo ano foi fundada uma associação de proteção às crianças (MARTINS; JORGE, 2009; BARRY; COLLINS, 1999 apud DERTELMANN, 2011).

De acordo com Martins e Jorge (2009), no século XIX ocorreram as primeiras manifestações reivindicando direitos da criança e em 1959 foi publicada a Declaração Universal dos Direitos da Criança, com o objetivo de atestar direitos básicos e proteção ao desenvolvimento infantil. Nessa época, médicos estrangeiros e brasileiros começaram a escrever trabalhos que relatavam casos de maus-tratos e caracterizavam lesões físicas provocadas por atos violentos (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

No Brasil, a violência infantojuvenil começou a ser considerada problema de saúde pública a partir da década de 1960, quando foram iniciados estudos de casos médicos de espancamentos às crianças. Apesar disso, somente a partir da Constituição Brasileira de 1988 foram instituídos direitos às crianças e adolescentes, que então deixaram de serem consideradas propriedades de seus pais para tornarem-se sujeitos de direitos (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente assegurou direitos e um sistema de proteção integral a esses indivíduos, tornando a notificação de casos de violência obrigatória em casos de suspeitas (PIRES; MIYAZAKI, 2005) e desde então tem-se buscado formas de monitorar esses atos violentos.

4. 3 Consequências psicológicas da violência contra crianças e adolescentes

A violência infantojuvenil provoca uma série de danos, principalmente por ser praticada contra indivíduos que se encontram em pleno processo de desenvolvimento. Ela pode provocar perturbações no âmbito físico, devido a traumas corporais e sintomas físicos do estresse; no aspecto cognitivo, como déficits das funções executivas e memória e no amadurecimento sócio – emocional, que podem perdurar até a fase adulta (MAIA; WILLIAMS, 2005; DERTELMANN, 2011; SILVA, 2013).

Segundo as autoras Dertelmann (2011) e Silva, Gava e Dell’Aglío (2013), a gravidade dos sintomas varia de acordo com a forma de violência à qual o indivíduo foi submetido, sua idade, tempo de exposição aos maus-tratos, o vínculo com o agressor, características pessoais da vítima e o apoio da família.

Crianças e adolescentes que sofreram algum tipo de violência podem apresentar uma série de comprometimentos psicológicos em pequena ou maior intensidade, que podem ser “sintomas psiquiátricos, tais como: depressão, abuso de substâncias, ansiedade, agressão, sentimento de vergonha e enfraquecimento cognitivo” (SILVA, 2013 p. 35) e ainda transtornos psiquiátricos como transtornos de ansiedade, dependência química, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos do sono, transtornos depressivos e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (BORGES, 2007; SILVA, 2013; SILVA; GONÇALVES, 2015).

Essas consequências podem provocar grandes danos à qualidade de vida, à vida social e desempenho escolar, capazes de perdurar até a idade adulta caso não sejam devidamente tratados. Silva (2011) apresenta alguns estudos que investigaram correlações entre transtornos psiquiátricos e a violência infantojuvenil. Zavaschi et al. (2006 apud SILVA, 2013) demonstraram que transtornos de humor na idade adulta estão relacionados a traumas psicológicos na infância e os resultados da pesquisa de Gladstone et al. (2004 apud SILVA, 2013) associaram transtorno depressivo em mulheres que sofreram violência sexual na infância. Ballon, Courbasson e Smith (2001 apud SILVA, 2013) e Rodríguez et al. (2015)

demonstraram relação entre abuso físico e sexual à drogadição. Estudos como esses indicam a importância da identificação da violência e acompanhamento desses sujeitos.

4.4 Os Transtornos depressivos

De acordo com a versão atualizada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V (APA, 2013) e Dalgalarondo (2008), o transtorno depressivo é um grupo de psicopatologias caracterizado pelo o humor triste, desânimo, alterações no peso corporal, no sono, da velocidade psicomotora, sentimentos e pensamentos de culpa, de menos-valia e de morte, com alterações cognitivas como déficits atencionais e mnemônicos que prejudicam o funcionamento do sujeito em diferentes âmbitos de sua vida, podendo acarretar incapacidade em exercer suas funções, no autocuidado e até mesmo o suicídio.

Trata-se de um transtorno de alta prevalência na população, geralmente crônico e persistente (POWELL et al., 2008), que é atualmente um dos principais motivos de incapacitação no mundo. De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde “*The global burden of disease: 2004 update*” (2008), a depressão já era a doença que mais acometia as pessoas em países em desenvolvimento econômico e desenvolvidos em 2004. O relatório ainda prevê que até 2030 a depressão irá liderar como causa de incapacitação no mundo (WHO, 2008).

Neto et al. (2001) assinalam que para o diagnóstico, os principais aspectos a serem investigados são o humor deprimido, a capacidade de sentir prazer e motivação, as alterações no apetite e o quanto o desempenho do sujeito em suas atividades e relacionamentos estão prejudicados. Além disso, é necessário verificar a gravidade do transtorno, observando se existem ideações suicidas, delírios, alucinações e o quanto o sujeito encontra-se incapacitado de executar suas atividades.

O diagnóstico, segundo a versão mais atual do DSM (APA, 2013), acontece quando há presença de pelo menos cinco dos sintomas listados no manual para cada tipo de transtorno, durante o período de duas semanas que provoquem mudanças no funcionamento do indivíduo.

No manual, o transtorno depressivo trata-se de uma categoria que integra diferentes transtornos com seus respectivos critérios diagnósticos. Esses transtornos são (APA, 2013):

- Transtorno disruptivo da desregulação do humor: para crianças de até 12 anos, caracterizado por manifestações de raiva recorrentes;
- Transtorno depressivo maior: caracterizado por sintomas típicos da síndrome depressiva como o humor deprimido, desesperança e alterações cognitivas, por pelo menos duas semanas;
- Transtorno depressivo persistente (distímia): sintomas típicos da síndrome depressiva, por no mínimo dois anos ininterruptos em adultos e um ano em crianças;
- Transtorno disfórico pré-menstrual: presença de sintomas depressivos desde a semana anterior ao início da menstruação e ausência ou redução dos sintomas na semana pós-menstrual;
- Transtorno depressivo induzido por substância/medicamento;
- Transtorno depressivo devido a outra condição médica;
- Outro transtorno depressivo especificado e Transtorno depressivo não especificado: quando há sofrimento significativo e danos ao funcionamento do sujeito, mas o quando não atende a todos os critérios e o clínico opta por especificar os motivos ou não.

Já o diagnóstico a partir da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde - CID-10 (OMS, 1998) ocorre a partir da avaliação de sintomas, que estão listados abaixo na figura 01, considerando que a manifestação dos sintomas esteja prejudicando a vida social do sujeito e o exercício de suas funções. Caso haja a presença de dois sintomas fundamentais acompanhados de dois sintomas acessórios, trata-se de um episódio depressivo leve; dois sintomas fundamentais mais três a quatro sintomas acessórios, compreende-se como um episódio depressivo moderado e três sintomas fundamentais com mais de quatro sintomas acessórios para um episódio depressivo grave. (POWELL et al., 2008; FLECK et al. 2009).

Figura 01 – Critérios diagnósticos para episódio depressivo, de acordo com o CID – 10

Sintomas fundamentais
1. Humor deprimido
2. Perda de interesse
3. Fatigabilidade
Sintomas acessórios
1. Concentração e atenção reduzidas
2. Auto-estima e auto-confiança reduzidas
3. Idéias de culpa e inutilidade
4. Visões desoladas e pessimistas do futuro
5. Sono perturbado
6. Apetite diminuído

Fonte: Adaptado de FLECK et al. (2009 p. 59).

4.5 A depressão infantil e sua ocorrência em crianças e adolescentes vítimas de violência

Até a década de 1960, não se acreditava na possibilidade de crianças desenvolverem depressão, isso devido à imaturidade psicológica e cognitiva destas. Até então, quadros depressivos eram negligenciados e os comportamentos considerados típicos da faixa etária, até que na década de 1970 o interesse por pesquisar o tema se tornou crescente, quando o transtorno foi reconhecido oficialmente no Congresso de Psiquiatria de Estocolmo em 1971. Desde então, pesquisadores começaram a se interessar por estudar o fenômeno (BAHLS, 2002; CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2009; HUTTEL et al., 2011; MAGALHÃES, 2012).

Atualmente, compreende-se que o transtorno depressivo ocorre da mesma maneira tanto em crianças e adolescentes como em adultos, sendo então válidos os mesmos critérios diagnósticos, com o uso do DSM 5 e CID 10 para a classificação do transtorno. No entanto, pesquisas indicam que existem variações na forma de apresentação dos sintomas, principalmente no se refere às queixas somáticas e o humor irritado (BAHLS, 2002).

Bahls (2002) assinala que muitos pesquisadores do tema costumam caracterizar sintomas específicos de acordo com a faixa etária. Segundo o autor, crianças de até 7 anos de idade apresentam mais sintomas físicos como dores, cansaço e tontura além de ansiedade de separação, fobias, hiperatividade e irritabilidade. Crianças com idades entre 7 e 12 anos relatam tristeza e irritabilidade, apresentando choro fácil, apatia e isolamento social, chegando a ter déficits cognitivos e volitivos e em casos mais graves, alucinações e delírios.

Adolescentes apresentam sintomas que se assemelham mais aos do transtorno em adultos, principalmente no que se refere ao humor irritado com ou sem explosões de raiva,

desinteresse, desmotivação, alterações do sono e do apetite e déficits atencionais. Nesta fase, as ideações suicidas são mais frequentes, aumentando então a letalidade da doença (BAHLS, 2002).

Os fatores de risco para o surgimento de depressão em crianças e adolescentes são complexos, com a interação de fatores biológicos, ambientais e psicológicos (AVANCI; ASSIS; PESCE, 2008). A literatura aponta para uma grande importância do histórico familiar, a presença de depressão em um dos pais pode aumentar em até 3 vezes as chances da criança desenvolver o transtorno (BAHLS, 2002; CALDERANO; CARVALHO, 2005). Como possíveis meios de transmissão, autores apontam a genética, imitação de modos de enfrentamento e identificação com os pais (AVANCI; ASSIS; PESCE, 2008; MIRANDA et al., 2013).

Avanci, Assis e Pesce (2008) indicam o crescimento em meio a conflitos familiares, separações conjugais conflituosas como outros fatores de risco, supondo ainda que brigas podem interferir no cumprimento do papel da família de dar afeto, apoio e atenção necessários à criança e ao adolescente em desenvolvimento.

A convivência com um estressor como a violência intrafamiliar, mais especificamente o abuso físico, psicológico, sexual e testemunhar agressões entre familiares é um aspecto importante no aparecimento do transtorno. Avanci, Assis e Pesce (2008) destacaram a violência psicológica e negligência emocional como causas, em sua pesquisa com 500 crianças com idade entre 6 e 13 anos na cidade de São Gonçalo, no estado do Rio de Janeiro.

Já Figueiredo et al. (2013) em sua revisão sistemática da literatura sobre a correlação entre transtornos de humor na fase adulta e estressores na infância, constataram que diversos tipos de violência aumentam a probabilidade ao desenvolvimento de quadro depressivo na maioridade, tais como a negligência parental e abuso sexual apontados como preditores de depressão nos estudos de Burnside, Rollinson e Fear (2006 apud FIGUEIREDO et al. 2013) e Carey et al. (2008 apud FIGUEIREDO et al., 2013). Este último estudo ainda coloca que o abuso sexual é o principal preditor de depressão, mesmo quando há a existência de outros tipos de maus-tratos.

5 METODO

5. 1 Tipo de pesquisa

Para que os objetivos deste trabalho fossem atingidos, optou-se pela Revisão Integrativa da Literatura, tipo de pesquisa bibliográfica que possibilita a síntese e análise do conhecimento produzido acerca de determinado tema. Mendes, Silveira e Galvão (2008) a definem como a reunião de achados científicos a respeito de um tema específico ou problemática, de modo sistemático e obedecendo uma ordem pré-determinada, servindo então como contribuição para o campo de pesquisa.

A Revisão Integrativa da Literatura é um método utilizado desde a década de 1980 que que integra estudos teóricos e empíricos e de diferentes abordagens metodológicas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). É um método muito utilizado na área da saúde dentro da abordagem baseada em evidências, prática que utiliza “resultados de pesquisa junto à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008 p. 759).

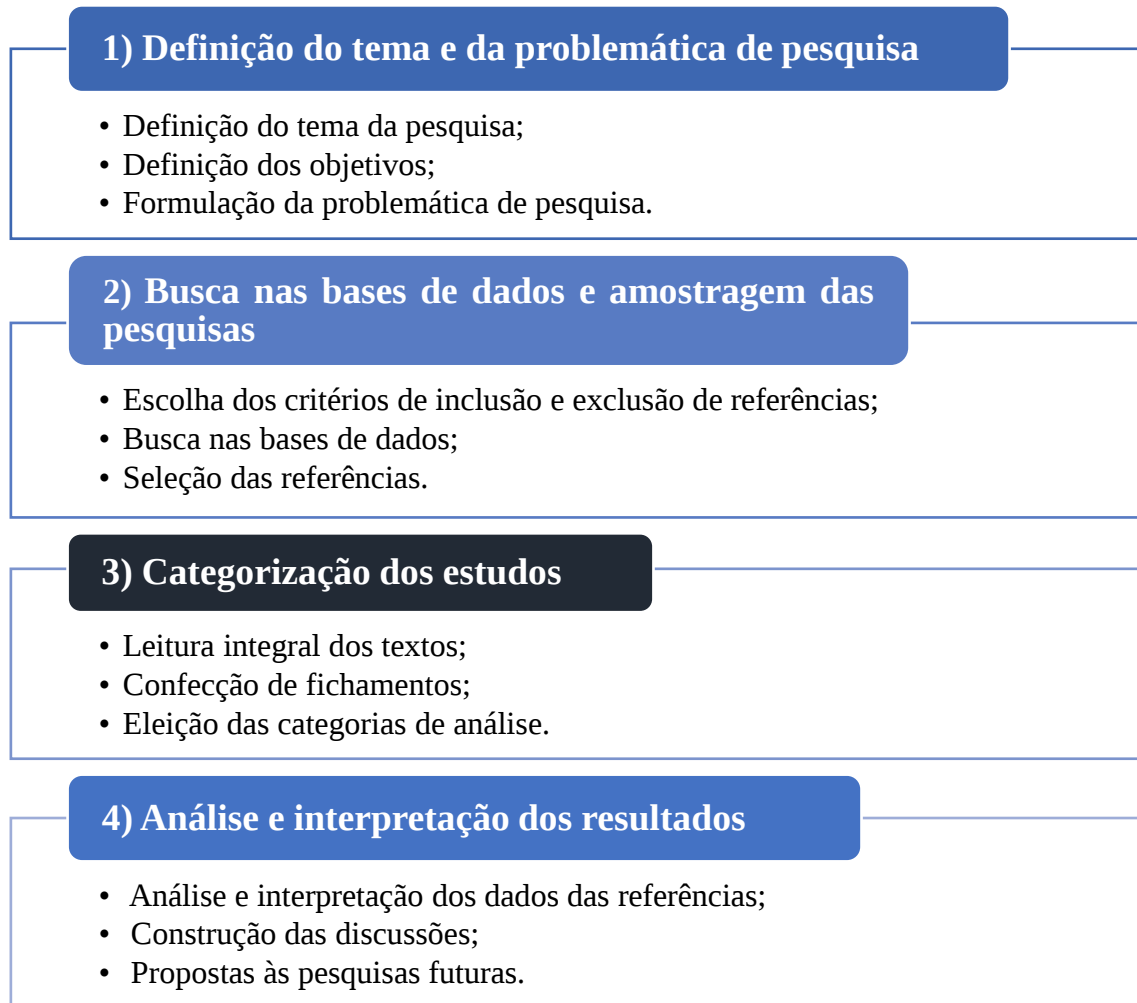
5. 2 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a realização deste estudo foram artigos científicos.

5. 3 Procedimento

O procedimento foi baseado no modelo de seis etapas descrito pelas autoras Mendes, Silveira e Galvão (2008), aplicado neste estudo em quatro etapas, como mostra a figura 02:

Figura 02 - Fluxograma das etapas da Revisão Integrativa da Literatura



5. 3. 1 Definição do tema e da problemática de pesquisa

Compreende-se que a violência cometida contra crianças e adolescentes acarreta uma série de danos físicos, psicológicos e ao desenvolvimento dos indivíduos que podem perdurar durante toda a vida. Os estudos acerca das consequências provocadas pela violência são numerosos e abrangentes, tendo grande importância para a compreensão e discussões acerca do fenômeno e na prática clínica com esses sujeitos.

No entanto, apesar de a depressão ser conhecida como uma das patologias associadas à experiência de abusos e negligências, existem poucos estudos que explorem a correlação entre a psicopatologia e a violência (AVANCI et al., 2009). Diante disso, a partir de uma Revisão Integrativa da Literatura, a presente pesquisa teve como problema compreender essa correlação a partir de estudos realizados sobre consequências da violência infantojuvenil, bem

como as circunstâncias associadas à manifestação de depressão neste grupo de indivíduos e outros possíveis achados pertinentes.

5. 3. 2 Busca nas bases de dados e amostragem das pesquisas

Foram incluídos na pesquisa somente artigos nacionais, publicadas nos últimos dez anos (entre 2007 e 2017), disponíveis na íntegra e em língua portuguesa. A busca foi realizada nas bases de dados indexadas: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e banco de teses e de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para tal, no dia 19 de março de 2018 foram utilizadas diferentes combinações de descritores: [violência], [violência infantil], [violência infantojuvenil], [criança], [adolescente], [depressão] e [transtorno depressivo]. Entre cada descritor foi utilizado o operador booleano “AND”, indicando a busca por textos que só continham as palavras utilizadas.

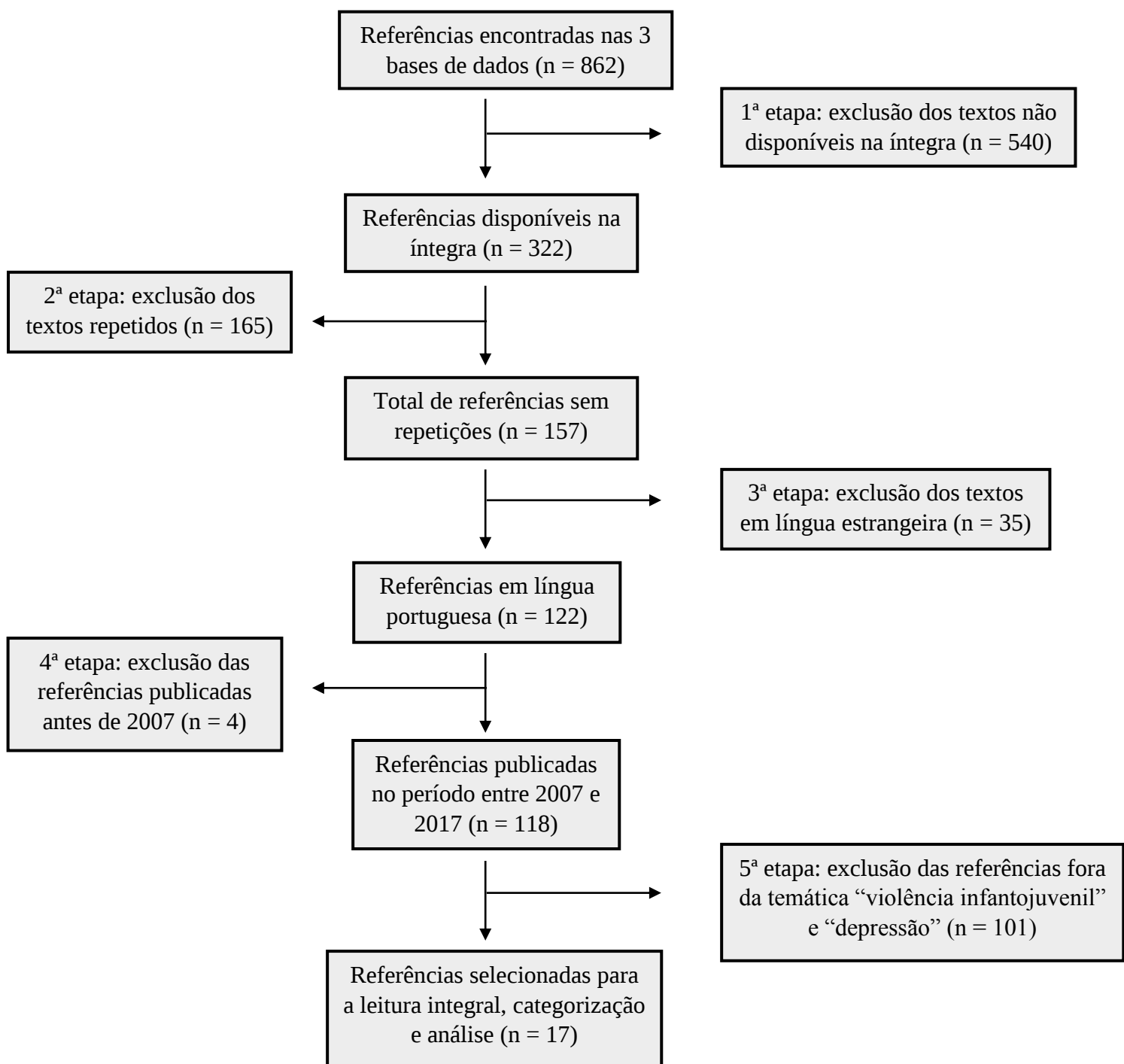
Os resultados da pesquisa foram nomeados de acordo com o próprio título dos textos e armazenados em pastas específicas para cada combinação de descritores e bases de dados e os textos que não estavam disponíveis na íntegra tiveram seus títulos, autores e ano de publicação registrado em uma planilha. Ao final da pesquisa, todos os resultados encontrados em cada base de dados foram reunidos em uma pasta na qual deu-se prosseguimento às etapas 2, 3, 4 e 5 (figura 03) do processo de seleção das referências.

Para um entendimento completo dos textos, a análise das referências selecionadas ocorreu a partir da leitura e elaboração de fichamentos. Em seguida, foram nomeadas como categorias de análise as ideias que mais se repetiam nos textos e mais relevantes para o aprofundamento das discussões. Essas categorias são: 1) Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de depressão em crianças e adolescentes vítimas de violência, 2) Influências neurobiológicas da violência no desenvolvimento de transtornos depressivos, 3) Relações familiares e o quadro depressivo em crianças e adolescentes vítimas de violência, 4) Resiliência, estratégias de *coping* e violência e 5) Prevenção e intervenções em casos de depressão e outros distúrbios de saúde mental relacionados à violência infantojuvenil.

6 RESULTADOS

Foram encontrados um total de 862 textos nas três bases de dados, sendo 210 encontrados no LILACS, 637 no portal de periódicos da CAPES e 15 na SCIELO. Desses, somente 322 estavam disponíveis na íntegra na internet, e desses, 165 artigos eram repetidos, 35 estavam em língua estrangeira e 4 foram publicados antes de 2007 e tiveram que ser excluídos, como ilustra a figura 03:

Figura 03 - Fluxograma sobre as etapas de seleção das referências



Ao final do processo de seleção, 118 artigos tiveram seus resumos lidos para a verificação do conteúdo e 101 referências foram excluídas por apresentarem conteúdo fora da temática de pesquisa – violência infantojuvenil e depressão. Por fim, 17 referências (tabela 1) foram selecionadas para serem lidas na íntegra. Elas foram tabuladas, sendo-lhes atribuídos números de acordo com a ordem alfabética dos nomes dos títulos. A tabela foi dividida em colunas para os nomes dos autores, ano de publicação, título do artigo, o tipo de revista na qual foi publicado, o local do estudo, os objetivos das pesquisas, metodologia, recursos/instrumentos utilizados e número da amostra, como mostra a tabela 1:

Tabela 01 - Artigos selecionados para análise e categorização

Nº do artigo	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍT. DO ARTIGO	TIPO DE REVISTA	LOCAL DO ESTUDO	OBJETIVOS	METODOLOGIA UTILIZADA	RECURSOS UTILIZADOS	Nº DA AMOSTRA
01	LIRA, M. O. S. C.; RODRIGUES, V. P.; RODRIGUES, A. D.; COUTO, T. M.; GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F.	2017	Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta	ENFERMAGEM	Pernambuco	Entender as consequências do abuso sexual na vida de mulheres que foram abusadas sexualmente durante a infância	- Abordagem qualitativa - Pesquisa exploratória - Pesquisa de campo	Entrevista não estruturada	9 mulheres
02	BENETTI, S. P. C.; RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, A. C.; RODRIGUES, A. P. G.; TREMARIN, D.	2007	Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais	Cadernos de Saúde Pública	São Leopoldo - RS	Fazer um levantamento da literatura científica nacional de saúde mental na adolescência para reconhecer as ideias mais recorrentes para destacá-los e caracterizá-los.	- Abordagem Qualitativa - Pesquisa exploratória - Pesquisa bibliográfica	Levantamento bibliográfico	941 referências

03	TEODORO, M. L.; CARDOSO, B. M.; FREITAS, A. C. H.	2010	Afetividade e Conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes	PSICOLOGIA	Porto Alegre - RS	Verificar as propriedades psicométricas do instrumento “Familiograma”, relacionando os resultados com a ocorrência e gravidade de sintomas depressivos em crianças e adolescentes.	- Abordagem Quantitativa - Pesquisa descritiva - Pesquisa experimental	- Familiograma - Inventário de Depressão Infantil (CDI)	234 crianças
04	GOMEZ, V. R. V.; BAZON, M. R.	2014	Associação entre indicadores de maus tratos infantis e Presença de problemas desenvolvimentais em crianças em Início de escolarização	Journal of Human Growth and Development	Ribeirão Preto – SP	Analisar uma amostra de crianças no que diz respeito à presença de sinais de maus tratos, à transtornos emocionais, comportamentais e investigar a relação entre essas variáveis.	- Abordagem Quantitativa - Pesquisa exploratória - Pesquisa de campo	- Inventário de Frases sobre Violência Doméstica (IFVD); - <i>Teacher's Report Form</i> (TRF);	40 crianças
05	HABIGZANG, L. F.; DALACORTE, F.; HATZENBERG	2008	Avaliação Psicológica em Casos de Abuso Sexual	PSICOLOGIA	--	Expor os efeitos de um modelo de avaliação	- Abordagem Qualitativa - Pesquisa explicativa	- Entrevista semiestruturada - <i>Children's Attributions and</i>	10 crianças (somente do sexo feminino)

	E, R.; STROEHER, F.; KOLLER, S. H.		na Infância e Adolescência			psicológica em casos de abuso sexual infantil	- Pesquisa de campo	<i>Perceptions Scale (CAPS)</i> - Inventário de Depressão Infantil (CDI) - Escala de Estresse Infantil (ESI) - Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças (IDATE-C) - Entrevista estruturada com base no DSM IV/SCID para avaliação de transtorno do estresse pós- traumático	
06	LUCÂNIA, E. R.; VALÉRIO, N. I.; BARISON, S. Z. P.; MIYAZAKI, M. C. O. S.	2009	Intervenção cognitivo- comportamental em violência sexual: Estudo de caso	PSICOLOGIA	São José do Rio Preto - SP	Descrever o processo e resultados de uma intervenção da abordagem cognitivo - comportament al em uma adolescente de 13 anos, vítima	- Abordagem Qualitativa - Pesquisa exploratória - Estudo de caso/	- Entrevista semidirigida - Critérios Diagnósticos para Transtorno de Estresse Pós- Traumático (TEPT); - Inventário de Depressão Infantil CDI.	Uma adolescente

						de tentativa de estupro			
07	MELLO, M. F.; FARIA, A. A.; MELLO, A. F.; CARPENTER, L. L.; TYRKA, A. R.; PRICE, L. H.	2009	Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal	PSIQUIA- TRIA	--	Compreender a associação ente maus-tratos na infância e desenvolvimento de psicopatologias no adulto, como consequências de uma disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal	- Abordagem Qualitativa - Pesquisa exploratória - Pesquisa bibliográfica	Levantamento bibliográfico	Número de fontes não divulgado
08	LUGARINHO, L. P.; AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.	2017	Perspectivas dos estudos sobre violência na adolescência e cortisol: revisão bibliográfica sistemática	SAÚDE COLETIVA	Rio de Janeiro	Realizar uma revisão bibliográfica sistemática de publicações que associem cortisol e violência contra adolescentes	- Abordagem Quantitativa - Pesquisa descritiva - Pesquisa bibliográfica	Levantamento bibliográfico	12 artigos científicos
09	AVANCI, J; ASSIS, S.;	2009	Quando a convivência com	SAÚDE COLETIVA	São Gonçalo -	Verificar a relação entre o	- Abordagem quantitativa	- <i>Child Behavior Checklist;</i>	479 crianças

	OLIVEIRA, R.; PIRES, T.		a violência aproxima a criança do comportamento depressivo		RJ	comportamento retraído/depressivo de crianças e a presença/ausência de violências intrafamiliar, escolar e comunitária	- Pesquisa descritiva - Pesquisa de campo	- KSADS-PL (<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – present and Lifetime</i>); - Escala Tática de Conflitos	
10	ROZEMBERG, L. B.; AVANCI, J.; SCHENKER, M.; PIRES, T.	2014	Resiliência, gênero e família na adolescência	SAÚDE COLETIVA	São Gonçalo - RJ	Detectar características familiares que influenciam o potencial de resiliência de adolescentes	- Abordagem quantitativa - Pesquisa exploratória - Levantamento	- Questionário multidimensional, anônimo e autopreenchível, subescala de relacionamento interpessoal, que compõe a escala <i>Brief Impairment Scale 3</i> , escala HICUPS - Inventário de Depressão Infantil (CDI) - Escala proposta por Wagnild e Young e	889 adolescentes

								adaptada para o Brasil por Pesce et al (2005), que avalia a adaptação psicossocial em relação a eventos importantes da vida	
11	SOUSA, G. S.; SANTOS, M. S. P.; SILVA, A. T. P.; PERRELLI, J. G. A.; SOUGEY, E. B.	2017	Revisão de literatura sobre suicídio na infância	SAÚDE COLETIVA	Pernambuco	Explorar e analisar a literatura sobre os fatores associados ao comportamento suicida em crianças	- Abordagem Qualitativa - Pesquisa exploratória - Pesquisa bibliográfica	Levantamento bibliográfico	29 artigos
12	AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C.	2008	Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil	Cadernos de Saúde Pública	Rio de Janeiro - RJ	Caracterizar fatores sociodemográficos, familiares e individuais que podem ser de risco aos sintomas depressivos em adolescentes	- Abordagem quantitativa - Pesquisa descritiva - Levantamento	- <i>Self-Reported Questionnaire</i> (SRQ-20)	1.923 adolescentes
13	HABIGZANG, L. F.; CUNHA, R. C.; KOLLER,	2010	Sintomas psicopatológicos em meninas	PSICOLOGIA	--	Investigar a presença de sintomas	- Abordagem Quali-quantitativa	- Entrevista semiestruturada inicial baseada	40 crianças e adolescentes (somente do

	S. H.		vítimas de abuso sexual Abrigadas e não-abrigadas			psicológicos em meninas vítimas de abuso sexual, abrigadas e não-abrigadas	- Pesquisa exploratório - Pesquisa de campo	na entrevista publicada pelo The <i>Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse</i> ; - <i>Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS)</i> ; - Inventário de Depressão Infantil (CDI); - Escala de Estresse Infantil (ESI); - Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças (IDATE-C); - Entrevista estruturada com base no DSM IV/SCID para avaliação de transtorno do estresse pós-traumático	sexo feminino)
14	KONRADT, C. E.; JANSEN, K.;	2013	Trauma precoce e transtornos de	PSQUIA-TRIA	Pelotas - RS	Averiguar sofrimento de	- Abordagem quantitativa	- Entrevista diagnóstica Mini	231 jovens (idade entre 18

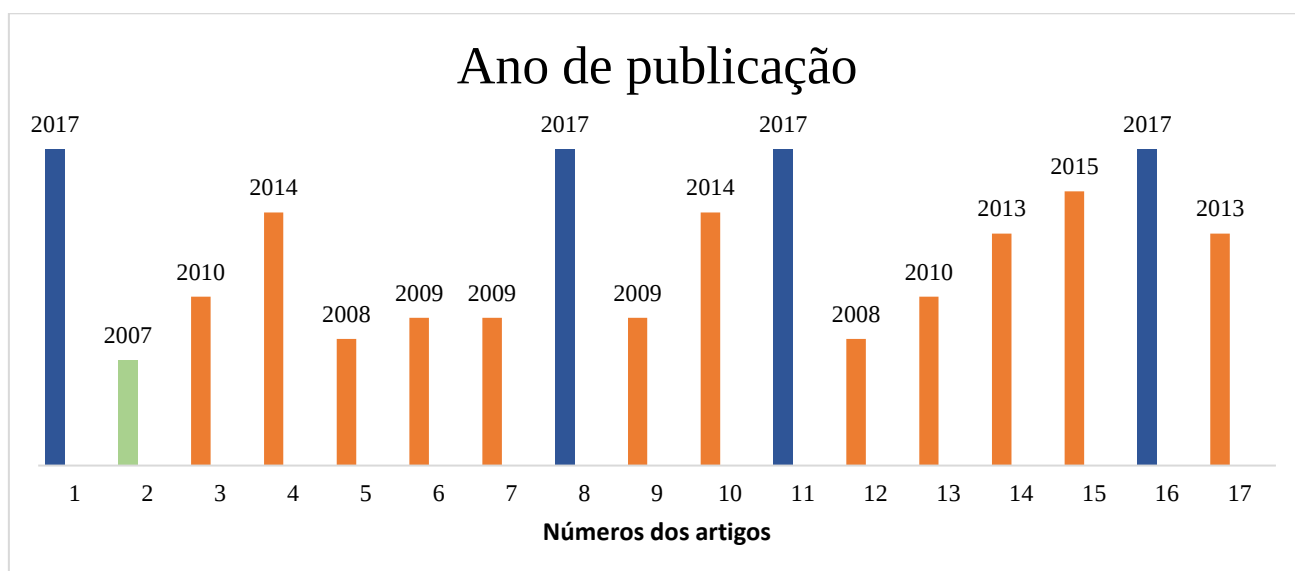
	MAGALHÃES, P. V. S.; PINHEIRO, R. T. R. T. P.; KAPCZINSKI, F. P.; SILVA, R. A.; SOUZA, L. D. M.		humor em jovens			abuso e negligência na infância em jovens com transtorno bipolar, transtorno depressivo maior e amostra controle	- Pesquisa exploratória - Estudo de caso – controle	<i>International Neuropsychiatric Interview</i> (MINI), baseada nos critérios do DSM-IV; - Entrevista clínica estruturada para transtornos de eixo I do DSM-IV (<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders – SCID</i>); - <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (CTQ).	e 24 anos)
15	HILDEBRAND, N. A.; CELERI, E. H. R. V.; MORCILLO, A. M.; ZANOLLI, M. L.	2015	Violência Doméstica e Risco para Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes	PSICOLOGIA	Um município brasileiro sorteado	Definir a prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, analisar a população	- Abordagem quantitativa - Pesquisa descritiva - Pesquisa de campo	Questionário de Capacidades e Dificuldades	252 crianças e adolescentes

						estudada, verificando os possíveis fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de psicopatologias			
16	ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. O.	2017	Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário	SAÚDE COLETIVA	Rio de Janeiro - RJ	Pesquisar sobre a relação entre violência psicológica na adolescência e fatores sociodemográficos, estruturais, de relacionamento familiar e outras formas de violência	- Abordagem Quali-quantitativa - Pesquisa exploratória - Pesquisa de campo	Inquérito epidemiológico, escala <i>Self-Reported Questionnaire/SRQ-20</i> e <i>General Functioning Scale of the McMaster Family Assessment Device</i>	229 adolescentes
17	FONTES, L. F. C.; CONCEIÇÃO, O. C.; MACHADO, S.	2013	Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental	SAÚDE COLETIVA	--	Estudar as consequências do abuso sexual na adolescência sobre variáveis relacionadas à saúde mental e constatar as	- Abordagem Quantitativa - Pesquisa exploratória - Levantamento	Microdados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015	112. 998 adolescentes

					características das vítimas			
--	--	--	--	--	--------------------------------	--	--	--

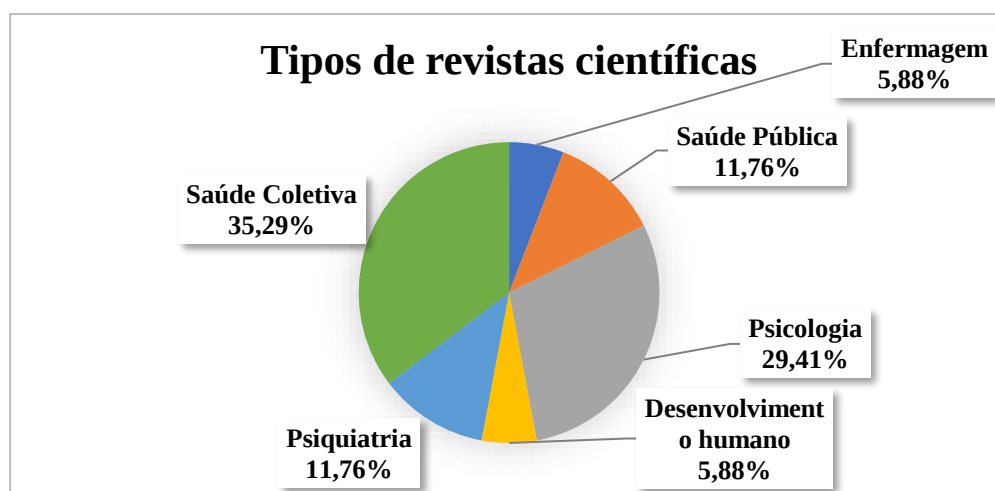
Dos 17 artigos selecionados, o mais antigo foi publicado em 2007 e os mais recentes em 2017. São estes os artigos 01, 08, 11 e 17, que totalizam 23, 52% dos artigos analisados (gráfico 01).

Gráfico 01 - Ano de publicação dos artigos



Quanto aos tipos de revistas nas quais os artigos foram publicados, houve uma distribuição entre as revistas nas áreas de: enfermagem, psicologia, psiquiatria e veículos multidisciplinares nas áreas de saúde pública, saúde coletiva e de estudos sobre o desenvolvimento humano. No gráfico 02, é possível observar que a maior parte dos artigos pertencem à área de Saúde Coletiva (35, 29%) e de Psicologia (29, 41%).

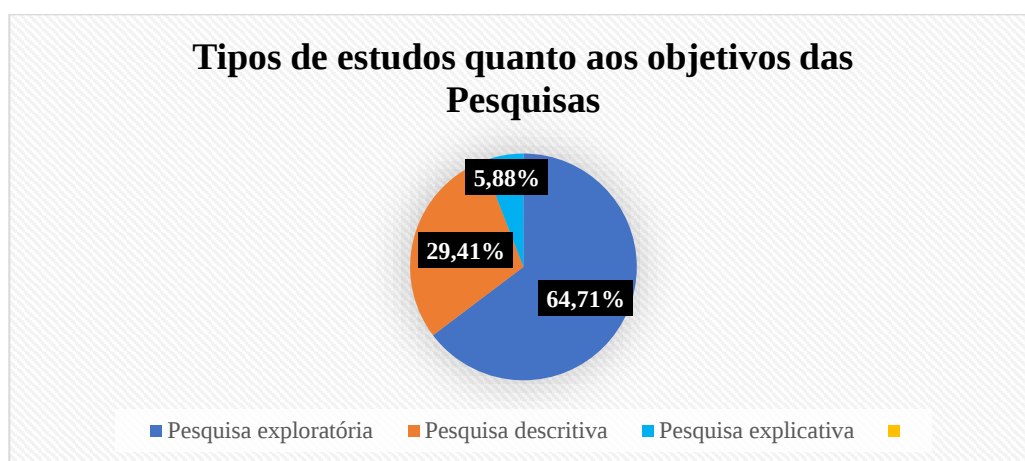
Gráfico 02 - Tipos de revistas científicas



No que diz respeito às regiões nas quais as pesquisas foram realizadas, desconsiderando os artigos que não indicaram os locais de pesquisa (05, 07, 13, 15 e 17), foi possível observar que 58, 33% das pesquisas aqui apresentadas ocorreram na região sudeste (Rio de Janeiro - RJ, São Gonçalo – RJ e Ribeirão Preto - SP), 25% na região sul (São Leopoldo – RS, Porto Alegre – RS, Pelotas – RS) e 16, 66% na região nordeste (Pernambuco).

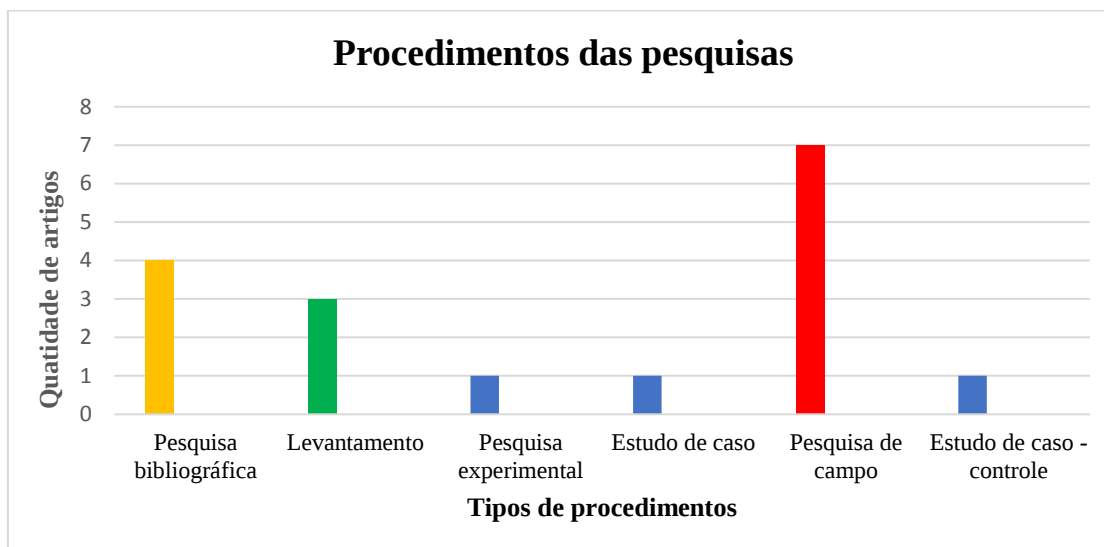
Quanto à metodologia e instrumentos utilizados, 9 dos 17 estudos eram de abordagem quantitativa, 5 de abordagem qualitativa, enquanto 3 combinaram os dois tipos de abordagens. Considerando os objetivos, as pesquisas foram classificadas como exploratórias, descritivas e explicativas como mostra o gráfico 03:

Gráfico 03 - Tipos de estudos - objetivos das pesquisas



Com a análise do gráfico é possível perceber que a maior parte dos estudos analisados tem caráter exploratório, pesquisas que buscam conhecer melhor o problema para que assim seja possível estabelecer hipóteses. O segundo tipo de pesquisa mais frequente foi a descritiva, que tem a finalidade de descrever os fenômenos ou relacionar variáveis de um problema e o tipo menos frequente foi a pesquisa explicativa, que busca caracterizar as causas ou fatores que colaboram para a ocorrência de algo (GIL, 2002).

Outro aspecto analisado na metodologia foram os procedimentos utilizados para a coleta de dados, como mostra o gráfico 04:

Gráfico 04 - Procedimentos das pesquisas

A maior parte das pesquisas que fizeram parte da análise utilizaram como procedimento a pesquisa de campo (01, 04, 05, 09, 13, 15 e 16). O segundo procedimento mais comum foi a pesquisa bibliográfica (02, 07, 08 e 11), seguido por levantamento (10 e 12). Somente um dos estudos tratava-se de uma pesquisa experimental (03), outro de um estudo de caso (06) e um último, estudo de caso – controle (14).

Dentre os recursos utilizados nas pesquisas, destacaram-se as entrevistas semiestruturadas (03 artigos), estruturadas (04 artigos) e abertas (01 artigo). 05 estudos fizeram uso do Inventário de Depressão Infantil (CDI), 04 pesquisas relataram terem feito uso de levantamento bibliográfico como um dos recursos principais e 02 do *Children's Attributions and Perceptions Scale* (CAPS).

Dos 13 estudos que não realizaram pesquisa bibliográfica, 05 (06, 10, 12, 16 e 17) utilizaram amostras compostas somente por adolescentes e 04 (03, 04, 05 e 10) somente por crianças. 02 dos 13 artigos (13 e 15) tiveram crianças e adolescentes nas amostras, enquanto outros dois tiveram somente adultos como sujeitos de pesquisa (01 e 14). 30, 76% desses estudos foram realizados somente com indivíduos do sexo feminino.

7 DISCUSSÃO

Os tópicos a serem discutidos correspondem às categorias extraídas durante o processo de análise das referências.

7. 1 Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de depressão em crianças e adolescentes vítimas de violência

A pesquisa realizada por Lira et al. (2017) revelou que a indiferença dos familiares, principalmente das mães e a culpabilização das vítimas é um fator de risco para a continuidade das situações de violência, abuso de outros membros da família e até mesmo gravidez da vítima. Essa situação tende a ocorrer com maior frequência quando o abusador é o companheiro da genitora e tende a agravar os sintomas decorrentes dos abusos, desencadear transtornos psicológicos, como a depressão, transtorno no qual a culpa, baixa autoestima e isolamento social são características marcantes e fortemente relacionadas à vivência de violência.

Mello et al. (2009) indicaram que a experiência de maus-tratos na infância aumenta o risco de depressão na adolescência e na fase adulta e que está fortemente associada à negligência e ao abuso físico e sexual, com maiores chances de ocorrer após abusos mais violentos. Além disso, uma predisposição genética pode agravar as reações e aspectos de diferentes naturezas (ambiental, perinatal, etc.) e atuam mutuamente na apresentação de depressão em adultos vítimas de maus-tratos durante a infância.

Relacionado a isso, Avanci, Assis e Oliveira (2008) concluíram que não sofrer violência está relacionado à ausência de retraimento e comportamento depressivo. Esses achados são pertinentes com o que a literatura e a pesquisa de Hildebrand et al., (2015) encontraram, confirmando que a violência doméstica é um risco para o desenvolvimento de transtornos psicológicos. Os autores ainda pressupõem que por estarem expostos há mais tempo às situações de violência, os adolescentes têm risco aumentado de apresentarem transtornos psicológicos.

O estudo realizado por Konradt et al. (2013), que se propuseram a averiguar a relação entre o sofrimento de abuso e negligência na infância em jovens com diagnóstico de transtorno bipolar, transtorno depressivo maior e uma amostra controle revelou que os jovens com transtornos de humor apresentaram mais relatos de experiências traumáticas na infância do que a população geral, mas que o abuso sexual por si só não seria um tipo de violência determinante para o desenvolvimento de depressão.

A constituição das famílias também foi considerada um fator de risco. No artigo escrito por Avanci et al. (2009), os autores indicam que as famílias formadas por cuidadores mais jovens, por padrasto ou madrasta são um fator de risco para o comportamento retraído ou depressivo em crianças. Outro fator de risco apontado por eles foi a forma como eles se colocam diante das situações de violência, ou seja, como as avaliam e se buscam por socorro. Os autores sugerem que o crescimento em um ambiente violento tende a ser mais danoso para crianças psicologicamente mais instáveis, o que pode tornar possíveis as revitimizações e respostas mais intensas aos eventos. As situações ganham mais magnitude, o que torna os sintomas ainda mais intensos e complexos e o tratamento ainda mais difícil.

Precisamente a respeito de como as características individuais podem influenciar na intensidade das respostas e na percepção das situações de violência, Rozemberg et al. (2014) mostraram que a baixa resiliência dos sujeitos também pode ser considerada um fator de risco para sintomas depressivos a nível clínico.

Outros fatores seriam os conflitos familiares. Teodoro, Cardoso e Freitas (2010) encontraram correlação negativa entre afetividade e sintomas depressivos e correlação positiva entre conflito familiar e sintomas depressivos, com o uso do Familiograma e Inventário de Depressão Infantil.

Habigzang, Cunha e Koller (2010) conduziram uma pesquisa que investigou se o abrigo poderia agravar os sintomas psicológicos em casos de crianças e adolescentes vítimas de violência e concluíram que o abrigo não é um fator de risco para o aparecimento ou piora de sintomas.

Quanto aos fatores de proteção, Habigzang et al. (2008) indicam que relatar os abusos é importante para a reformulação de crenças de culpa e para a assimilação de que há pessoas que se importam com a situação e com o relato.

A assistência à família, principalmente aos cuidadores também é um fator de proteção, pois a família tem papel importante no ajustamento pós-abuso, além de poderem contribuir com os resultados das intervenções psicoterapêuticas (LUCÂNIA et al., 2009). Avanci et al. (2009) ratificaram que a família é um elemento principal no rompimento das revitimizações, sendo uma estratégia focar nesta para minimização dos efeitos da violência. Os autores colocaram como medidas para evitar o desenvolvimento de quadros depressivos, a identificação, dar fim às situações de violência e oferecer escuta. No artigo, elas apontam para a necessidade de mais pesquisas que se aprofundem ao investigar por mais fatores de proteção.

Quanto à rede de atendimento, Habigzang (2008); Habigzang, Cunha e Koller (2010) e Hildebrand et al., (2015) recomendam que haja investimento dos profissionais na reinserção da criança no ambiente familiar, com acompanhamento desse processo para que o risco de revitimizações seja avaliado. Nesse caso, o acompanhamento psicossocial da vítima e da família e o abrigo são exemplos de medidas que protegem e podem evitar recorrências.

Hildebrand et al. (2015) presumem que, com o crescimento, os sujeitos se tornam mais capazes de perceberem e de manifestarem mais sinais e sintomas causados pela violência, o que pode ocasionar suspeitas e denúncias. Avanci et al. (2009), Hildebrand et al. (2015) e Benetti et al. (2007), no entanto, indicam a necessidade de mais investimentos em intervenções e práticas de prevenção do surgimento do transtorno em adolescentes.

Habigzang, Cunha e Koller (2010) salientam que a falta de fatores de proteção eficientes dificulta a evolução do tratamento, o desenvolvimento de resiliência e estratégias de *coping* adequadas ao enfrentamento das situações.

7. 2 Influências neurobiológicas da violência no desenvolvimento de transtornos depressivos

Os primeiros anos de vida dos seres humanos são decisivos e isso é atribuído principalmente à maior neuroplasticidade. Esse fenômeno torna as experiências de vida durante esse período críticas ao desenvolvimento do indivíduo e situações como maus – tratos podem provocar alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais de curto e de longo prazo que impactam o bem-estar da vítima (AVANCI et al., 2009; GOMEZ; BAZON, 2014; LUGARINHO; AVANCI; PINTO, 2017).

Sofrer ou presenciar maus-tratos é ser exposto a intensas situações de estresse. Mello et al. (2009) explicam o uso dos termos alostase e alostática para a compreensão dos efeitos do estresse psicossocial no organismo. Assim sendo, alostase é o mecanismo de manutenção da estabilidade diante das condições ambientais e alostática é a deterioração fisiológica causada por ciclos repetidos de alostases. Os efeitos causados pela realização desses ciclos repetidos são cumulativos e afetam a organização e funções do organismo.

Os autores ainda relatam que a relação entre a hiperatividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) e a depressão tem sido extensamente investigada atualmente e que disfunções neste eixo são consideradas marcadores neurobiológicos de depressão maior. A carga alostática é considerada como uma das responsáveis por alterações na neuroplasticidade

hipocampal, com estudos trazendo evidências de que pacientes depressivos apresentam redução da massa cinzenta em regiões como hipocampo, córtex cingulado anterior e córtex pré-frontal, mas cabe salientar que disfunções no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal não são exclusividade dos transtornos depressivos (MELLO et al., 2009).

A revisão realizada por Sousa et al. (2017) sobre suicídio na infância contou com uma pesquisa realizada por Dervic et al. (2008 apud SOUSA et al., 2017) na qual os autores encontraram desregulação nos níveis de serotonina em crianças abusadas e negligenciadas.

A pesquisa realizada por Avanci, Assis e Oliveira (2008) investigou características sociodemográficas, familiares e individuais que pudessem estar associadas à depressão em adolescentes. Constatou-se que a depressão nessa faixa etária tem efeitos diferentes devido às particularidades da fase do desenvolvimento, marcada por alterações endócrinas e psicológicas.

Na revisão sistemática realizada por Lugarinho, Avanci e Pinto (2017), os autores expõem que na literatura, não há consenso sobre os efeitos da cronicidade do estresse relacionado à intensidade e tipos de violência praticada contra crianças e adolescentes e que têm sido concedidas diferentes explicações para alterações dos níveis de cortisol nesses sujeitos, como por exemplo, as características específicas de cada indivíduo e os tipos de violência.

As referências que discorrem acerca da cronificação do estresse afirmam que este só se torna prejudicial ao organismo após repetidas experiências, quando o estresse deixa de ser um fator de proteção para ser algo disfuncional, o chamado “estresse tóxico” que pode prejudicar a maturação cerebral, causar prejuízos ao sistema autoimune, propiciando o surgimento de patologias físicas e mentais. Também existem autores alegando que a redução dos níveis de cortisol pode causar o hipocortisolismo, o que pode gerar problemas de saúde e dificultar a adaptação às situações adversas (LUGARINHO; AVANCI; PINTO, 2017).

7. 3 Relações familiares e o quadro depressivo em crianças e adolescentes vítimas de violência

A violência intrafamiliar praticada contra crianças e adolescentes afeta as relações entre os sujeitos. Não é incomum em casos de abuso sexual, principalmente quando o abusador é cônjuge da mãe da vítima, que esta seja culpabilizada e que ocorram resistências

às denúncias, como constataram Lira et al. (2017). Situações desse tipo provocam distanciamento entre os membros da família, pessoas que deveriam prestar apoio e facilitar o enfrentamento da situação traumática e ajustamento após abuso (LUCÂNIA et al., 2009).

Teodoro, Cardoso e Freitas (2010), utilizaram o Familiograma, instrumento que avalia a percepção de afetividade e a presença de conflito familiar, associado ao Inventário de Depressão Infantil (CDI) e constataram que quanto maior a afetividade entre os participantes da pesquisa e a mãe, menores foram os níveis de depressão e que, quanto mais conflitos na relação entre o participante e familiares, destacando – se a relação com os pais, mais graves foram os sintomas depressivos.

Com a análise da relação entre afetividade, conflito e gravidade dos sintomas depressivos foi observado que a afetividade correlacionou – se negativamente e o conflito positivamente com esses sintomas. Foi visto que famílias com alto nível de afetividade e baixo nível de conflito possuíam menos depressão, se comparadas às famílias com alta afetividade e alto conflito e famílias com baixos níveis de afetividade e altos níveis de conflito. Foi concluído após uma análise final que o conflito familiar é a principal variável relacionada à depressão em crianças de adolescentes (TEODORO; CARDOSO; FREITAS, 2010).

Na questão de desenvolvimento de resiliência - fator intimamente relacionado à apresentação de transtornos psicológicos como a depressão, Sousa et al. (2017) colocam que um relacionamento difícil ou extremamente difícil com a mãe ou madrasta, famílias aglutinadas (formadas por muitos membros) podem afetar o desenvolvimento de potencial de resiliência em indivíduos com idade até 14 anos. Os autores supõem que isso ocorra devido a precariedade de cuidados e excesso de conflitos.

Quanto à relação entre conflito familiar e o risco de suicídio, Sousa e et al. (2017) em uma revisão da literatura sobre o suicídio na infância, indicam que em indivíduos com menos de 14 anos o conflito familiar, cotidiano tenso e sem diálogo, principalmente com a mãe, a negligência e o abuso sexual são fatores facilitadores para a ocorrência de suicídio nessa faixa etária.

Por fim, Avanci, Assis e Oliveira (2008) colocam que o fato da violência ter sido praticada pelos pais da vítima, pessoas em quem a criança ou adolescente mais confia, de

quem mais se espera afeto e cuidados pode ter maior impacto e que isso gera efeitos graves na inserção do sujeito no mundo.

7. 4 Resiliência, estratégias de *coping* e violência

Rozemberg et al. (2014) descrevem a resiliência como uma competência que permite o desenvolvimento e uso de estratégias de enfrentamento diante de situações difíceis. Em seu estudo que buscava detectar características familiares que influenciam o potencial de resiliência de adolescentes, verificaram que relacionamentos difíceis com familiares, principalmente com a mãe, falta de acompanhamento dos responsáveis, violência intrafamiliar e viver amontado são outros fatores que interferem no desenvolvimento de resiliência em adolescentes. Os autores propõem como aspectos fundamentais para a formação de resiliência e proteção familiar:

uma comunicação clara e aberta; a liberdade de cada um dos familiares exprimir ou guardar para si emoções dolorosas; a cooperação familiar diante da resolução de problemas principalmente nos casos em que são necessárias substituições de papéis e tarefas uns dos outros; por último, um equilíbrio funcional entre o fechamento e a abertura da família para o mundo externo (ROZEMBERG et al., 2014 p. 682).

Desse modo, situações de humilhação, de desprezo e críticas excessivas, típicas da violência psicológica, além de prejudicarem o desenvolvimento de resiliência, podem gerar comportamentos agressivos e de passividade, causar baixa autoestima e depressão.

A resiliência pessoal é um dos fatores que determinam o quanto a vivência de maus-tratos pode ser danosa aos indivíduos (HABIGZANG et al., 2008) e a família tem função importante no desenvolvimento da resiliência. Os modos de enfrentamento, inclusive, são transmitidos a partir de identificações com membros da família ou com outras pessoas significativas na vida da criança ou adolescente.

Na pesquisa realizada por Avanci, Assis e Oliveira (2008) que investigou características familiares e individuais que podem ser de risco para o aparecimento de sintomas depressivos em adolescentes, encontraram baixa capacidade de resiliência no grupo de adolescentes que apresentava sintomas depressivos.

Hildebrand et al. (2015) assinalam que a falta de fatores de proteção dificulta o processo de promoção de resiliência e de respostas mais saudáveis às situações de violência, apontando para a necessidade de pesquisas que se aprofundem sobre os fatores de proteção e de promoção de resiliência para a elaboração de práticas preventivas.

Quanto às estratégias de *coping*, Rozemberg et al. (2014) expõem que a baixa capacidade de resiliência está associada ao desuso de estratégias de *coping* de distração, ativa e de suporte no enfrentamento de situações difíceis. Eles explicam que as estratégias de *coping* mais ativas são mais utilizadas por indivíduos com maior potencial de resiliência e a evitação em pessoas com potencial mais baixo. Eles explicam que haveria uma tendência de o potencial de resiliência aumentar conforme as estratégias fossem mais utilizadas. Dessa forma, os autores concluíram que a capacidade de superar adversidades está relacionada com a maneira que se enfrentam as situações.

A depressão tende afetar mais sujeitos do sexo feminino e é um transtorno associado ao baixo potencial de resiliência. A pesquisa apresentou ainda que, diante de eventos estressores, as meninas tendem a manifestar mais seus sentimentos e se colocam de modo mais pró – ativo, voltado para a resolução dos problemas. Pessoas do sexo feminino estão mais expostas às situações estressoras e os autores supõem que isto possa estar associado à ocorrência de sintomas depressivos, já os meninos tendem a ter atitude opositora e transtornos relacionados a esse tipo de comportamento (ROZEMBERG et al., 2014).

Sousa e et al. (2017) em sua revisão da literatura constatou que a falta de diálogo com os pais, principalmente com a mãe, negligência e falta de controle emocional estão relacionados à dificuldade em lidar com situações difíceis. A exposição ao estresse na infância tende a aumentar a sensação de desesperança nos sujeitos, o que causa a percepção de que os problemas não têm solução, aumentando os riscos de suicídio.

7. 5 Prevenção e intervenções em casos de depressão e outros distúrbios de saúde mental relacionados à violência infantojuvenil

Os autores Gomez e Bazon (2014) realizaram uma pesquisa que buscava por sinais de maus-tratos e de transtornos de saúde mental em crianças, a partir da administração de um inventário de detecção de violência doméstica e outro para identificar problemas de saúde mental. Ao final do trabalho, elas recomendam que as situações de maus-tratos sejam detectadas precocemente, devendo haver análise e intervenções nas relações familiares.

Em concordância com isso e, especificamente para o caso de depressão, Mello et al. (2009) em seu estudo sobre a relação entre maus-tratos vividos na infância e o desenvolvimento de psicopatologias na fase adulta colocam que, em muitos casos, a

depressão se manifesta ainda na infância e uma abordagem precoce pode evitar o agravamento do quadro.

Já Avanci et al. (2009), realizaram uma pesquisa que investigou a relação entre o comportamento depressivo e a violência intrafamiliar contra crianças e acrescentaram que somente o trabalho com a família é insuficiente. As autoras apontam para a necessidade de pesquisas que investiguem fatores de proteção a esses indivíduos, com enfoque no suporte social, programas e projetos sociais que abranjam uma esfera mais coletiva.

Sobre o trabalho com a família, as intervenções devem focar em auxiliar as famílias a lidarem com a violência e capacitá-las a suprirem as necessidades básicas das crianças, seja evitando novas situações de violência ou dando apoio, aprenderem a resolver problemas de forma assertiva e fortalecerem a autoestima das crianças, para que estejam preparados a lidarem com a violência (AVANCI et al., 2009).

Rozemberg e et al. (2014) em sua pesquisa sobre o potencial de resiliência em adolescentes, colocaram que diante de eventos estressores, faz-se necessário identificar fatores que possam aumentar o potencial de resiliência para evitar o desenvolvimento de sintomas depressivos, principalmente porque os transtornos depressivos estão fortemente associados à uma baixa capacidade de resiliência.

Ainda, Hildebrand et al. (2015) objetivaram a definição dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência, verificando os possíveis fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de psicopatologias, reforçaram o ponto de que, para o indivíduo, poder contar com uma rede de apoio efetiva durante essas situações favorece a compreensão de ser capaz de superar as adversidades (HILDEBRAND et al., 2015).

No artigo de Habigzang, Cunha e Koller (2010) no qual foi realizada a comparação entre sintomas psicopatológicos de meninas abusadas sexualmente em situação de abrigo e não abrigadas, discutem que o abrigo é uma medida protetiva, principalmente se for para afastar a criança do agressor, mas indicam que a permanência deve ser temporária e em último caso. Ele pode ser uma medida de tratamento tanto para as vítimas como para a família de modo geral, salientando que a equipe que trabalha nos abrigos, desde os educadores até os administradores, deve estar qualificada para acompanhar esses sujeitos, evitando que a institucionalização seja encarada como um modo de punição e poder exercer o papel de proteção a esses indivíduos. Os autores recomendam que mesmo com o abrigo, é importante que a criança mantenha contato com a família e que os familiares não abusadores

devem ser acompanhados e ser trabalhada a reinserção familiar, com a avaliação dos riscos envolvidos.

Hildebrand et al. (2015), constataram na amostra de crianças e adolescentes vítimas de violência que frequentavam os serviços especializados conveniados ao Centro de Referência em Assistência Social (CREAS), que o uso dos serviços não evitou que eles desenvolvessem problemas de saúde mental e indicaram a necessidade de mudança nas intervenções que, segundo os autores, deveriam ser mais específicas e de caráter preventivo, sobretudo porque muitos dos participantes da pesquisa apresentavam mais de um tipo de sintoma, o que indica a existência de comorbidades e complexidade dos quadros.

A pesquisa de Fontes, Conceição e Machado (2013) que estudava as consequências do abuso sexual na adolescência, discute que as consequências da violência podem se tornar piores caso perdurem até a fase adulta, quando tendem a se tornar mais complexas, afetando o bem-estar geral dos indivíduos e resultando em tentativas de suicídios e dificuldades no convívio familiar e social. Sendo assim, recomendam a estruturação de abordagens de prevenção e tratamento que possam recuperar e reinserir os indivíduos ao convívio social. Eles ainda revelam que a terapia cognitivo - comportamental apresenta importantes evidências de eficácia no tratamento dos efeitos causados pelo sofrimento de violência, sobretudo em casos de estresse pós-traumático, sintomas depressivos, disfunções sexuais e distúrbios comportamentais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou as contribuições de pesquisas acerca do surgimento do quadro depressivo em crianças e adolescentes vítimas de violência. Buscou-se discutir e compreender os diferentes fatores de riscos associados ao quadro, os fatores de proteção, aspectos neurobiológicos implicados e as formas de prevenir o surgimento da psicopatologia, seu agravamento e as formas de intervenção nesses casos. A Revisão Integrativa da Literatura permitiu a reunião da produção científica sobre o tema, agregando estudos com metodologias diversificadas de forma organizada, viabilizando uma compreensão mais completa do conhecimento produzido sobre o tema nos últimos dez anos.

Essa análise tornou evidente que sofrer maus-tratos na infância aumenta significativamente os riscos para o desenvolvimento de depressão e que fatores ambientais como conflitos familiares e ausência de afeto no ambiente familiar estão diretamente associados ao desenvolvimento do transtorno de depressão maior. Situações intensas de estresse estão relacionadas aos transtornos depressivos devido às alterações fisiológicas e estruturais provocadas por sucessivos eventos estressores, com riscos aumentados aos adolescentes devido às modificações fisiológicas próprias desta fase da vida e uma possível exposição aumentada à estressores.

Foi salientada nos trabalhos a influência atribuída ao ambiente familiar, seja na autoria da violência, seja no foco para prevenção de revitimizações, como aliados nas intervenções e na função de favorecer o desenvolvimento de uma boa capacidade de resiliência e de modos de enfrentamento adequados, corroborando que a violência intrafamiliar, vínculos familiares fragilizados, negligência e aglutinamentos são prejudiciais ao amadurecimento psicoemocional dos sujeitos.

Foi visto também que a capacidade de resiliência pode ser diminuída ou não desenvolvida, quando existe a presença de violência intrafamiliar, principalmente tratando – se de violência psicológica e negligência. Famílias que não protegem seus filhos da violência contribuem para uma resiliência deficitária, promovendo o desenvolvimento de depressão e desesperança que pode acarretar em tentativas de suicídio por parte da população infantojuvenil.

No que tange a prevenção e intervenções nesses casos, são importantes a detecção e o tratamento precoce para evitar agravamento e o surgimento de comorbidades. É necessário avaliar as relações familiares e desenvolver um trabalho em conjunto com a família, auxiliando os familiares a exercerem papéis de cuidadores desses indivíduos, ou até mesmo

com outros agentes presentes na vida da criança ou adolescente, constituindo uma boa rede de apoio social. O abrigo, quando necessário, é uma possibilidade de intervenção que pode evitar revitimizações e possibilitar o acompanhamento das vítimas e dos familiares de forma mais sistemática.

Com a análise, foi possível concluir que existe a necessidade de pesquisas ou de relatos de intervenções focadas na prevenção e uso de fatores de proteção em casos de violência praticada contra crianças e adolescentes. Também foi citada a escassez de trabalhos efetivos junto às famílias que são geralmente onde a violência é mais frequente, e também o ambiente com maior potencial para auxiliar a prevenir danos ou a piora de quadros psicopatológicos. Estudos com enfoque em práticas de acompanhamento e tratamento das vítimas e de seus familiares enriqueceriam o campo de pesquisa com dados das intervenções clínicas e seus resultados, para que novos programas sejam elaborados e práticas sejam aperfeiçoadas.

É possível que a busca somente por referências em língua portuguesa tenha limitado os resultados deste estudo, podendo ter sido mais enriquecedor para o campo a coleta de dados provenientes de estudos internacionais, especificamente no que diz respeito a programas de prevenção e intervenções.

Por fim, as conclusões aqui apresentadas podem atuar como fonte de informações sobre como a violência no período da infância e adolescência pode favorecer o desenvolvimento da depressão, bem como possibilitar o aperfeiçoamento e orientação de programas e práticas clínicas com essa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. O. Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 5** [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>> Acesso em 05 nov 2017.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; PESCE, R. P. **Depressão em crianças: uma reflexão sobre crescer em meio à violência**. — Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2008.

_____; _____; OLIVEIRA, R. V. C. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10):2334-2346, out, 2008.

_____; _____; OLIVEIRA, R.; PIRES, T. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):383-394, 200, 2009.

BAHLS, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria* - Vol. 78, N°5, 2002.

_____; BAHLS, F. R. C. Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Revista de Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, v. 20, n. 2, p. 25-34, maio/agosto 2003.

BENETTI, S. P. C. et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6):1273-1282, jun, 2007.

BORGES, J. L. **Abuso sexual infantil: consequências cognitivas e Emocionais**. 2007. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Temático: prevenção de violências e cultura de paz** (v. 3). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.

CALDERANO, R. S. S.; CARVALHO, C. V. Depressão na infância: Um estudo exploratório. **Psicologia em estudo**, 10(2), 181-189, 2005.

CARLOS, D. M. et al. Famílias envolvidas na violência contra crianças e adolescentes: um olhar pelo Paradigma da Complexidade. **Investigação Qualitativa em Saúde**, Volume 2, 2017.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. **Psicologia em Pesquisa**, UFJF, 3(01), 87-100, janeiro-junho de 2009.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & saúde coletiva** [online], 2006.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico] / Paulo Dalgallarrondo. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2008. Disponível em: <<https://monitoriapsiq2015.files.wordpress.com/2015/02/psicopatologia-e-semiologia-dos-transtornos-mentais-paulo-dalgallarrondo.pdf>>. Acesso em nov 2017.

DERTELMANN, C.F. V. **Avaliação neuropsicológica em crianças vítimas de maus-tratos**. 2011. 82 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

EICHHERR, L. M.; CRUZ, L. R. Violência contra crianças e adolescentes: (in)visibilidades e problematizações. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, Vol. 1, n. 1, jul./dez. 2017, p.<74-87>, 2007.

FIGUEIREDO, A. L. et al. Trauma infantil e sua associação com transtornos do humor na vida adulta: uma revisão sistemática. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 480-496, dez. 2013.

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**;31(Supl I):S7-17, 2009.

FONTES, L. F. C.; CONCEIÇÃO, O. C.; MACHADO, S. Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2(9):2919-2928, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. - São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em:
<https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em 13 mai 2018.

GOMEZ, V. R. V.; BAZON, M. R. Associação entre indicadores de maus tratos infantis e Presença de problemas desenvolvimentais em crianças em Início de escolarização. **Journal of Human Growth and Development**, 24(2): 214-220, 2014.

GONÇALES, C. A. V.; MACHADO, A. L. Depressão, o mal do século: de que século? **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):298-304.

HABIGZANG, L. F. et al. Avaliação Psicológica em Casos de Abuso Sexual na Infância e Adolescência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 21(2), 338-344, 2008.

HABIGZANG, L. F.; CUNHA, R. C.; KOLLER, S. H. Sintomas psicopatológicos em meninas vítimas de abuso sexual abrigadas e não-abrigadas. **Acta Colombiana de Psicología**, 13 (1): 35-42, 2010.

HILDEBRAND, N. A. et al. Violência Doméstica e Risco para Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes. **Psicologia Reflexão e Crítica**, 28(2), 213-221, 8(10): 2995-3006, 2015.

HUTTEL, J.; KISXINER, K. A. et al. A depressão infantil e suas formas de manifestação. **Psicologia Argumento**, 29(64), 11-22jan./mar2011.

KONRADT, C. E. et al. Trauma precoce e transtornos de humor em jovens. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 40(3):93-6, 2013.

LIRA, M. O. S. C. et al. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. **Texto & Contexto Enfermagem**, 26(3), 2017.

LUCÂNIA, E. R. et al. Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: Estudo de caso. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 4, p. 817-826, out./dez., 2009.

LUGARINHO, L. P.; AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W. Perspectivas dos estudos sobre violência na adolescência e cortisol: revisão bibliográfica sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2(4):1321-1332, 2017.

MACIEL, S. K. **Repercussões psicológicas em crianças vítimas de violência familiar**. Dissertação (Doutorado em Psicologia). 2011. 167p. Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Centro de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MAGALHÃES, A. S. G. **A depressão na criança institucionalizada**. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). 2012. 137 f. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2012.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, Vol. 13, no 2, 91 – 103, 2005.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 18(4):315-334, out-dez 2009.

MARTINS-MONTEVERDE, C. M. S.; PADOVAN, T.; JURUENA, M. F. Transtornos relacionados a traumas e a estressores. **Medicina (Ribeirão Preto, Online.)**, Ribeirão Preto; 50(Supl.1) :37-50, jan-fev, 2017.

MELLO, M. F. et al. Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo -pituitária-adrenal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31(Supl II):S41-8, 2009.

MENDES K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 17(4): 758-64, Out-Dez 2008.

MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol.1 no.2 Recife May/Aug. 2001.

_____. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. <<https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>> Acesso em nov 2017.

MIRANDA, M. V. et al. Depressão infantil: aspectos gerais, diagnóstico e tratamento. **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 20, n. 3, set./dez. 2013.

NETO, F. L. et al. **Terapia Comportamental Cognitiva dos transtornos afetivos**. In. Psicoterapias cognitivo-comportamentais 1ªEd (2001). Bernard Rangé. – Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. Disponível em: <<http://docs10.minhateca.com.br/788945774,BR,0,0,LIVRO---Psicoterapias-Cognitivo-Comportamentais---Um-Di%C3%A1logo-com-a-Psiquiatria---Rang%C3%A9.pdf>> . Acesso em nov 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**, 1998. Disponível em: <[omshttp://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10_ultimaversaodisponivel_2012.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10_ultimaversaodisponivel_2012.pdf)> Acesso em nov 2017.

_____. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PASIAN, M. S. et al. Negligência Infantil: A Modalidade Mais Recorrente de Maus-tratos. **Pensando Famílias**, 17(2), (61-70), dez 2013.

PEREIRA, L. G. G. **Depressão, o mal do século XXI: possíveis diagnósticos e tratamentos**. 2015. 28f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em farmacologia), Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas, 2015.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, jan-mar;12(1):42-9, 2005.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, 22(4):434-8, 2009.

POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 30(Supl II):S73-80, 2008.

ROZEMBERG, L. B. et al. Resiliência, gênero e família na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3):673-684, 2014.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo;40 (N Esp):112-20, 2006.

SILVA, D. G.; GAVA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual: uma visão a partir da psicologia positiva. **Aletheia** no.40 Canoas abr 2013.

SILVA, R. S.; GONÇALVES, M. A Ocorrência de Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes Abusados Sexualmente. **Uniciências**, v.19, n.1, p.72-78, 2015.

SILVA, V. S. F. **Proposta de roteiro para investigação de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência**. Dissertação (Mestrado em psicologia). 2013. 138 f. - Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SOUSA, G. S. et al. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(9):3099-3110, 2017.

TEODORO, M. L.; CARDOSO, B. M.; FREITAS, A. C. H. Afetividade e Conflito Familiar e sua Relação com a Depressão em Crianças e Adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 23(2), 324-333, 2010.

World Health Organization – WHO. **The Global Burden of Disease: 2004 Update**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO, 2008.

ZUMA, C. E. **A violência no âmbito das famílias identificando práticas sociais de prevenção**. Monografia (Especialização em Gestão de Iniciativas Sociais). 2004. 40 f. Laboratório de Tecnologia e Desenvolvimento Social - Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa em Engenharia – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.