

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**STRESS E COPING NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA
INFANTOJUVENIL**

Seropédica
2018

EDILAINE SOUZA DA SILVA

**STRESS E COPING NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA
INFANTOJUVENIL**

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

Orientador: Prof.^a Ana Cláudia de Azevedo Peixoto

Seropédica
2018

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

EDILAINE SOUZA DA SILVA

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

APROVADA EM ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Orientadora Ana Cláudia de Azevedo Peixoto
(UFRRJ)

Prof.^a Dr.^a Lilian Maria Borges Gonzalez
(UFRRJ)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à Deus e à todos que me apoiaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe e família, por todo o apoio, carinho e acima de tudo por acreditarem, pois sem eles não seria possível a realização deste projeto.

À Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À professora Doutora Ana Cláudia de Azevedo Peixoto pela orientação, apoio e confiança.

Às colegas de turma por tornarem essa caminhada mais leve.

Às colegas de estágio pelo apoio e colaboração.

RESUMO

SILVA, Edilaine Souza da. STRESS E COPING NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA INFANTOJUVENIL, 2018 Resumo do Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia, Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

A violência pode ser considerada um fenômeno gerador de traumas na vida de crianças e adolescentes, sendo um forte estressor capaz de acarretar sérias consequências para o desenvolvimento nessa fase da vida. O stress infantil é um fenômeno que foi reconhecido mais recentemente, e se manifesta com alterações físicas e psicológicas. Crianças e adolescentes podem utilizar diferentes esforços cognitivos e comportamentais com a finalidade de gerir as demandas que ultrapassam seus recursos pessoais, que são chamados de estratégias de coping. Considerando as graves consequências do stress e a importância das estratégias de coping para lidar com o evento estressor, o presente trabalho teve por objetivo verificar o nível de stress e as estratégias de coping utilizadas por crianças e adolescentes vítimas de violências, como também em seus respectivos cuidadores. Para isso, foram utilizados os instrumentos ESI – escala de stress infantil, ISSL – inventário de sintomas de stress adulto e o inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus. Os resultados indicaram que 66,7% das crianças e adolescentes apresentaram stress em nível inicial e realizaram um processo de coping adaptativo. Em relação os responsáveis, os resultados indicaram que 76,9% não apresentam stress e também realizaram um processo de coping adaptativo. Concluiu-se que o acompanhamento psicológico foi de grande importância para o processo de coping adaptativo, influenciando também no nível de stress.

Palavras-chave: violência infantojuvenil; stress infantil; estratégias de coping.

ABSTRACT

SILVA, Edilaine Souza da. STRESS AND COPING ON THE CHILD-ADOLESCENTS VIOLENCE CONTEXT, 2018 Summary of Psychology Course Completion Work, Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Violence can be considered a trauma generator phenomenon in the life of children and adolescents, being a strong stressor capable of causing several consequences to the development on this phase of life. The child stress is a recently recognized phenomenon and it manifests through physical and psychological alterations. Children and adolescents can make use of different cognitive and behavioral efforts in order to manage the demands that overwhelm their personal resources, that also called as coping strategies. Taking into consideration the severe consequences of the stress and the importance of coping strategies to deal with the stressor event, the present work had as an objective to verify the stress level and the coping strategies used by children and adolescents victims of violence, as also their respective caregivers. For that purpose, it was used the following instruments Child Stress Scale – ESI, Inventory of Stress Symptoms for Adults, ISSI and the coping strategies inventory by Folkman and Lazarus. The results indicated that 66,7% of children and adolescents presented stress in an initial level and achieved an adaptive coping process. Regarding the caregivers, the results showed that 76,9% did not present stress and also achieved an adaptive coping process. The conclusion revealed that the psychological assistance was of great importance for the adaptive coping process, influencing the stress level as well.

Key-words: Child-Adolescents Violence; child stress; coping strategies.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. JUSTIFICATIVA.....	6
3. OBJETIVOS	8
3.1 Objetivo Geral	8
3.2 Objetivos Específicos.....	8
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
4.1 Conceito de violência.....	9
4.2 Tipos de violência	11
4.3 Consequências da violência Infantojuvenil	14
4.4 Sobre o stress.....	18
4.5 Conceito de coping	24
4.6 Estratégias de enfrentamento infantil.....	25
5 MÉTODO	28
5.1 Tipo de Pesquisa	28
5.2 Local da pesquisa e Participantes	28
5.3 Instrumentos	29
5.4 Procedimentos	30
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
6.1 Estratégias de coping	31
6.1.1 Pacientes	31
6.1.2. Responsáveis	32
6.2 Stress.....	33
6.2.1 Pacientes	33
6.2.2 Responsáveis	35
9. REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE A: Termo de Anuência.....	47

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Responsáveis....	48
APÊNDICE C: Termo de Assentimento.....	50

LISTA DE SIGLAS

LEVICA - Laboratório de Estudos Sobre Violência contra Crianças e Adolescentes

UFRRJ - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

ESI - Escala de Stress Infantil

ISSL - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

1. INTRODUÇÃO

A prática no estágio profissional realizado em parceria entre a Associação Vida Plena de Mesquita e o Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e adolescentes (LEVICA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRRJ), serviu de motivação para a escolha do tema. O LEVICA trata-se de um laboratório de estudos com a temática violência contra crianças e adolescentes realizado em parceria entre a Associação Vida Plena de Mesquita e a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, atuando em quatro eixos: pesquisas sobre o temática violência infantojuvenil; ensino, através de grupos de estudos; prevenção, através do projeto Espelhar, no qual são realizados grupos de atendimentos com os pais e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes em atendimento na Associação Vida Plena, e intervenção que consiste em atendimentos psicológicos com as crianças e adolescentes vítimas de violência, realizados por estagiárias da UFRRJ.

Na Associação são oferecidos atendimentos psicológicos para crianças e adolescentes vítimas de violência e também para seus cuidadores ou responsáveis. A escolha do tema foi o interesse pelo entendimento de que forma a violência gera stress na vida das crianças e adolescentes vítimas de violência e de como seus cuidadores, que acompanham e observam de perto todas as consequências decorrentes da violência sofrida, também lidam com essa situação e quais estratégias que eles utilizam para lidar com o stress gerado. Sabe-se que as primeiras experiências na infância modelam o comportamento do indivíduo a longo prazo. Dessa forma, quanto mais precocemente a criança for vítima de algum tipo de violência, piores serão as consequências ao longo dos anos e no desenvolvimento. A violência contra crianças e adolescentes pode ser classificada em violência física, psicológica, sexual e negligência, podendo ocasionar em diversas consequências na vida do indivíduo com a possibilidade de se estenderem e refletir na vida adulta. As principais consequências observadas na literatura são: alterações físicas, emocionais, psicológicas e comportamentais (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2009).

Como uma das consequências possíveis, encontra-se o stress, trata-se de um mecanismo natural do organismo, porém em excesso acarreta diversas consequências para a vida do indivíduo. O stress infantil é um fenômeno que foi reconhecido mais recentemente, e se manifesta com alterações físicas e psicológicas (LIPP E MALAGLIS, 2001). Algumas consequências decorrentes do

stress infantil podem afetar também a criança na escola, como por exemplo, a falta de concentração e atenção. Além disso, o stress traz riscos para a vida da criança, pois pode ser desencadeador de algumas doenças como diabetes, bronquite, obesidade, entre outras (LIPP, 2003).

Levando em conta as diversas consequências do stress, tanto na infância como sua repercussão na vida adulta, observa-se a importância da utilização das estratégias de coping, por parte de crianças e adolescentes para lidar com o stress de maneira adequada. A literatura sobre o tema indica que o indivíduo usará diferentes estratégias de coping conforme a situação estressora em que está inserido e a escolha da estratégia a ser utilizada vai depender de como o evento estressor é interpretado pelo indivíduo e de seus recursos pessoais e socioecológicos disponíveis. É importante ressaltar, que em crianças a escolha das estratégias de coping dependerá também do seu nível de desenvolvimento cognitivo, social e emocional. Além disso, o contexto no qual a criança está inserida terá influência na forma como a mesma lida com as situações estressoras (DELL'AGLIO, 2003).

Considerando as graves consequências do stress e a importância das estratégias de coping para lidar com o evento estressor, o presente trabalho tem por objetivo verificar o nível de stress e as estratégias de coping utilizadas por crianças e adolescentes vítimas de violências, como também em seus respectivos cuidadores.

Desejamos contribuir também com informações que possibilitem a melhor fundamentação das ações de prevenção e intervenção no LEVICA com essa população.

2. JUSTIFICATIVA

A violência contra crianças e adolescentes é um tema que vem sendo cada vez mais abordado na atualidade. Em 2015, segundo dados do Disque 100, foram registradas 17.588 denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes, equivalentes a duas denúncias por hora. Foram 22.851 vítimas, 70% delas meninas. Já em 2016 foi registrado que a cada dia, em média 129 casos de violência psicológica e física, incluindo a sexual, e negligência são reportados ao Disque 100.

Tendo em vista as estatísticas alarmantes, pesquisadores tem se interessado cada vez mais pelo tema violência, como ela afeta as crianças e adolescentes, suas consequências e como lidam com esse estressor.

Habigzang e Koller(2011) apontaram em suas pesquisas algumas alterações físicas, cognitivas, emocionais e comportamentais como consequência da violência infanto-juvenil como: desconfiança, abandono de hábitos lúdicos, tristeza e doenças sexualmente transmissíveis, percepção de falta de valor, isolamento, vergonha, entre outras alterações. Azevedo e Guerra (2001) também apontam alguns sintomas psicológicos e comportamentais como: agressividade, medo, raiva, dificuldade de se relacionar socialmente, comportamentos destrutivos, e dificuldade de aprendizagem como consequência da violência. Ferinatti (1993) identificou consequências, tais como: gagueira, distúrbios psicossomáticos, roubo, uso de drogas, fuga do lar, dificuldades afetivas, insegurança, sentimento de culpa e stress. Faleiros e Faleiros (2008) indicam que a criança vítima de violência pode apresentar alguns sintomas como: incapacidade de interagir socialmente, tornando se passiva ou agressiva, ter uma imagem deteriorada de si mesma, baixa autoestima, depressão, ansiedade e comportamentos de desatenção. Por conta desses resultados e evidências de que a violência acarreta sequelas na saúde e desenvolvimento, a temática em pauta deve ser estudada mais profundamente.

Deve-se ressaltar também que apesar de haver diversas pesquisas na literatura brasileira sobre o tema da violência contra crianças e adolescentes, observou-se uma escassez de estudos sobre stress e coping relacionados a esse contexto. Portanto, o presente trabalho justifica-se devido a importância de investigar esse tema, visto que a violência acarreta sérios problemas na saúde, podendo se tornar um grande estressor na vida dos indivíduos, e o modo como os mesmos lidam

com esse estressor poderá ter impacto significativo de outras sequelas ao longo do desenvolvimento.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo geral investigar o nível de stress e as estratégias de enfrentamento(coping) em crianças e adolescentes vítimas de violência assistidos pelo programa de intervenção psicológica coordenado pelo LEVICA /UFRRJ.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar o nível de stress das crianças e adolescentes assistidos pelo programa de intervenção psicológica coordenado pelo LEVICA /UFRRJ;
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas crianças e adolescentes assistidos pelo programa de intervenção psicológica coordenado pelo LEVICA /UFRRJ;
- Verificar o nível de stress nos cuidadores dos usuários assistidos pelo LEVICA;
- Identificar as estratégias de enfrentamento (coping) utilizadas pelos cuidadores das crianças e adolescentes vítimas de violência, acompanhados pelo LEVICA.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Conceito de violência

Historicamente a violência atinge todos os âmbitos da sociedade, sendo um fenômeno biopsicossocial e complexo, porém o conceito da palavra violência começou a ser debatido de forma mais ampla principalmente a partir da década de 1980. É arriscado definir um conceito sobre violência devido a sua polissemia, pois pode referir-se a ataque físico, uso de força física em geral ameaça (HAYECK, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,2014) a violência pode ser definida como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”.

A violência também pode ser definida como um dispositivo de poder, onde se tem uma relação específica com o outro, utilizando a força e coerção, produzindo assim prejuízo social (SANTOS, 2002). Segundo Faleiros e Faleiros (2008, p. 29):

Todo poder implica a existência de uma relação, mas nem todo poder está associado à violência. O poder é violento quando se caracteriza como uma relação de força de alguém que a tem e que a exerce visando alcançar objetivos e obter vantagens (dominação, prazer sexual, lucro) previamente definidos. A relação violenta, por ser desigual, estrutura-se num processo de dominação, através do qual o dominador, utilizando-se de coação e agressões, faz do dominado um objeto para seus “ganhos”.

Atualmente, a violência é entendida como um problema de saúde pública, pois tem uma etiologia multicausal, atravessada por questões culturais, sociais, econômicas e políticas. Ela se torna uma questão de saúde devido ao impacto que provoca na qualidade de vida, pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares (MINAYO, 2004).

A violência praticada contra criança e adolescentes é um fenômeno proeminente na atualidade, atingindo todas as etnias e classes sociais. Entretanto, essa discussão faz parte de um contexto cultural maior. Historicamente, as crianças são as principais vítimas de violência, devido a sua baixa capacidade de defesa e sua dependência em relação aos adultos. Segundo Guerra (2008, p.94-95), a cultura

de o adulto ter poder sobre a criança é uma questão histórica, nas sociedades antigas as crianças não eram julgadas importantes, e assim a violência contra as mesmas era aceita, ainda que as levasse a morte.

Na sociedade moderna essa visão da criança foi mudando aos poucos, e a criança passou a ser considerada como sujeito detentor de direitos. Segundo Guerra (2008, p.91), em 1923 faz-se o primeiro reconhecimento internacional destes direitos por meio da Declaração de Genebra, algumas décadas depois, em 1959, com a formalização da consagrada Declaração Universal dos Direitos da Criança, assim como foi reconhecido na Constituição Federal em 1980, e seguidamente elabora-se o Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA (1990).

A Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente deliberam sobre a proteção da criança e do adolescente contra qualquer forma de violência. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Considera-se criança, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Assegurando no art. 5º do mesmo que "Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais". Na Constituição Brasileira (1988, p. 393) encontramos que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

A legislação brasileira para proteção dos direitos da criança e do adolescente é uma das mais avançadas do mundo, em contrapartida, a realidade é de estatísticas alarmantes, que revelam que grande parte dessa população ainda é vítima de alguma forma de violência. Dados de pesquisas recentes apontam que os tipos de violência mais notificados são a sexual, física e negligência. Sendo a maioria dos agressores do sexo masculino e a maioria das vítimas do sexo feminino, nos casos de violência sexual os principais responsáveis são os pais e padrastos. Em relação à violência física e a negligência, as pesquisas apontam que a mãe é a principal agressora (JUNIOR et al, 2015; MARTINS et al, 2013; GARBIN et al, 2011). Através dessas pesquisas é possível observar que a maioria dos casos de violência

contra crianças e adolescentes acontece de forma intrafamiliar, ou seja, dentro de seu grupo familiar.

4.2 Tipos de violência

A violência pode se apresentar de diversas formas e foi declarada pela resolução WHA 49.25 da World Health Assembly, de 1996, como um importante problema de saúde pública. Convocou-se então a OMS para desenvolver uma tipologia da violência caracterizando seus diferentes tipos e a ligação entre eles. Segundo Coelho et al. (2014, p.13):

Essa tipologia, longe de ser universalmente aceita, fornece uma estrutura útil para se compreender os complexos padrões de violência que ocorrem no mundo, bem como a violência na vida diária das pessoas, das famílias e das comunidades. Ao abordar a natureza dos atos violentos, a relevância do meio social e comunitário, a relação entre as pessoas envolvidas e as possíveis motivações existentes, essa tipologia nos aproxima da compreensão deste complexo cenário.

A tipologia proposta pela Organização Mundial da Saúde, divide a violência em três amplas categorias, de acordo com as características daquele que pratica o ato violento. São elas: a auto infligida, coletiva e interpessoal. A violência auto infligida diz respeito à violência que um indivíduo comete a si mesmo e é subdividida em duas subcategorias: o comportamento suicida e a autoagressão. A primeira envolve pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídio. Enquanto a segunda, a autoagressão, inclui ações de automutilação. A outra categoria refere-se a violência coletiva e é subdividida em social, política e econômica, nessa categoria estão as violências cometidas por grupos organizados, como guerras, atos terroristas e ataques de grandes grupos visando o lucro econômico. Já a violência interpessoal se subdivide em violência comunitária e violência familiar. A violência comunitária é a violência entre indivíduos sem relação pessoal, inclui atos variados de violência cometida por desconhecidos e a violência em instituições como asilos, escolas, prisões e locais de trabalho. A violência familiar é a violência praticada entre membros da família e inclui violência contra parceiros íntimos, violência contra idosos e abuso infantil.

No que concerne à violência dirigida à criança e ao adolescente, observa-se que a maioria das ocorrências encontra-se na categoria de violência interpessoal. E Apesar de o lar ser considerado um local de proteção, a maior parte dos casos de

violência se concentra no ambiente familiar (TOLEDO, 2013). Segundo o Ministério da Saúde (2002, p. 16):

A violência intrafamiliar expressa dinâmicas de poder/afeto, nas quais estão presentes relações de subordinação-dominação. Nessas relações – homem/mulher, pais/filhos, diferentes gerações, entre outras – as pessoas estão em posições opostas, desempenhando papéis rígidos e criando uma dinâmica própria, diferente em cada grupo familiar.

Os atos de violência contra criança e adolescente podem ser classificados quanto a sua natureza em quatro modalidades: psicológica, física, negligência sexual. Essas formas de violência não ocorrem isoladamente, mas sim de forma concomitante. Além disso, a violência pode ser praticada pelos serviços públicos ou privados, por ação ou omissão, falta de acesso aos serviços necessários, falta de qualidade ou inadequação do atendimento, classificando-se em violência institucional (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2009).

Uma das formas de violência é a psicológica, que quase sempre está associada aos demais tipos de violência, se apresentando de uma forma silenciosa, na qual não provoca marcas físicas no indivíduo, porém é tão danosa à saúde da criança ou do adolescente quanto qualquer outra modalidade de violência. Faleiros e Faleiros (2008, p. 37) afirmam que:

A violência psicológica situa-se no conceito geral de violência como uso ilegítimo da autoridade decorrente de uma relação de poder. Assim, no lugar de oferecer a proteção, que é o seu dever, o adulto se relaciona com a criança por meio da agressão verbal ou psicológica e do domínio, substituindo e invertendo o papel que dele se espera. Essa inversão da proteção em opressão configura uma “despaternalização”, ou seja, a negação das funções sociais e pessoais dos papéis de pai e mãe, do poder familiar, muitas vezes ancorada em uma tradição autoritária da disciplina.

Segundo o Ministério da saúde (2009), violência psicológica “É toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento dos indivíduos por agressões verbais ou humilhações constantes” isso inclui atitudes como: chantagem, insultos constantes, manipulação afetiva, ameaças, desvalorização, privação arbitrária da liberdade, entre outros. Na violência psicológica existe uma relação de poder, onde o adulto exerce sua autoridade de forma inadequada. Segundo Faleiros e Faleiros (2008), “a autoridade é utilizada para dar vazão às expressões de um poder que quer impor ao outro seu desejo de mando ou de força desconsiderando as necessidades de desenvolvimento da criança e do adolescente e a sua capacidade de compreensão de limites”.Ferinatti (1993) aponta algumas formas de violência psicológica, são elas: rejeitar, que se refere a não considerar as demandas de atenção e cuidado da criança e do

adolescente; aterrorizar que inclui ameaçar a criança de abandono ou violência física; degradar que se refere à humilhação da criança ou adolescente por parte do adulto; corromper que é quando o adulto induz a criança ou o adolescente à práticas não adequadas; produzir falsas expectativas que refere se a promessa que o próprio adulto sabe que não poderá ser cumprida; e por fim, exigências extremas, que refere se a cobranças que vão além do que a criança ou o adolescente podem realizar.

A violência física contra crianças e adolescentes é outra forma de violência que é muito frequente no ambiente familiar, muitas vezes utilizada na intenção de educar. Em geral, é decorrente da culpabilização da criança/vítima pelo problema, descontrole emocional e dificuldades sociais nas relações familiares (NUNES, 2016). Segundo o Ministério da saúde (2009), é considerada violência física “Quando uma pessoa que está em relação de poder a outra causa ou tenta causar dano não accidental por meio da força física ou algum tipo de arma, podendo provocar ou não lesões externas, internas ou ambas.” Esse tipo de violência se manifesta de diferentes formas, como: socos, chutes, queimaduras, empurrões, tapas, amarrar, arrastar, torturar. Além disso, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física. De acordo com Faleiros e Faleiros (2008), a violência psicológica aparece de forma coexistente com a violência física, evidenciada pelo sofrimento psíquico, pela submissão, pelo terror, pelo medo e pelo espanto.

Outra forma de violência é a negligência, esta é caracterizada pela omissão dos responsáveis em prover as necessidades básicas, físicas e emocionais para o desenvolvimento da criança e do adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Segundo Zambon et al (2012), a negligência é uma violência de difícil definição, pois envolve aspectos sociais, econômicos e culturais de cada família ou grupo social. É considerada negligência a privação de medicamentos, de higiene, de cuidados necessários à saúde, crianças não registradas, chegando, em seu nível mais extremo, ao abandono. De acordo com Faleiros e Faleiros (2008, p. 34):

A negligência é a negação e a falta de compromisso com as responsabilidades familiar, comunitária, social e governamental. É a falta de proteção e de cuidado da criança e do adolescente, a não existência de uma relação amorosa, a falta de reconhecimento e de valorização da criança e adolescente como sujeitos de direitos. É o desrespeito às suas necessidades e à sua etapa particular de desenvolvimento. Crianças e adolescentes negligenciados vivem, pois, situações de abandono, de privação e de exposição a riscos.

Já a violência sexual é definida como o ato no qual uma pessoa em relação de poder e por meio da intimidação psicológica ou força física obriga a outra a

prática sexual contra sua vontade. Esse tipo de violência contra crianças e adolescentes pode ocorrer de diversas formas, tais como: abuso incestuoso, que se refere às atividades de cunho sexual envolvendo a criança ou o adolescente e pessoas da família, como os pais, irmãos ou outro parente próximo; estupro que é a relação sexual sem consentimento utilizando de violência ou grave ameaça; exploração sexual que consiste no uso de crianças e adolescentes com a intenção de se obter lucro ou benefício de qualquer espécie; pornografia infantil que refere-se à, produção, venda, divulgação e publicação, por qualquer meio de comunicação de fotografias ou vídeos com pornografia ou cenas de sexo explícito envolvendo crianças ou adolescentes; voyeurismo que consiste em espionagem da nudez total ou parcial de uma criança por um adulto com o propósito de excitar-se (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). É importante destacar que a violência sexual ocorre por uma série de atividades de cunho sexual e não apenas quando há contato físico. Segundo Santos (2011), são consideradas violência sexual não envolvendo contato físico: exibicionismo que consiste na exposição intencional do corpo nu de um adulto ou de partes dele a uma criança; discussões abertas sobre atos sexuais destinadas a despertar o interesse da criança ou chocá-la; convites explícitos ou implícitos para manter contatos sexualizados; telefonemas obscenos; estímulo à nudez; aliciamento pela internet ou pessoalmente; Fotografia e/ou filmagem de crianças para gratificação pessoal ou para exposição na internet.

4.3 Consequências da violência Infantojuvenil

. A violência na infância gera muitas consequências no desenvolvimento e danos à personalidade da criança, repercutindo também na vida adulta, pois o que acontece na infância programa o cérebro ao longo da vida. As primeiras experiências estruturam a saúde física e mental, atividade, desempenho, habilidades e comportamento na vida adulta. Quanto mais precocemente começam ocorrer as violências, piores são os danos. Durante os primeiros meses de vida, a criança não é capaz de diferenciar seu eu de outras pessoas, se a violência física ou sexual ocorre nesse período, mais difícil será para a criança reconhecer e diferenciar seu próprio eu (DELANEZ, 2012).

Na literatura médica, algumas síndromes foram identificadas decorrentes da violência física. A síndrome do bebê sacudido, por exemplo, é ocasionada por fortes

sacudidas na criança, geralmente antes dos 6 meses de idade. Podendo acarretar em lesões oftalmológicas, atraso no desenvolvimento, lesões cerebrais, e dependendo da força utilizada, pode acarretar a morte da criança (DELANEZ, 2012). Outra síndrome apontada é a síndrome da criança espancada, que pode ocasionar fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais e queimaduras (SOUZA E JORGE, 2006). A violência física pode acarretar algumas consequências psicológicas e comportamentais como agressividade, medo, raiva, dificuldade de se relacionar socialmente, desconfiança, comportamentos destrutivos, e dificuldade de aprendizagem (AZEVEDO E GUERRA, 2001).

Em relação à violência psicológica, Ferinatti (1993) aponta algumas consequências como: gagueira, distúrbios psicossomáticos, roubo, uso de drogas, fuga do lar, dificuldades afetivas, insegurança, sentimento de culpa, stress, sentimento de menos valia, sentimento de desamor, sentimento de incompetência. Faleiros e Faleiros (2008) indicam que apesar de não deixar marcar imediatas no corpo, esse tipo de violência pode ocasionar sérios danos ao psiquismo do indivíduo, afetando seu comportamento e suas emoções. Segundo os autores, a criança vítima de violência psicológica pode apresentar incapacidade de interagir socialmente, tornando se passiva ou agressiva. Os autores acrescentam, ainda, outras consequências da violência psicológica, como: imagem deteriorada de si mesma, baixa autoestima, depressão, ansiedade, comportamentos de desatenção e alucinatórios, e ainda, a vítima pode se tornar negligente consigo e perder a energia característica de uma criança.

Um fato agravante das consequências da violência é quando essa ocorre no ambiente familiar, pois é o local onde a criança e o adolescente, a princípio, deveriam estar seguros. Além disso, os pais são os modelos que a criança irá seguir, portanto se ela cresce em um ambiente onde é violentada ou presencia a violência constantemente, logo aprenderá o mesmo tipo de comportamento. Segundo Delanez (2012), um lar violento tem como consequência a falta de confiança da criança em relação aos outros, pois quem deveria estar a protegendo não o faz, assim como falta de confiança em relação a ela mesma, pois se sente culpada por não conseguir controlar essas situações.

Devido aos poucos recursos disponíveis na criança, ela se torna totalmente dependente de um adulto. Além disso, existem necessidades básicas emocionais que precisam ser supridas para que a criança tenha um desenvolvimento da

personalidade adequado. E a negligência é o contrário disso, pois nela não são supridas as necessidades de afeto, proteção e cuidado da criança. Por isso a negligência é um tipo de violência que gera graves consequências psicológicas, sociais e físicas. Segundo Castro (2009), o dano emocional advindo da negligência gera grandes sequelas, pois o sofrimento psíquico intenso pode acarretar em ansiedade, fobia, delinquência, agressividade, dificuldade na aprendizagem e diversos transtornos, chegando ao risco do suicídio. Ainda segundo a autora, algumas pessoas sob negligência apresentam características peculiares como: crianças com crescimento inadequado para sua idade; comportamento depressivo, infantilizado, apático, submisso, agressivo, destrutivo, delinquente, apreensivo, medo principalmente quando estão com os cuidadores/responsáveis; expressões de grave insegurança emocional, de culpabilização, de dificuldade de auto aceitação ou autoestima, pouco valor de si, coloca outros como prioritários às suas necessidades; Pouco ou nenhum toque dos familiares com a pessoa vulnerável; Verbalização de autoextermínio e atitudes masoquistas.

Qualquer experiência sexual na infância, principalmente ocasionadas por violência, acarretam graves consequências psicossociais na vida do indivíduo, pois nessa fase, a criança não está madura psicologicamente, neurologicamente e fisicamente para tal experiência. A violência sexual pode ocorrer por meio da força física ou por meio da sedução, na qual o adulto faz a criança ou adolescente acreditar que é algo adequado de ser praticado.

As consequências da violência sexual são graves, porém o seu impacto é mediado por três conjuntos de fatores: fatores individuais, que incluem o temperamento, experiências estressoras prévias, idade da vítima, auto atribuição de culpa e resiliência; fatores relacionados à rede de apoio, que se referem à reação de pessoas significativas, credibilidade e proteção oferecida pelos cuidadores, atendimento pelos profissionais que compõem a rede de proteção; tempo de exposição à violência (frequência e duração), proximidade afetiva entre vítima e agressor, uso de ameaças e violência física associadas, e gravidade da violência sexual (DAIGNAULT e HÉBERT, 2009).

Habigzang e Koller (2011), apontam algumas alterações físicas, comportamentais, emocionais e cognitivas advindas da violência sexual contra crianças e adolescentes. Segue na tabela abaixo:

Tabela 1 – Alterações apresentadas por crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual

Alterações cognitivas	Alterações comportamentais	Alterações emocionais	Alterações físicas
Percepção de Falta de valor	Isolamento	Vergonha	Hematomas e sangramentos
Percepção de culpa	Agressões físicas e verbais	Medo	Traumas físicos nas regiões oral, genital e retal
Diferença em relação aos pares	Furtos	Ansiedade	Traumas físicos nos seios, nas nádegas, nas coxas e no baixo ventre
Baixa concentração e atenção	Fugas de casa	Irritabilidade	Coceira, inflamação e infecção nas áreas oral, genital e retal
Transtorno de memória	Comportamento hipersexualizado	Raiva	Odores estranhos na área vaginal
Desconfiança	Abandono de hábitos lúdicos	Tristeza	Doenças sexualmente transmissíveis
Dissociação	Mudanças em padrões de alimentação e sono	Culpa	Gravidez
Baixo rendimento escolar	Comportamentos regressivos, como chupar dedo, fazer xixi na cama		Dores e doenças psicossomáticas
Distorções cognitivas, como inferências arbitrárias, “tudo ou nada”, Rotulação inadequada	Comportamentos autodestrutivos, como machucar a si mesma, tentativas de suicídio		Desconforto em relação ao corpo

Fonte: Habigzang&Koller, 2011.

As experiências negativas na infância com adultos significativos podem causar alterações nos circuitos do cérebro ligado à emotividade, pois uma das áreas mais afetadas em traumas é o sistema límbico. As crianças que sofrem violência podem ter seu desenvolvimento cerebral comprometido, pois a partir de um trauma,

o cérebro permite ser modificado a fim de adaptar-se a ele. Outras áreas cerebrais podem ser afetadas, como: ínsula, amígdala e córtex pré-frontal (SILVA, 2014).

Outras consequências são alguns transtornos mentais que são desenvolvidos à partir da exposição à violência, os principais são: depressão, transtornos de ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos disruptivos, transtornos por uso de substâncias, transtornos alimentares, transtorno obsessivo – compulsivo, transtornos de personalidade, enurese e encoprese (HABIGZANG e KOLLER, 2011).

É importante ressaltar que o impacto da violência no desenvolvimento de sintomas na vida das crianças irá depender da duração do abuso, do vínculo com o agressor, das condições de se restabelecer socialmente e superar da própria vítima, e do acompanhamento e apoio que esta criança terá (ALLENDER, 1999)

4.4 Sobre o stress

O stress é um mecanismo biológico primitivo no qual o indivíduo libera uma série de reações químicas e fisiológicas que o prepara para a luta ou fuga, garantindo sua sobrevivência. Esse mecanismo foi evoluindo e se auto aperfeiçoando ao longo do tempo.

No século XVII o termo stress aparecia relacionado à aflição ou adversidade, já no século XVIII esse termo passou a se referir a esforço, força e tensão. O stress tem sido bastante debatido na atualidade, porém vem sendo investigado há muitas décadas.

Um dos pioneiros a estudar sobre o stress foi Hans Selye em 1936, estabelecendo o termo stress em 1956. Em seus estudos, Selye identificou um conjunto de reações inespecíficas do organismo em resposta a um estímulo aversivo, tais reações foram denominadas Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome do Stress. Segundo o autor, essa Síndrome possui três fases, sendo elas: alerta, de adaptação ou resistência e de exaustão.

Na primeira fase, reação de alerta, o indivíduo entra em contato com o agente estressor, seu corpo perde o equilíbrio e se prepara para a ação. Nessa fase o indivíduo pode ter sintomas fisiológicos como: aumento da frequência cardíaca, dilatação da pupila, sudorese, tensão muscular e irritabilidade. Permanecendo o agente estressor, ocorre então a segunda fase - adaptação ou resistência. Nesta

fase, o organismo adapta seu metabolismo e suas reações para suportar o stress por um período de tempo. Alguns dos sintomas que caracterizam essa fase são: falta ou excesso de apetite, ansiedade, impotência sexual e isolamento social. A resistência do organismo não é ilimitada e quando o estressor permanece por muito tempo, o organismo entra na terceira fase – exaustão. Essa fase é grave, a qual pode culminar em doenças crônicas e até mesmo levar a morte (LIPP, 2003).

Mais recentemente, em seus estudos baseados no modelo trifásico de Selye, Lipp (2003) identificou uma quarta fase, denominada quase exaustão. Essa fase encontra-se entre a fase de resistência e a de exaustão. Essa fase se caracteriza pelo enfraquecimento do indivíduo, onde ele não consegue mais se adaptar ou resistir ao estressor, e assim, as doenças começam a surgir, ainda que de forma menos grave do que na fase de exaustão (LIPP, 2003).

Diferentes linhas teóricas têm sido desenvolvidas sobre fenômeno do stress. No modelo teórico transacional, Lazarus e Folkman (1984, p. 284) definem o stress como: “relação particular entre a pessoa e o ambiente e que é avaliada pela pessoa como algo ameaçador e que excede seus recursos pessoais”. Nessa teoria destacam-se dois aspectos: a avaliação cognitiva e o enfrentamento, que são a intercessão entre o ambiente e o organismo, tornando essa transação um processo multidimensional e dinâmico. As situações podem ser percebidas como limites, demandas ou oportunidades. Interpretar uma situação como estressante vai depender de diferentes características pessoais como: necessidades físicas, segurança, exigência de reconhecimento e aceitação, história de vida, crenças, entre outras características subjetivas. (SEIDL, TRÓCCOLI e ZANNON, 2001; STRAATMANN, 2010).

Este modelo enfatiza a forma como o indivíduo elabora cognitivamente a percepção de uma situação de stress, analisa a sua capacidade de enfrentar e organiza as estratégias para o enfrentamento (GRAZIANI e SWENDSEN, 2007). Lazarus e Folkman (1984) propõem um modelo de avaliação cognitiva do stress dividido em três etapas. A primeira etapa é a avaliação primária, nessa etapa o sujeito analisa a situação com que tem que lidar, e a avalia como estressora ou não estressora. Avaliando essas demandas estressoras em três categorias: ameaça, perda e desafio. A ameaça é a avaliação que o sujeito faz dos prejuízos que a situação pode ocasionar; a perda se refere à avaliação da situação resultando em um dano efetivo ou de um prejuízo que já ocorreu; o desafio refere-se à avaliação de

oportunidades ou ameaças que a situação pode ocasionar. Na segunda etapa, que é a avaliação secundária, o indivíduo analisa as estratégias de enfrentamento que possui para lidar com a situação estressora, avaliando seus recursos cognitivos e comportamentais disponíveis. A partir das respostas das questões anteriores, o indivíduo reavalia as estratégias utilizadas para a administração da situação estressora em positivas ou negativas para o seu bem estar, concluindo assim a terceira etapa. “O processo de reavaliação é dotado de particular importância, pois depende deste a conclusão do sujeito sobre o fato de estar ou não em stress” (SAPATA, 2012). Segundo Vaz Serra, 2007 apud Sapata 2012, p. 17:

Para o entendimento do processo de stress é importante esclarecer que não há stress sem que existam desencadeadores aos quais o indivíduo é sensível, as ocorrências são filtradas pelo indivíduo, pois existe um processo de avaliação cognitiva, no qual o sujeito considera se a situação é importante para si e se dispõe de recursos pessoais ou sociais para ultrapassar as exigências criadas pela mesma, caso não disponha, 'entra em stress'. A intensidade do stress é atenuada em função do apoio social prestado ao indivíduo, o stress evoca diversas respostas no sujeito: de natureza biológica, cognitiva, emocional e comportamental. Geralmente as emoções experimentadas são negativas, na grande maioria dos casos inibem a pessoa, mas pode também acontecer pelo contrário, um incentivo à ação. As estratégias utilizadas para lidar com o stress são designadas de coping, podem ser adequadas ou inadequadas para lidar com o stress e podem ser orientadas de diversas formas.

De acordo com Vaz Serra (2011), as situações estressoras podem ser externas ou internas e de natureza psicológica, física e social. Além disso, o autor enuncia sete grandes classes de circunstâncias indutoras de stress: acontecimentos traumáticos; acontecimentos significativos da vida; situações crônica indutoras de stress; micro indutores de stress; macro indutores de stress; acontecimentos desejados que não ocorrem e traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento.

Segundo Vaz Serra (2011), Os acontecimentos traumáticos são eventos nos quais as exigências criadas transcendem os recursos individuais disponíveis, e ameaçam sua vida ou segurança. Também estão inclusas nessa categoria situações que tem um grande impacto emocional como: testemunhar um homicídio, espancamento, sequestro, abuso sexual, entre outros. Os acontecimentos significativos da vida correspondem acontecimentos repentinos que tem impacto relevantes na vida do indivíduo, mesmo que de forma menos grave que o anterior. E esses acontecimentos podem levar a mudança de estilo de vida. As situações crônicas indutoras de stress segundo Wheaton (1994) citado por Vaz Serra (2011, p. 48) “dizem respeito a problemas e assuntos perturbadores que são tão regulares no desempenho dos papéis e das atividades diárias de um indivíduo que se comportam

como se fossem contínuos”. Os micro indutores de stress consistem em situações diárias que incomodam ou irritam o indivíduo nas suas relações interpessoais, induzindo o stress de forma acumulativa, como o transito na ida para o trabalho ou um vizinho incomodativo. Já os macro indutor de stress atingem o sistema econômico e social onde o indivíduo está inserido, como a crise econômica e impostos elevados. Os acontecimentos desejados que não ocorrem referem-se a um desejo que não se realiza ou sonhos não são concretizados. Os traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento, de acordo com Wheaton (1994) citado por Vaz Serra (2011) consistem em acontecimentos traumáticos ocorridos na infância, que podem ter graves consequências na vida adulta do sujeito uma vez que sucedem quando este ainda está em fase formativa, e assim com fracas defesas psicológicas, o tornando vulnerável. Nessa categoria estão inclusas as crianças vítimas de violência. Vaz Serra (2011) ressalta que o mais importante nas circunstancias indutoras de stress não é a situação propriamente dita, mas sim a maneira como o indivíduo a avalia.

Segundo Lipp e Maraglis (2001), o stress excessivo pode trazer diversas consequências para a vida do indivíduo. Fisicamente, o stress afeta o sistema imunológico, deixando a pessoa mais propensa a desenvolver doenças contagiosas e infecções, além disso as doenças que estavam latentes podem aflorar, como, por exemplo, alergias e úlceras. As consequências psicológicas citadas pelas autoras referem se ao cansaço mental, apatia, dificuldade de concentração, perda de memória, produtividade e criatividade prejudicadas, libido reduzida, podendo também surgir crises de ansiedade e humor depressivo. Ainda segundo as autoras, o stress também pode ter consequências sociais, pois a sociedade atual vive em constante mudança e uma pessoa estressada possui dificuldades para lidar com mudanças, uma vez que sua habilidade de adaptação está direcionada ao controle do stress.

4.4.1 Stress na infância

O stress pode afetar tanto adultos como crianças e adolescentes, segundo Lipp (2003) “é uma reação do organismo diante de situações ou muito difíceis ou muito excitantes, que pode ocorrer em qualquer pessoa, independentemente de idade, raça, sexo e situação socioeconômica”. Contudo, o stress em crianças e

adolescentes foi reconhecido mais recentemente. Inicialmente os estudos relacionados ao stress em crianças e adolescentes eram baseados em hipóteses e medidas provenientes da percepção dos adultos sobre o que é indutor de stress (COMPAS, DAVIS, FORSYTHE e WAGNER, 1987).

No entanto, foi verificada a necessidade de remodelar a teoria do stress para que se ajustasse ao contexto infantil, uma vez que desenvolvimento e funcionamento cognitivo das crianças são diferentes do funcionamento dos adultos, além disso, os fatores de stress presentes nas crianças não são os mesmos que os observados em adultos, e existe também uma grande quantidade de fatores de stress presente nas crianças que estão fora de seu controle, tornando mais difícil a modificação por elas próprias (RYAN-WENGER, 1992).

Segundo Lipp (2005, p. 15):

Quando a criança é exposta a um evento estressante, seja ele bom ou ruim, ela entra em estado de alerta, havendo, assim, uma ativação do sistema nervoso simpático e da glândula pituitária, através do hipotálamo. Ao mesmo tempo, ocorre a ativação das glândulas suprarrenais que liberam adrenalina, preparando a criança para a reação de "luta e fuga" e provocam a inibição das atividades vegetativas, o que pode ocasionar mudanças nos hábitos alimentares (perda de apetite) e alteração no sono (pesadelos, insônia).

O stress pode se manifestar em meninos e meninas através de sintomas físicos e psicológicos, segundo Lipp e Romano (1987), são eles: dor de cabeça, diarreia, dor de barriga, náusea, enurese noturna, hiperatividade, distúrbios do apetite, gagueira, tensão muscular, ranger de dentes, dificuldade para respirar, distúrbio do sono, terror noturno, pesadelos, medo excessivo, choro excessivo, agressividade, desobediência, insegurança, dificuldade de relacionamentos, ansiedade, desânimo, tristeza e depressão. É importante que esses sintomas se apresentem em conjunto e com determinada frequência para o diagnóstico de stress infantil.

Segundo Lipp e Malaglis (2001), o diagnóstico de stress infantil é complicado, pois alguns sintomas podem ser confundidos com outras patologias, pois é composto por vários sintomas físicos e psicológicos, e, além disso, as crianças possuem dificuldade para descrever o motivo do stress.

Assim como em adultos, nas crianças as fontes de stress podem ser internas ou externas. As fontes internas compreendem as características da personalidade do indivíduo, como crenças e o modo de ver o mundo. As fontes externas são eventos que ocorrem que afetam o indivíduo como morte na família e separação dos

pais. As causas mais frequentes de stress infantil são: disfunção familiar, separação ou abandono dos pais, mudança da casa, cidade ou escola, a chegada de um novo irmão, dificuldades de adaptação social, morte de algum parente, a competitividade e a exigência nas escolas (LIPP, 2003). Outros fatores que contribuem para o aumento do estresse infantil são: a permissividade sexual, a maturidade e a independência precoce, bem como a vontade dos pais de que os filhos participem de um número maior de atividades diárias (LIPP, 1991, p.16).

Quando as pequenas preocupações do dia a dia se juntam às situações graves, as crianças podem se sentir extremamente estressadas. Porém, a interpretação de uma situação como estressora vai depender do estágio de desenvolvimento da criança, dado que o nível de desenvolvimento vai influenciar a maneira como ela percebe e sente o que acontece ao seu redor. É importante destacar que a medida que a criança se desenvolve, ela muda o seu modo de lidar com o stress e adiciona ao seu repertório novas estratégias de resposta (LIPP, 2004). Segundo Lipp et al (2002, p. 53):

A maneira pela qual a criança lida com seu estresse vai determinar sua resistência às tensões a vida adulta. Quando a criança consegue lidar bem com seu meio ambiente, quando este não lhe impõe a necessidade de exibir uma resistência acima de sua capacidade – ainda limitada –, quando a ansiedade gerada pela vida não está além de sua capacidade de lidar com ela e a criança consegue se adaptar às tensões, ela cresce para ser um adulto mais competente no manejo do estresse. Quando, no entanto, as circunstâncias da vida são exageradamente estressantes e não permitem uma adaptação saudável, reações ao estresse inadequadas são aprendidas, na idade adulta, a pessoa terá a tendência de emitir estas respostas inapropriadas nas horas de tensão.

Na infância o stress acarreta algumas consequências psicológicas que afetam também a vida cotidiana da criança. Segundo Lipp (2003), sinais típicos de stress como a dificuldade de concentração e de atenção, acabam dando origem a problemas escolares, como também os cadernos e materiais escolares em geral se tornam muito desorganizados dificultando mais ainda o estudo, pois o stress afeta também a habilidade de organização. Além disso, segundo a autora, existe uma tendência da criança estressada ficar agressiva, desobediente, apática, desinteressada, irritada, apresentar medos exagerados, depressão e ansiedade. Lipp (2003), aponta também alguns sintomas físicos decorrentes do stress infantil, são eles: vulnerabilidade à infecções e doenças contagiosas, úlceras, asma, diabetes, problemas dermatológicos, alergias, bronquite, obesidade, como também gagueira e tiques nervosos durante períodos difíceis para a criança.

Levando em consideração os efeitos negativos do stress tanto na infância como sua repercussão na vida adulta, destaca-se a importância das estratégias de coping para lidar com o stress de maneira adequada.

4.5 Conceito de coping

O termo coping foi adaptado no Brasil como “enfrentamento” e refere-se às estratégias utilizadas para lidar com um fator estressor. Lazarus e Folkman (1984) definem estratégias de coping como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais constantes com a finalidade de gerir as demandas, que podem ser internas ou externas, avaliadas pelo indivíduo como ultrapassando seus recursos pessoais. O coping é focado no processo, com ênfase nos esforços realizados pelo indivíduo, distinguindo-se de comportamentos automáticos adaptativos. Sua função é a adaptação ao evento estressor e não o controle do mesmo (LAZARUS e FOLKMAN, 1984; BORGES e BARLETTA, 2015).

Baseado no modelo teórico transacional, o coping é explicado baseado na interação do indivíduo com o ambiente, destacando a importância da avaliação cognitiva, ou seja, como o evento estressor é interpretado pelo indivíduo. Além disso, os recursos disponíveis também influenciam na avaliação do evento estressor e na escolha das estratégias de coping. Esses recursos são classificados como recursos pessoais de coping e recursos socioecológicos de coping. Os recursos pessoais abrangem as características físicas e psicológicas individuais, como experiências prévias, desenvolvimento cognitivo e saúde física. Os recursos socioecológicos referem-se aos recursos disponíveis no contexto social do indivíduo, como rede de apoio, relacionamento conjugal e familiar e recursos financeiros (BERESFORD, 1994; ANTONIAZZI et al., 1988).

Segundo Folkman e Lazarus (1985), o coping pode ser dividido em duas categorias, de acordo com sua função, são elas: coping focado na emoção e coping focado no problema. O coping focado na emoção constitui-se em um esforço de regulação emocional associada ao stress, com o objetivo de reduzir ou eliminar a sensação desagradável do stress, como por exemplo, chorar, fazer exercício físico, fumar cigarro. Esse tipo de estratégia é mais utilizado em situações consideradas graves, quando a pessoa não possui recursos para resolver o problema. Em contrapartida, o coping focado no problema é definido como um esforço feito pelo

indivíduo para modificar a fonte do stress, esse tipo de estratégia tem por objetivo a modificação do problema na relação do indivíduo com o meio e evita que se estenda um estado desagradável que pode causar danos à saúde do indivíduo. Os autores ressaltam que o tipo de estratégia a ser utilizada irá depender da avaliação que o indivíduo faz do evento estressor.

O indivíduo usará diferentes estratégias de coping conforme a situação estressora em que está inserido. Lazarus e Folkman (1984), propõe 8 fatores estratégias de coping: confronto, que diz respeito a esforços agressivos de alteração da situação, incluindo determinado grau de hostilidade e risco; afastamento que consiste em esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação; autocontrole que se refere à esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações; suporte social que constitui uma procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional; aceitação de responsabilidade que é o reconhecimento do próprio papel na situação e tentativa de reorganizar o problema; fuga e esquiva que são esforços para escapar ou evitar o problema; resolução de problemas que refere se aos esforços focados para a alteração do problema; reavaliação positiva que consiste na criação de significados positivos, podendo apresentar uma dimensão religiosa.

O coping é uma variável intermediária entre um acontecimento e os resultados ou consequências a termo desses acontecimentos. Se este processo funcionar de modo ideal, os seus resultados a longo prazo serão positivos ou, dito de outra maneira, o processo de coping teve efeitos adaptativos (PAIS RIBEIRO E RODRIGUES, 2004).

4.6 Estratégias de enfrentamento infantil

A maior parte dos estudos sobre estratégias de coping infantil tem utilizado a teoria de stress de Lazarus e Folkman (1984), que fazem uma correlação de stress e estratégias de coping, considerando a avaliação cognitiva.

Compas (1987) apontou a necessidade de mudança para aplicar as noções de stress e coping em relação às crianças e adolescentes. As estratégias de coping na infância e na adolescência precisam ser entendidas considerando as características do contexto social em que ocorrem, assim como as características do próprio indivíduo em desenvolvimento (DELL'AGLIO, 2003). Segundo Lisboa (2001)

as crianças possuem menos recursos para lidar com os eventos estressores do que os adultos, principalmente quando estão relacionados aos seus pais, professores, família ou condição econômica. Além disso, é necessário levar em conta a dependência da criança por um adulto para compreender de forma adequada os recursos de coping na infância (COMPAS, 1987).

Pesquisas indicam que as crianças tendem a usar principalmente as estratégias de aceitação e inação quando enfrentam problemas com adultos e esse comportamento pode estar relacionado à hierarquia e autoritarismo na relação adulto-criança em casos de baixo nível sócio econômico. Em contra partida, quando o conflito é entre crianças da mesma idade, a principal estratégia de coping utilizada é a busca de apoio de outras pessoas (DELL'AGLIO, 2000; LISBOA, 2001). O que confirma que a relação de poder entre adulto e criança pode influenciar nas estratégias de coping infantil.

Em seus estudos sobre coping infantil, Ryan-Wenger (1992), identificou cerca de 145 estratégias de coping que foram agrupadas conforme características fundamentais comuns, reduzindo para 15 categorias de coping, são elas: atividades agressivas, comportamento de evitação, comportamento de distração, evitação cognitiva, distração cognitiva, solução cognitiva de problemas, reestruturação cognitiva, expressão emocional, resistência, busca de informação, atividades de isolamento, atividades de autocontrole, busca de suporte social, busca de suporte espiritual, e modificação do estressor.

O contexto que a criança está inserida tem grande influência na forma como a mesma lida com as situações estressoras. Segundo Lisboa (2001), as crianças vítimas de violência doméstica são mais agressivas do que as não vítimas de violência, e utilizam com maior frequência a agressão como estratégia de coping, pois convivem com o exemplo de seus pais e não aprendem outra forma para lidar com um evento estressor. As meninas tendem a utilizar mais a agressão verbal e os meninos a agressão física. Além disso, segundo a autora, as crianças mais agressivas possuem problemas no relacionamento com os pais, colegas e professores, o que as dificulta de utilizar a busca de apoio de outras pessoas como estratégia de coping. Ainda segundo a autora, a agressão pode servir como uma estratégia eficaz por determinado tempo, porém a longo prazo pode trazer consequências graves, que podem variar de rejeição na escola até comportamento delinquente e criminal na adolescência.

Em relação à faixa etária, Dell'Aglia e Hutz (2002), verificaram em sua pesquisa que crianças entre sete e dez anos tendem a utilizar a busca de apoio e a inação como estratégias de coping, e os adolescentes, na faixa etária de onze e quinze anos, tendem a utilizar a ação direta como estratégia de coping, na tentativa de eliminar o estressor ou modificar as características do estressor, como também utilizam a agressão. Segundo esses autores, esses dados possibilitam a verificação de uma evolução nas estratégias de coping, que passam de estratégias dependentes e passivas, em crianças mais novas, para estratégias mais ativas e independentes procurando a resolução do problema conforme o avançar da idade. Esses resultados corroboram com a literatura que indica que a estratégia de coping utilizada vai variar de acordo com o desenvolvimento do indivíduo (LAZARUS E DELONGIS, 1983).

Segundo Antoniazzi et. Al. (1998), o desenvolvimento cognitivo, social e emocional são mediadores da escolha de estratégia de coping a ser utilizada, além disso, a criança e o adolescente podem ser influenciados pela cultura que estão inseridos, pelo suporte familiar e social, pela rede de cuidado de saúde, assim como por experiências passadas traumáticas.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de Pesquisa

O referido estudo trata de uma pesquisa quantitativa com objetivo de compreender o fenômeno do stress e coping na violência infantojuvenil através da coleta de dados numéricos, realizando uma análise descritiva que possibilita descrever as características da população estudada. Trata-se também de um estudo exploratório, que utilizará levantamento de dados por meio de questionários, a fim de proporcionar maior familiaridade com o objeto de estudo de modo que pesquisas subsequentes possam ser concebidas com uma maior compreensão e precisão.

5.2 Local da pesquisa e Participantes

O estudo foi realizado com 9 crianças e adolescentes com a faixa etária entre 5 e 15 anos de idade de ambos os sexos. Também utilizará seus respectivos cuidadores (pais biológicos ou pais adotivos), residentes da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro. Todos os participantes foram vítimas de algum tipo de violência física, psicológica, sexual e/ou negligência. Sendo 43% vítimas de abuso sexual, 16% vítimas de negligência, 27% vítimas de violência física e 27% vítimas de violência conjunta, ou seja, mais de um tipo de violência acontecendo concomitantemente. Em 85% dos casos o agressor era familiar ou algum parente próximo. Os casos foram encaminhados pela Vara da Infância, Juventude e Idoso da Comarca de Nova Iguaçu, por Casas de Acolhimento ou através de demandas espontâneas da comunidade para o programa de atendimento psicológico realizado pelo Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA), na Associação Vida Plena de Mesquita.

A Associação Vida Plena de Mesquita é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, situada em Mesquita, Rio de Janeiro, foi originada e é mantida pela Comunidade Evangélica de Mesquita. Além do LEVICA, a Associação desenvolve projetos direcionados à crianças e adolescentes e outros para a comunidade, dentre eles: esporte para terceira idade; cursos de profissionalização em elétrica e mecânica de autos; curso de inglês e espanhol; curso preparatório

para ENEM e concursos em geral, reforço escolar e um projeto de interação com as crianças aos sábados visando o desenvolvimento de habilidades sociais.

5.3 Instrumentos

Foram utilizados para a coleta de dados os seguintes instrumentos:

- Escala de Stress Infantil (ESI)

A Escala de Stress Infantil de Lipp e Lucarelli (1998) tem por objetivo avaliar a presença de stress e a dimensão em que ele se apresenta, física ou psicológica, em crianças de 6 aos 14 anos de idade. Esse instrumento é composto por 35 itens em escala Likert de 0 a 4 pontos, que serão marcados dentro de um círculo dividido em quatro partes (0 - nunca acontece, 1 - acontece um pouco, 2 - acontece às vezes, 3 - acontece quase sempre, 4 - ocorrem sempre). Os itens são divididos em 4 fatores: Reações Físicas (RF), Reações Psicológicas (RP), Reações Psicológicas com Componente Depressivo (RPCD) e Reações Psicofisiológicas (RPF).

- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

Esse instrumento é composto por 37 itens de natureza somática e 19 psicológicas e tem por objetivo identificar quadros característicos do stress, possibilitando diagnosticar o stress e a fase em que a pessoa se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão). Sua aplicação pode ser de forma individual ou em grupo, sendo indicado para a faixa etária de 15 aos 75 anos. O ISSL apresenta quatro quadros, o primeiro é referente aos sintomas físicos e psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas, o segundo quadro está relacionado aos sintomas experimentados na última semana, e o terceiro quadro refere-se a sintomas físicos e psicológicos experimentados no último mês.

- Inventário de Estratégias de Coping

O inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus(1984) foi adaptado para o português por Savóia e colaboradores. Ele consiste em um questionário que contém 66 itens que englobam pensamentos e ações que as

peessoas utilizam para lidar com as demandas internas ou externas de um evento estressante específico (SAVÓIA, SANTANA e MEJIAS, 1996). O inventário é uma escala Likert onde os participantes deverão responder as questões marcando de 0 à 3 (0 – não usei essa estratégia, 1 – usei um pouco, 2 – usei bastante, 3 – usei em grande quantidade). Os itens que compõe esse inventário encontram-se divididos em 8 fatores que são: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquivas, resolução de problemas e reavaliação positiva.

5.4 Procedimentos

Na primeira fase, o projeto foi enviado para o Comitê de ética da UFRRJ.

Após a aprovação, a segunda fase foi solicitar através da Carta de Anuência a autorização para a realização da pesquisa na Associação Vida Plena (Apêndice A) a possibilidade de desenvolvimento da pesquisa

Na terceira fase, foi feito um contato com os cuidadores das crianças e adolescentes usuários do programa LEVICA, onde os procedimentos e objetivos da pesquisa foram esclarecidos e os responsáveis assinaram os termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e os adolescentes assinaram o Termo de Assentimento (Apêndice C).

A quarta fase consistiu na aplicação do Inventário de Stress Infantil e do Inventário de Estratégias de Coping que foi aplicado durante as sessões com as crianças e adolescentes. Já a aplicação do Inventário de Estratégias de Coping e Inventário de Sintomas de Stress para Adultos foi realizado conforme a disponibilidade dos cuidadores no local e horário de atendimento das crianças.

A quinta fase teve como objetivo a análise dos dados da pesquisa.

A sexta fase visa a defesa do TCC.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já mencionado, o objetivo principal do presente estudo foi investigar o nível de stress e as estratégias de enfrentamento(coping) em crianças e adolescentes vítimas de violência assistidos pelo programa de intervenção psicológica LEVICA /UFRRJ, assim como em seus respectivos responsáveis. Os questionários foram aplicados em 9 pacientes e em 13 responsáveis.

Os resultados obtidos estão apresentados separadamente de acordo com as variáveis consideradas. No item estratégias de coping, os resultados analisados foram apresentados a partir da frequência de utilização da estratégia. No item estresse, os escores foram apresentados a partir dos fatores presença de stress, fases do stress e sintomas predominantes.

6.1 Estratégias de coping

6.1.1 Pacientes

Na tabela 1, o fator 1 corresponde a estratégia confronto, fator 2 a estratégia afastamento, fator 3 a estratégia autocontrole, fator 4 a estratégia suporte social, fator 5 a estratégia aceitação de responsabilidade, fator 6 a estratégia fuga e esquiva, fator 7 a estratégia resolução de problemas, fator 8 a estratégia reavaliação positiva.

Nos resultados sobre a utilização das estratégias de coping, foi possível verificar que as estratégias reavaliação positiva e aceitação de responsabilidade se apresentaram como as estratégias utilizadas com maior frequência por eles, o que indica que os mesmos reconhecem o próprio papel na situação estressora e tentativa de reorganizar o problema, resignificando de forma positiva. Esse resultado, corrobora com os estudos sobre o acompanhamento psicológico com vítimas de violência, onde a Terapia Cognitiva Comportamental tem se mostrado de grande eficácia, em âmbito nacional e internacional (COHEN et al, 2004; HETZEL-RIGGIN et al, 2007; LUCÂNIA et al, 2008; HOHENDORFF et al, 2014), pois a mesma visa produzir mudanças cognitivas, reestruturação de crenças e pensamentos, mudanças emocionais e comportamentais duradouras o que pode

influenciar de forma positiva o processo de coping, que funcionando de modo ideal, os resultados a longo prazo serão positivos (PAIS RIBEIRO E RODRIGUES, 2004).

Foi observado também que as estratégias afastamento, autocontrole e suporte social foram utilizadas moderadamente pela maioria das crianças e adolescentes.

De acordo com os resultados as estratégias de confronto, fuga e esquiva e resolução de problemas foram utilizadas com menor frequência entre as crianças e adolescentes vítimas de violência, ou seja, a maioria não fez uso dessas estratégias ou utilizou pouco. Esses dados corroboram com a literatura que aponta que as crianças tendem a usar principalmente as estratégias de aceitação e inação quando enfrentam problemas com adultos e esse comportamento pode estar relacionado à hierarquia e autoritarismo na relação adulto-criança (DELL'AGLIO, 2000; LISBOA, 2001) fato que ocorre em situações de violência, onde a relação adulto e criança é estabelecida de forma disfuncional e o adulto exerce poder sobre a criança, utilizando a força e coerção.

Tabela 1 – Média de utilização das estratégias de coping

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8
Média	6,08	7,33	7,50	8,75	9,42	3,58	4,50	13,33
Mediana	5,00	8,00	7,50	9,00	9,00	3,50	3,50	14,00
Moda	9	3 ^a	6	0 ^a	5 ^a	3	2 ^a	21

6.1.2. Responsáveis

Na tabela 2, o fator 1 corresponde a estratégia confronto, fator 2 a estratégia afastamento, fator 3 a estratégia autocontrole, fator 4 a estratégia suporte social, fator 5 a estratégia aceitação de responsabilidade, fator 6 a estratégia fuga e esquiva, fator 7 a estratégia resolução de problemas, fator 8 a estratégia reavaliação positiva.

No que diz respeito a utilização das estratégias de coping dos responsáveis, foi possível observar que as estratégias suporte social e reavaliação positiva foram

as mais utilizadas pelos responsáveis. Já as estratégias confronto, fuga e esQUIVA foram pouco utilizadas pelos mesmos. O que indica que os responsáveis não tentaram escapar ou evitar o problema, assim como não fizeram uso de esforços agressivos ou hostilidade, mas buscaram suporte informativo e emocional disponíveis na rede e conseguiram ressignificar a situação estressora de forma positiva.

A estratégia suporte social refere-se a uma estratégia com foco no problema, que segundo Fayram e Christensen (1995), é uma estratégia adaptativa, pois buscam remover ou abrandar a fonte estressora.

Já a reavaliação positiva está mais relacionada com a expressão das emoções, ou seja, é uma estratégia com foco na emoção, que ainda segundo os autores, esse tipo de estratégia atua na tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do stress no indivíduo. Desta forma, considera-se que os responsáveis passaram por um processo de coping adaptativo, como apontam Pais Ribeiro e Rodrigues(2004), se o processo de coping funcionar de modo ideal resultará em efeitos adaptativos, o que pode justificar o baixo nível de stress apresentado pelos mesmos.

Tabela 2 – Média de utilização das estratégias de coping

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8
Média	3,00	7,08	6,23	10,77	7,54	2,15	5,54	12,85
Mediana	3,00	6,00	6,00	11,00	8,00	2,00	5,00	13,00
Moda	5	5 ^a	3	11	9	2	9	8 ^a

6.2 Stress

6.2.1 Pacientes

Os resultados relacionados a presença de stress, fases do stress e sintomas predominantes estão apresentados através de percentuais (%).

A tabela 3 mostra que os resultados obtidos através do instrumento ESI – Escala de Stress Infantil indicam que 66,7% das pacientes vítimas de violência assistidos pelo programa apresentam Stress, sendo predominantemente na fase de alerta, e com sintomas físicos. Este resultado é compatível com a literatura que mostra que a violência pode ser considerada como um estressor generalizado e a exposição a mesma, na infância, pode acarretar alterações psicológicas ao indivíduo (AZEVEDO E GUERRA, 2001; FALEIROS E FALEIROS, 2008; HABIGZANG E KOLLER2011; WILLIAMS, L. C. A. 2002). Em contrapartida, pode se observar que apesar de a maioria das crianças e adolescentes da presente pesquisa apresentarem stress, o mesmo aparece em nível adaptativo. Segundo Lipp (200), a fase de alerta é considerada a fase inicial do stress, onde o estressor é identificado e o corpo se prepara para a ação. Ainda segundo a autora, os sintomas presentes nesta fase se referem ao preparo do corpo e da mente para a preservação da própria vida. Os sintomas físicos que foram apontados no presente estudo e que as crianças e adolescentes podem estar apresentando nessa fase são: taquicardia, sudorese, alteração na pressão arterial, irritabilidade, fadiga e sensação de esgotamento.

Tabela 3: Pacientes - escores relacionados a presença de stress, fases do estresse e sintomas predominantes

	Frequência	Percentil	Validade Percentil	Percentil Cumulativo
Não	3	33,3	33,3	33,3
Sim	6	66,7	66,7	100,0
Total	9	100,0	100,0	
Fases do stress				
	Frequência	Percentil	Validade Percentil	Percentil Cumulativo
Sem stress	3	33,3	33,3	33,3
Alerta	3	33,3	33,3	66,7

:

Resistencia	1	11,1	11,1	77,8
Quase exaustão	2	22,2	22,2	100,0
Exaustão	0	0	0	0
Total	9	100,0	100,0	

Sintomas predominantes				
	Frequência	Percentil	Validade Percentil	Percentil Cumulativo
Sem stress	3	33,3	33,3	33,3
Reações físicas	3	33,3	33,3	66,7
Reações psicológicas	0	0	0	0
Reações psicológicas com componente depressivo	2	22,2	22,2	88,9
Reações psicofisiológicas	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

6.2.2 Responsáveis

Os resultados relacionados a presença de stress, fases do stress e sintomas predominantes estão apresentados através de percentuais (%).

Em relação aos responsáveis, os resultados obtidos, vide tabela 4, através do instrumento ISSL – Inventário de sintoma de stress para adultos de Lipp evidenciam que 23,1% apresentam stress, sem diferença significativa entre as fases do stress. Dentre os que apresentaram algum nível de stress, 15,4% apresentam sintomas psicológicos, que segundo Lipp (2000), entre a fase de alerta e quase exaustão, nas quais os indivíduos da presente pesquisa se encontram, podem variar entre cansaço emocional, dificuldade de concentração, ansiedade e perda de memória imediata.

Além disso, foi verificado que maioria (76,9%) dos responsáveis não apresentam sintomas de stress. Para Folkman e Lazarus (1985), o stress está relacionado com a avaliação cognitiva que o sujeito faz da situação, assim como as estratégias de enfrentamento que o mesmo utiliza, sendo assim uma transação entre o indivíduo e o meio em que habita, caracterizada pela disparidade entre os recursos que o indivíduo possui e as demandas percebidas. Desta forma, pode se estimar que as estratégias utilizadas pelos responsáveis estão relacionadas com a não presença de stress nos mesmos, uma vez que eles utilizaram estratégias de busca de suporte social e reavaliação positiva, criando assim recursos para lidar de forma adequada com o evento estressor.

Tabela 4: Responsáveis - escores relacionados a presença de stress, fases do estresse e sintomas predominantes

	Frequência	Percentil	Validade Percentil	Percentil Cumulativo
Não	10	76,9	76,9	76,9
Sim	3	23,1	23,1	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Fases do stress				
	Frequência	Percentil	Validade Percentil	Percentil Cumulativo
Sem stress	10	76,9	76,9	76,9
Alerta	1	7,7	7,7	84,6
Resistência	0	0	0	0
Quase exaustão	1	7,7	7,7	92,3
Exaustão	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Sintomas predominantes				
	Frequência	Percentil	Validade Percentil	Percentil Cumulativo

Sem stress	10	76,9	76,9	76,9
Físico	1	7,7	7,7	84,6
Psicológico	2	15,4	15,4	100,0
Total	13	100,0	100,0	

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência infantojuvenil é um problema de saúde pública que cresce atualmente e embora exista um grande número de estudos sobre o tema, é importante ressaltar a necessidade de intervenções adequadas para tal público.

Apesar do crescente número de estudos sobre violência contra crianças e adolescentes, ainda há uma grande escassez de estudos acerca do tema stress e coping relacionados a esse contexto, o que acarretou limitação dessa pesquisa, pois houve grande dificuldade em encontrar artigos que abordassem a respectiva temática. O fato pode ser justificado devido ao stress infantil ser um fenômeno que foi reconhecido mais recentemente, assim como os estudos sobre coping na infância.

Foi possível concluir que as estratégias de coping são de grande importância para lidar com o evento estressor de maneira adequada, assim como a importância do acompanhamento psicológico para a utilização das estratégias de coping de forma adaptativa, criando recursos para lidar de forma adequada com o evento estressor.

O stress infantil pode acarretar diversas consequências na vida da criança, afetando seu desempenho social e escolar. Desta forma, ressalta-se a importância de estudos que abordem essa temática, pois por um lado não é possível acabar com as causas do stress infantil, por outro é possível criar intervenções e apoiar as famílias para estabelecerem relações seguras e estáveis entre adultos e crianças.

No presente trabalho foi possível observar que as crianças e adolescentes vítimas de violência avaliados se encontram na fase inicial de stress e utilizam as estratégias de coping relacionadas com a reavaliação positiva e aceitação de responsabilidade com maior frequência.

Já seus responsáveis avaliados não apresentaram stress e utilizaram as estratégias de suporte social e reavaliação positiva com maior frequência.

Salientamos que o pequeno número da amostra deste trabalho, bem como o fato das crianças e adolescentes e seus familiares já estarem em atendimento pode ter ativado as estratégias de coping indicadas e também pode ter alterado os resultados do nível de stress.

De forma a concluir o presente estudo, sugere-se que futuros pesquisadores que trabalham com essa temática utilizem uma amostra mais numerosa para maior

precisão do estudo, a fim de auxiliar a criação de novas estratégias e programas de prevenção e intervenção com essa população.

9. REFERÊNCIAS

ALLENDER, Dan. Lágrimas secretas. Cura para as vítimas de abuso sexual na infância. São Paulo: Mundo Cristão, 1999.

ANTONIAZZI, Adriane Scomazzon; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; BANDEIRA, Denise Ruschel. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal. v. 3, n. 2, p. 273-294, Dec. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X1998000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de maio de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>.

AZEVEDO Maria Amélia; GUERRA Viviane Nogueira de Azevedo. *Mania de bater: a punição corporal doméstica de criança no Brasil*. São Paulo: Iglu, 2001.

BERESFORD, Bryony. A. Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 35, p. 171-209. 1994.

BORGES, Lilian Miranda; BARLETTA, Janaína Bianca. Teorias e modelos explicativos em prevenção e promoção da saúde orientados para o indivíduo e a comunidade. Em S.G. MURTA, C. LEANDRO-FRANÇA, K. B. SANTOS; L. POLEJACK. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (p. 113-149). Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. p. 393.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei Federal nº 8.069 de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência* Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília. Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

CASTRO, Ana Lucia Correa. Negligência – estratégias preventivas. In: Cartilha Caminhos para uma convivência saudável na perspectiva da saúde. Distrito Federal, Brasília. 2009.

COELHO, Elza Berger Salema; SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner; LINDNER, Sheila Rubia. Violência: definições e tipologias. Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. Universidade Federal De Santa Catarina, UFSC. Santa Catarina, 2014.

COHEN, J. A., DEBLINGER, E., MANNARINO, A. P., & STEER, R. A (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.

COMPAS, Bruce. E. Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, v. 101, n. 3, p. 393-403. 1987

COMPAS, Bruce; DAVIS, Glen; FORSYTHE, Carolyn & WAGNER, Barry. Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The adolescent perceived events scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 55, n.4, p. 534-541. 1987

DAIGNAULT, I. V. & HÉBERT, M. Profiles of school adaptation: Social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, v.33, p. 102-115. 2009

DELANEZ, Geovana Oliveira. A violência intrafamiliar e suas consequências no desenvolvimento da criança. Monografia não publicada. Curso de Ciências Jurídicas e Sociais. Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. 2012.

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia da SBP*, V. 11, n. 1, p. 38–45. 2003.

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes. Tese de Doutorado Não-publicada. Curso de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. 2000

DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; HUTZ, Cláudio Simon. Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e com adultos. *Psicologia USP*, V. 13, N. .2, p. 203-225. 2002

FALEIROS, Vicente de Paula; FALEIROS, Eva Silveira. Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. 2. ed. Brasília, 2008.

FARINATII, Franklin. et al. *Pediatria Social: a criança maltratada*. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica, 1993.

FAYRAM, E. S., & CHRISTENSEN, P. J. (1995). Planning: strategies and nursing orders. In P. J. Christensen & J. W. Kenney. *Nursing process: application of conceptual models* (pp.164-185). St. Louis: Mosby.

FOLKMAN, Susan & LAZARUS, Richard S. If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 48, p. 150-170. 1985

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Rev. Bras. Enferm.* v. 64, n. 4, p.665-670. Julho-Agosto. 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/72515>>.

GRAZIANI, Pierluigi; SWENDSEN, Joel. O stress - emoções e estratégias de adaptação. (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores. 2007.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. *Violência de Pais Contra Filhos: a tragédia revisitada*. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

HABIGZANG, Luísa F.; KOLLER, Silvia H. Terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. In: Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte/ Circe SalcidesPertensen [et al.]. p. 299-310. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HAYECK, Cynara. Marques. Refletindo sobre a violência. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais - RBHCS, São Leopoldo, v. 1, n. 1, jul. 2009.

HETZEL-RIGGIN, M., BRAUSCH, A. M., & MONTGOMERY, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. Child Abuse & Neglect, 31, 125–141

HOHENDORFF, J. V., SALVADOR-SILVA, R., ANDRADE, R., HABIGZANG, L. F., & KOLLER, S. H. (2014). Adaptação e avaliação de uma intervenção cognitivo-comportamental para meninos vítimas de violência sexual. Psicologia: Reflexão e Crítica, 27(3), 424-433. doi: 10.1590/1678-7153.201427302

JUNIOR, Antonio Augusto Pinto; CASSEPP-BORGES, Vicente; DOS SANTOS, Janielly Gonçalves. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 23 n.2, p.124-131. 2015.

LAZARUS, Richard S.; DELONGIS, Anita. Psychological stress and coping in aging. American Psychologist, V. 38, n.3, p. 245-254. 1983

Lazarus, Richard. s. & Folkman, Susan. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer. 1984

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes, ROMANO, A. S. O stress infantil. Estudos de psicologia. V.4, n. 2, p. 42-54. 1987

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes, SOUZA, E.A.P.S., ROMANO, A.S.F. ECOVOLAN, M.A. Como enfrentar o stress infantil. São Paulo: Ícone, 1991.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções. 2ª ed. Campinas: Editora Papirus, 2003.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. O tratamento do stress infantil. In: Silves, Edwiges (org). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. Editora Papirus.v.1. p. 263-288. 2004

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes; ARANTES, João Pedro; BURITI, Maria do Socorro; WITZIG, Telma. O estresse em escolares. Psicologia Escolar e Educacional, v.6, n. 1, p. 51-56. 2002

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes; MALAGRIS, Lucia. E. Novaes. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGÉ, B. Terapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria. São Paulo: Artmed, p. 475-489. 2001

LISBOA, Carolina Saraviva de Macedo. Estratégia de coping e agressividade: um estudo comparativo entre crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. Dissertação de mestrado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS. 2001

LUCÂNIA, E. R., MIYAZAKI, M. C. O. S., & DOMINGOS, N. A. M. P. (2008). Projeto Acolher: caracterização de pacientes e relato do atendimento psicológico a pessoas sexualmente vitimadas. Temas em Psicologia, 16(1), 73-82.

LUCARELLI, Maria Diva Monteiro. Escala de Stress Infantil – ESI: manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005

MARTINS, Adriano Ferreira et al. Violência envolvendo crianças e adolescentes: perfil das vítimas, da agressão e dos agressores. Rev. Enferm. UFPI; v. 2, n. 4, p. 50-7. 2013

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-647. 2004.

NUNES, Antonio Jakeulmo; SALES Magda Coeli Vitorino. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 21, n. 3, p. 871-880, Março. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>> acesso em: 7 de maio de 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014. Tradução Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. 2015.

PAIS RIBEIRO, José Luis; RODRIGUES, A.P. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol. 5, núm. 1, p. 3-15. Lisboa, Portugal. 2004

RYAN-WENGER, N..A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 256-263. 1992

SANTOS, Benedito Rodrigues dos. Guia escolar: identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes / Benedito Rodrigues dos Santos, Rita Ippolito – Seropédica, RJ: EDUR, 2011.

SANTOS, José Vicente Tavares dos. Microfísica da violência, uma questão social mundial. *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 54, n. 1, June 2002 . Available from <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252002000100017&lng=en&nrm=iso>.access on 02 May 2017.

SAPATA, Ana Filipa Ribeiro. Stress e estratégias de coping em enfermeiros: estudo comparativo entre Portugal e Espanha. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. 2012

SAVOIA, Mariangela Gentil; SANTANA, Paulo Reinhardt; MEJIAS, Nilce Pinheiro. Adaptação do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 7, n. 1-2, p. 183-201, 1996 .

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771996000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 jun. 2017.

SEIDL, Eliane Maria Fleury, TRÓCCOLI Bartholomeu T. & ZANNON Célia Maria Lana da Costa. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. Psicologia: Teoria e Pesquisa. V. 17 n. 3, p. 225-234. Set-Dez 2001.

SILVA, Mariane Castro. Consequências neurobiológicas da punição corporal infantil: cuidados de enfermagem. Monografia não publicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. 2014

SOUZA, Edinilsa Ramos; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Violência Faz Mal à Saúde. Ministério da Saúde, Distrito Federal, Brasília. 2006.

STRAATMANN, Gisele. Estresse, estratégias de enfrentamento e a percepção da imagem corporal em adolescentes: relações com o estado nutricional. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2010.

TOLEDO, Luciano Medeiros, organizador. Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2013.

VAZ SERRA, Adriano. O stress na vida de todos os dias. 3ªed. Edição do autor. Coimbra. 2011

WILLIAMS, L. C. A. (2002). Abuso sexual infantil. In H. J. Guilhardi, M. B. B. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Org.). Sobrecomportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento (Vol 10, pp. 155-164). Santo André: ESETEC.

ZAMBON, Mariana Porto et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 58, n. 4, p. 465-471, Agosto. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302012000400018&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 10 de Maio de 2017.

APÊNDICE A: Termo de Anuência

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Aceito a pesquisadora Edilaine Souza da Silva, aluna da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ, a desenvolver, nesta entidade, a pesquisa intitulada “Stress e coping no contexto da violência infantojuvenil”, sob orientação da Profa. Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto, do Departamento de Psicologia (DEPSI/UFRRJ).

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Local

Data

(Carimbo e assinatura)

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Responsáveis



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Responsáveis

Senhor (a) participante,

Convidamo-lo a participar, através do preenchimento de um questionário, da pesquisa intitulada “Stress e coping no contexto na violência infantojuvenil” sob responsabilidade da pesquisadora Edilaine Souza da Silva e orientação da Profa. Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). A presente pesquisa é vinculada ao Trabalho de Conclusão de Curso da pesquisadora no curso de Psicologia da UFRRJ.

Informações sobre a pesquisa: Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo investigar o nível de stress e as estratégias de enfrentamento(coping) em crianças e adolescentes vítimas de violência, assim como em seus responsáveis. Participarão dela crianças e adolescentes atendidos na Associação vida Plena de Mesquita-RJ e os respectivos pais/cuidadores. Sua participação se dará por meio do preenchimento de dois questionários um com 37 e outro com 66 afirmativas que serão assinaladas de acordo com a sua percepção, não havendo respostas certas ou erradas. Vale destacar que: (1) O responsável pela criança ou o adolescente tem a liberdade para abandonar o estudo em qualquer altura sem qualquer penalidade; (2) tem o direito de não responder a perguntas que não deseje responder; (3) Haverá total sigilo da sua participação e não serão divulgados nomes, em nenhuma circunstância, durante o desenvolvimento ou publicação da pesquisa; (4) A participação neste estudo não envolve qualquer risco e não existirá qualquer procedimento que prejudique a sua saúde. (5) este documento será anexado aos dados da investigação.

Contatos para obter maiores informações sobre a pesquisa:

Pesquisador responsável

Nome: Edilaine Souza da Silva

Tel.: (21) 966047231

E-mail: edilaine.souza00@hotmail.com

Orientadora

Nome: Ana Cláudia de Azevedo Peixoto

Tel.: (21) 999417759

E-mail: claudiaapeixoto@gmail.com

Comitê de Ética da UFRRJ: (21) 2681-4707; 2682-122

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Stress e coping no contexto da violência infantjuvenil”, aprovada pela Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da mesma. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Consinto, assim, a participação do (a) _____ neste estudo.

Pesquisadora: Edilaine Souza da Silva

Tel. (21) 966047231; E-mail: edilaine.souza00@hotmail.com

Local e data: _____, ____ de _____ de 2016

Assinatura:

APÊNDICE C: Termo de Assentimento

**Termo de Assentimento**

Informação geral: O assentimento informado para a criança/adolescente não substitui a necessidade de consentimento informado dos pais ou responsáveis. O assentimento assinado pela criança demonstra a sua cooperação na pesquisa.

Título do Projeto: “Stress e coping no contexto da violência infantojuvenil”

Investigadora: Edilaine Souza da Silva

Local da Pesquisa: Associação Vida Plena de Mesquita

Endereço: Coelho da Rocha – Mesquita RJ

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

1. PODE SER QUE ESTE DOCUMENTO DENOMINADO TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CONTENHA PALAVRAS QUE VOCÊ NÃO ENTENDA. POR FAVOR, PEÇA AO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA OU À EQUIPE DO ESTUDO PARA EXPLICAR QUALQUER PALAVRA OU INFORMAÇÃO QUE VOCÊ NÃO ENTENDA CLARAMENTE.

2. INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA:

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de investigar o nível de stress e as estratégias de enfrentamento(coping) em crianças e adolescentes vítimas de violência, assim como em seus responsáveis. Participarão dela crianças e adolescentes atendidos na Associação vida Plena de Mesquita-RJ e os respectivos pais/cuidadores. Você tem a liberdade para abandonar o estudo em qualquer altura sem qualquer penalidade. Tem o direito de não responder a perguntas que não deseje responder e haverá total sigilo da sua participação e não serão divulgados nomes, em nenhuma circunstância, durante o desenvolvimento ou

publicação da pesquisa. A participação neste estudo não envolve qualquer risco e não existirá qualquer procedimento que prejudique a sua saúde.

Caso você aceite participar da pesquisa, sua participação se dará por meio do preenchimento de dois questionários um com 35 e outro com 66 afirmativas que será dado pela sua terapeuta durante as sessões. Lembrando que a participação é voluntária e que caso você opte por não participar, não terá nenhum prejuízo.

Contato para dúvidas:

Pesquisador responsável

Nome: Edilaine Souza da Silva

Tel.: (21) 966047231

E-mail: edilaine.souza00@hotmail.com

Orientadora

Nome: Ana Cláudia de Azevedo Peixoto

Tel.: (21) 999417759

E-mail: claudiaapeixoto@gmail.com

Comitê de Ética da UFRRJ: (21) 2681-4707; 2682-122

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO SUJEITO DA PESQUISA:

Eu li e discuti com a investigadora responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

NOME DO ADOLESCENTE

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA DO INVESTIGADOR