

Fernanda Junco Ruas Alves

A Grupoterapia Cognitiva e a prevenção da Violência
nos casos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático
devido à violência

BELO HORIZONTE

2012

Fernanda Junco Ruas Alves

A Grupoterapia Cognitiva e a prevenção da Violência nos casos de Transtorno
de Estresse Pós-Traumático devido à violência

Monografia apresentada ao Departamento
de Saúde Mental da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de
Minas Gerais como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em
Psicoterapias Cognitivas.

Orientadora: Prof Vânia Lúcia de Moraes
Ribeiro

BELO HORIZONTE
Faculdade de Medicina da UFMG
2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIAS COGNITIVAS
www.sam.medicina.ufmg.br

ATA DA DEFESA DE MONOGRAFIA de **FERNANDA JUNCO RUAS ALVES** nº de registro 2011670785. No dia **onze de fevereiro de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a Comissão Examinadora indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Psicoterapia Cognitiva, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“A GRUPOTERAPIA COGNITIVA E A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NOS CASOS DE PESSOAS COM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO DEVIDO À VIOLÊNCIA”**, requisito final para a obtenção do Grau de Especialista em Psicoterapias Cognitivas, pelo Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Dr.^a Rute Velasquez

Instituição: Newton Indicação: Aprovada

Paiva

Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa

Instituição: UFMG Indicação: APROVADA

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA
recebendo a nota final de 95 pontos.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 11 de fevereiro de 2012.

Dr.^a Rute Velasquez

Rute Velasquez

Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa

Fuzikawa

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira/ Coordenador

J. C. Cavalheiro da Silveira

Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira
Coordenador do Curso de Especialização em
Psicoterapias Cognitivas
Faculdade de Medicina da UFMG
Inscr: 14199-2

Resumo

À luz da teoria cognitiva e do seu modelo de psicopatologia, compreende-se o fenômeno da violência como resultado de um processo social e compartilhado contextualmente, no qual a atitude violenta é aprendida por via de padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais.

Partindo-se do princípio de que o grupo social é o contexto de maior aprendizado humano, a Grupoterapia Cognitiva é apresentada como ferramenta eficaz e eficiente para o tratamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), assim como instrumento para a interrupção do processo trans/intergeracional da violência.

A proposta deste trabalho é a de fazer uma revisão bibliográfica sobre estudos de índices de violência no Brasil e em Minas Gerais, taxas de prevalência de TEPT no país, e relatos teóricos e empíricos sobre suas causas, efeitos, correlações, transmissão e tratamento através da terapia cognitivo-comportamental.

Abstract

In the light of cognitive theory and its model of psychopathology, it is understood that the phenomenon of violence is a result of a social process and it's contextually shared - violent attitude is learned by dysfunctional cognitive and behavioral patterns.

Based on the principle that the social group is the largest context of human learning, Cognitive Group Therapy is considered an effective and efficient tool for the treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), as well as a tool for interruption process of trans / inter-generational violence.

The purpose of this paper is to do a literature review on studies of rates of violence in Brazil and in Minas Gerais, prevalence rates of PTSD in this country, and theoretical and empirical reports about its causes, effects, correlations, transmission and treatment through Cognitive-Behavioral Therapy.

Sumário

1 – Introdução	06
2 – O problema da violência	08
2.1 – Índices de violência no Brasil – Minas Gerais	11
2.2 – Efeitos da violência	16
3 – Violência e TEPT	18
3.1 – Os sintomas do TEPT, conforme DSM-IV (1995)	19
3.2 – Prevalência do TEPT no Brasil	20
3.3 – Transmissão transgeracional da violência no TEPT	24
4 – A Grupoterapia Cognitiva e sua eficácia no tratamento do TEPT	28
4.1 – Definições da Terapia Cognitiva	28
4.2 – A Terapia Cognitiva em Grupo	28
4.3 – As estratégias cognitivas e comportamentais da TCC em grupo para TEPT	31
5 – Conclusão	35
6 – Referências Bibliográficas	36

1 – Introdução

A compreensão do fenômeno da violência perpassa diversas áreas de conhecimento que estudam seus diversos tipos, suas multicausalidades e seus efeitos, tanto sociais quanto políticos, econômicos, na saúde pública, e demais setores mundiais. Os altos índices de violência e criminalidade no Brasil possuem associação entre eles, mas a definição de violência abarca mais fenômenos do que aqueles considerados criminosos pela legislação brasileira. Seus números justificam a implementação de políticas públicas de segurança e atendimento à vítima e ao agressor.

Alguns autores que abordam o tema, como Imura e Silveira (2010), por exemplo, alegam que o país sofre com a “limitação de dados confiáveis” e que os estudos empíricos prevalecem sobre os teóricos, dificultando formulações conceituais e consensualização sobre as causalidades do fenômeno. Contudo, por ser este um problema complexo e multicausal, todas as ideias estudadas a respeito da criminalidade e da violência contribuem para a sua discussão, e oferecem bases para a compreensão de seus efeitos. Contribuem também para a criação e aperfeiçoamento de ferramentas de intervenção para solucioná-lo – seja por prevenção ou tratamento. Para tanto, é preciso avaliar suas causas e efeitos em circunstâncias específicas, considerando, ainda, que os conceitos de violência, crime e lei são relativos dentro de contextos sociais distintos.

O conceito de crime adotado aqui diz de qualquer ato que viole a lei (considerando os códigos legislativos vigentes) ou os direitos do outro, e a definição de violência utilizada é, principalmente, aquela de Assis (1994) e Gerra (1996), citada em Minayo (2002, p 95):

“a violência pode ser definida, para efeitos operacionais, pelo uso da força com vistas à exclusão, ao abuso e ao aniquilamento do outro, seja este outro um indivíduo, um grupo, um segmento social ou um país. A violência contra a criança e o adolescente constitui-se em todo ato ou omissão de pais, parentes, outras pessoas e instituições responsáveis capazes de causar danos físico, sexual e/ou psicológico à vítima. De um lado, implica uma transgressão no poder /dever de proteção do adulto e da sociedade em geral e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento”.

A proposta deste trabalho é discutir os efeitos biopsicossociais da violência enquanto geradora e sinalizadora de adoecimento mental, especificamente do quadro clínico do Transtorno de

Estresse Pós-Traumático (TEPT), e enquanto retroalimentadora. Analisa-se a eficácia da Grupoterapia Cognitiva como ferramenta de tratamento do TEPT e de prevenção da transmissão transgeracional da violência e criminalidade.

A fim de embasar essa discussão, são consideradas as taxas de incidência da violência e criminalidade e de prevalência do TEPT a partir dos dados estatísticos brasileiros e, mais especificamente, de Minas Gerais, a partir do ano de 2000; e as definições do transtorno conforme a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV, 1995).

Adotam-se, como referencial, as teorias sociocognitivas e cognitivas, buscando-se fundamentações de demais conhecimentos com que dialogam, sempre partindo do princípio de que os padrões de comportamentos agressivos são fruto de aprendizado social, e que, assim como são aprendidos, podem ser repassados, através da própria violência.

Consideram-se, para tanto, o modelo de psicopatologia da Teoria Cognitiva e o pressuposto amplamente discutido por estudiosos do tema e comprovado, tanto em experiências clínicas como socioeducativas, de que, assim como a violência, a paz pode ser aprendida socialmente.

2 – O problema da violência

As várias abordagens do tema partem de diferentes pontos de vista sobre a violência e suas especificidades. O problema é hoje discutido mundialmente por diversas áreas de conhecimento e os recortes são múltiplos.

Alguns estudiosos analisam este problema a partir da perspectiva sociológica, através da qual, “ao invés de centrar a análise nos dados brutos da violência, interroga(m)-se o(s) imaginário(s) construído(s) sobre a violência” (PORTO, 2006). Reconhecem-na como um problema social, considerando o fato de que, sendo os indivíduos seres inseridos socialmente, suas ações não são isoladas. As representações sociais, crenças e ideias de valor são determinantes dessas ações, e são, portanto, por onde se é possível acessar o fenômeno empírico da violência. Compreende-se, assim, o ato violento como a própria representação do indivíduo sobre a violência. Conforme Jodelete (2001, p 17) citado em Porto (2006),

“Frente a esse mundo de objetos, pessoas acontecimentos ou idéias, não somos (apenas) automatismos, nem estamos isolados num vazio social: partilhamos esse mundo com os outros, que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Eis por que as representações são sociais e tão importantes na vida cotidiana... Elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais.”

Sendo assim, têm-se tanto as representações coletivas, que são impessoais e universalizáveis – portanto, base para a formulação de conceitos –, quanto as representações individuais, que variam com maior frequência, de acordo com as vivências internas, e que não são passíveis de tradução fiel, são 'incompartilháveis' (Moscovici, 2001; Durkeim, 1985 – citados em Porto, 2006).

A noção de acesso ao mundo e comunicação via representações conecta as ideias da Sociologia às da Psicologia a partir das conclusões de Jean Piaget (1896-1980)¹ sobre o processo de aquisição de conhecimento (cognição).

Esse teórico, estudioso do Desenvolvimento Humano sob a Perspectiva Cognitiva, sustenta que as informações do mundo são acessíveis através das capacidades sensório-motoras e

1 Ver Papalia e Olds (2000).

criam sistemas de conhecimento pessoais, organizadas durante a vida através de Representações Mentais. A partir destas, formam Esquemas com padrões comportamentais que direcionam seus pensamentos e ações. Ao longo do desenvolvimento, quanto mais informações são adquiridas, mais se complexificam os esquemas. Eles atuam de maneira integrada, incorporando novos conhecimentos ou formando novos padrões mentais, conforme necessidade de 'equilíbrio'. Em contrapartida, têm-se as ideias de Robbie Case (1985,1992) de que não há equilíbrio e sim um processo de aperfeiçoamento e eficiência do 'processamento de informações', através da prática, que libera mais “espaços” mentais – “A maturação dos processos neurológicos da criança também amplia a capacidade de memória disponível” (PAPALIA e OLDS, 2000, p 49).

Considerados esses pontos de vista, pode-se dizer que a experiência violenta representa, cognitivamente, uma quebra no sistema de homeostase; e o adoecimento mental advindo dela uma falha no processamento de sua informação.

Velasquez et al (2007-1) citam estudo de Dodge e colaboradores (1995) sobre a correlação entre experiências precoces de abuso físico e problemas externalizantes tardios (problemas de conduta clinicamente desviantes) realizado com crianças de diferentes bairros dos EUA. Essa relação seria mediada por diferenças nos padrões de processamento da informação social, conforme mecanismos mentais envolvidos (descritos pelo modelo geral desenvolvido por esses autores).

Como resultado desse estudo,

“crianças abusadas poderiam: a) desenvolver um padrão inadequado de codificação de pistas sociais relevantes (por ex., hipervigilância a pistas hostis); b) apresentar predisposição à atribuição de intenção de hostilidade aos outros; c) ter acesso a uma alta proporção de respostas agressivas advindas da memória; d) avaliar que as respostas agressivas dão resultados positivos nas relações intrapessoais; e) essas alterações no processamento das informações sociais afetariam o desempenho de modo a gerar maior probabilidade de comportamentos agressivos” (VELASQUEZ et al, 2007 -1).

Foram encontrados, considerando todas as variáveis envolvidas na análise, associação entre experiências abusivas nos primeiros cinco anos de vida e os problemas de conduta tardios e resultados ainda mais significativos relacionando estes ao desvio nos escores de processamento da informação.

Além da forma como é analisada por Assis (1994) e Guerra (1996) [em Minayo, 2002], conforme já citado, a violência, em uma análise de causalidade, pode ser compreendida como um meio de solucionar problemas emocionais e manter o equilíbrio psicológico coletivo no contexto familiar (VELASQUEZ et al, 2007 -1). Socialmente, pode ser uma “reação de contrapartida” às particularidades do contexto de desigualdades socioeconômicas e culturais, como questões de *status* e poder e discriminações (PORTO, 2006), tornando-se um problema estrutural na sociedade (PORTO, 2006; SALOMON, 2002). Assim, “o contexto social pode ser compreendido como um mediador e um estruturador do processamento cognitivo, determinando os significados disponíveis a serem utilizados pelos indivíduos na formação de crenças ou teorias implícitas que os ajudem a explicar a violência” (VELASQUEZ et al, 2007 -1).

A imitação de modelos, ou a aprendizagem observacional, foi caracterizada pelos teóricos Sociocognitivos do Desenvolvimento como “(...) o elemento mais importante em sua maneira de aprender uma língua, lidar com a agressão, desenvolver um senso moral e aprender os comportamentos adequados para o seu sexo” (PAPALIA e OLDS, 2000, p 48). Segundo eles, as crianças costumam escolher os modelos que seguirão, e o fazem a partir de suas características próprias, das do modelo e do ambiente, tendendo a buscar personalidades semelhantes à sua e pessoas com alto *status*, e a corresponder ao que é valorizado em sua cultura.

O processamento cognitivo das informações sociais – que surgem de repertórios socialmente difundidos em um contexto específico – determinam, assim, escolhas por respostas agressivas ou não. Experiências violentas interpretadas como extremamente ameaçadoras são traumáticas em sua potencialidade, gerando, nessa circunstância, reações intensas e causando rupturas que podem ser irreversíveis no desenvolvimento da vítima.

Essas experiências “envolve [m] prejuízos de ordens fisiológica, cognitiva, emocional e social aos sujeitos que dela [s] são agentes ou vítimas” (VELASQUEZ et al, 2007 -1), tornando a violência um problema social e de Saúde Pública, que gera adoecimento mental e intensa demanda nos serviços de atendimento emergenciais e ambulatoriais. Isso pode ser avaliado pela realidade de quadros psicopatológicos, como do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT; DSM-IV, 1995), e pelos dados objetivos que quantificam sua ocorrência.

2.1 – Índices de violência no Brasil – Minas Gerais

Os índices apresentados nos últimos anos (de 2000 a 2011) pelos principais centros de pesquisa em criminalidade e violência do país e do estado e por outras fontes confiáveis de dados – tais como Fundação João Pinheiro (FJP), Secretaria de Estado de Defesa Social (Seds); Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e programas específicos, como o Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública (CRISP) e o *Projeto Fica Vivo*; Polícia Civil e Militar, Ministérios da Justiça e da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dentre outros – indicam igualmente taxas altíssimas de crimes violentos, incluindo os homicídios, tentativas de assassinato, roubos e estupros.

O IBGE registrou, em 2008², números que configuram as causas de óbitos para a população brasileira e “diversas transformações nos padrões demográficos e epidemiológicos experimentados no País”. Apontou as causas externas (acidentes e violências) como o segundo principal grupo de causas de mortes masculinas, junto às neoplasias (o primeiro grupo é o de doenças do aparelho circulatório. Os óbitos masculinos também ocorriam, em 9,1% e 5,7%, por causa de doenças do aparelho respiratório e digestivo, respectivamente). Entre os grupos de causas de óbitos femininos, ocupavam o sexto (o primeiro lugar é de doenças do aparelho circulatório, o segundo de neoplasias e o terceiro de doenças do aparelho respiratório. As mulheres também morriam, em 7,8% do total, por causa de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas).

Também em 2008, os homicídios no Brasil representaram 57,4% e 53,8% das mortes entre homens jovens (15 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 29 anos), e 1/3 das mortes das mulheres adultas jovens. As causas externas de morte feminina representaram 41,8% e 40% do total de causas, nas respectivas faixas etárias mencionadas, sendo o acidente de trânsito a principal delas (SIS, IBGE, 2010). Os números apresentados pelo IBGE em setembro de 2009 conforme a Base de Dados Nacional do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/DATASUS), do Ministério da Saúde, comparam 1980 a 2005 e apresentam números mais reduzidos das mortes por causas externas, embora mantenham a mesma proporção homens-mulheres: “seus percentuais são baixos e mantêm-se estáveis: de 4,5%, em 1980, a 4,9%, em 2005. Na população masculina, os percentuais foram 12,9% em 1980 e 18,3%, em

2 *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010*. Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf>

2005” (IBGE, 2009). Isso aponta o crescimento das taxas de homicídios de 2005 a 2008, principalmente em algumas regiões específicas do país, e a manutenção dos homens como maior grupo de risco dessa causa de mortalidade. Outros dados também apontam para um crescimento do uso de armas de fogo em conflitos desse tipo: “Em 2000, a taxa de óbitos masculinos por homicídio com uso de arma de fogo era de 72,4 (por 100 mil jovens), passando a 74,5 em 2005” (IBGE, 2009).

Vettore e Lamarca (2011), em publicações online da Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde 2011 (CMDSS – 2011) sobre atuações do *Projeto Fica Vivo* da UFMG, afirmam que, no Brasil, a violência “ocupa o terceiro lugar como causa de mortalidade, é a origem de grande proporção da morbidade, ocupa a sexta posição como principal causa de internações, e apresenta elevada prevalência no quesito violência doméstica”. Os autores mencionam questões de ordens diversas implicadas na concentração do problema em determinadas regiões, e fazem associação entre o sentimento de insegurança dos indivíduos e a real configuração da violência: de acordo com eles os homicídios e a violência no trânsito são as principais causas de mortalidade, associadas às maiores taxas registradas juntamente à violência doméstica, a qual envolve principalmente mulheres e crianças. Citam Reichenheim e colaboradores (2011) e as correlações que fazem entre essa realidade e o abuso de álcool e drogas ilícitas, e a ampla disponibilidade de armas de fogo.

“Do ponto de vista de uma epidemia, todos são afetados por uma fonte comum: uma estrutura social desigual e injusta. Homens jovens (de 20 a 29 anos), negros e pardos, com baixo grau de instrução (4-7 anos de escolaridade), e pobres, são as principais vítimas e perpetradores de violência comunitária, enquanto mulheres negras e pobres são as principais vítimas de violência doméstica. No Brasil, os homens correm dez vezes mais risco de morrer por homicídio que as mulheres e as diferenças por faixa etária são igualmente marcantes. Geograficamente, também existem desigualdades na ocorrência violência. O Nordeste apresenta altos índices de vitimização, e Alagoas apresenta uma taxa de vítimas negras 11 vezes maior do que brancas, o mesmo ocorrendo na Paraíba, Amapá, Amazonas e Pernambuco (Waiselfisz, 2011).” (VETTORE e LAMARCA, 2011).

Uma pesquisa de Vitimização³ realizada em Belo Horizonte pelo CRISP em 2002⁴ (com

3 “O PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento contratou o Datafolha e o CRISP (Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública) para realizar uma Pesquisa Nacional de Vitimização. Essa pesquisa tem como objetivos identificar as condições de vida, os fatores de risco e as percepções de insegurança presentes na população brasileira. Os resultados dessa pesquisa servirão de subsídio para a criação de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de convivência e segurança dos brasileiros” (DATAFOLHA Instituto de Pesquisas – em <<http://datafolha.folha.uol.com.br/vitimizacao/vitimizacao.php>>)

4 Mencionada por ANDRADE (2005), disponível em <http://www.crisp.ufmg.br/arquivos/artigos_publicacoes/violencia_domestica.pdf>.

casais maiores de quinze anos que tiveram pelo menos um parceiro nos últimos trinta dias anteriores à pesquisa) avaliou frequências, percentuais e taxas de agressões sofridas durante brigas conjugais, de acordo com o sexo das vítimas (resultados na Tabela I, a seguir, encontrada no site de referência).

Tabela I

Categorias de Violência Doméstica/Reações dos Parceiros em Momentos de Brigas e Discussões							
Categoria: Mediação de Conflito	Frequência			Percentual		Taxa/100mil habitantes	
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Discutiu calmamente	943	998	1941	48,58	51,42	132,60	120,63
Procurou informações	679	688	1367	49,67	50,33	95,48	83,16
Trouxe alguém para ajudar	136	133	269	50,56	49,44	19,12	16,08
Ficou emburrado	695	719	1414	49,15	50,85	97,73	86,91
Retirou -se do quarto	290	386	676	42,90	57,10	40,78	46,66
Chorou	524	289	813	64,45	35,55	73,68	34,93
Total	3267	3213	6480	50,41	49,59	×	×
Categoria: Violência Doméstica - Agressão	Frequência			Percentual		Taxa/100mil habitantes	
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Xingou insultou	361	360	721	50,07	49,93	50,76	43,51
Fez/disse coisas para irritar	442	592	1034	42,75	57,25	62,15	71,56
Ameaçou bater, jogar coisas	92	123	215	42,79	57,21	12,94	14,87
Destruiu, jogou objetos	71	116	187	37,97	62,03	9,98	14,02
Jogou coisas em você	43	44	87	49,43	50,57	6,05	5,32
Empurrou agarrou você	98	112	210	46,67	53,33	13,78	13,54
Deu tapa ou bofetada	51	73	124	41,13	58,87	7,17	8,82
Chutou, mordeu, deu murro	48	48	96	50,00	50,00	6,75	5,80
Bateu, tentou com objetos	30	28	58	51,72	48,28	4,22	3,38
Espancou	6	29	35	17,14	82,86	0,84	3,51
Estrangulou sufocou	5	10	15	33,33	66,67	0,70	1,21
Ameaçou com faca, arma	12	21	33	36,36	63,64	1,69	2,54
Usou faca, arma	7	12	19	36,84	63,16	0,98	1,45
Total	1266	1568	2834	44,60	55,40	×	×

Fonte: Pesquisa de Vitimização em Belo Horizonte, CRISP/2002.

Nas duas categorias variáveis diferenciadas nessa pesquisa, *Mediação de Conflitos* e *Violência Doméstica-Agressão*, os dados indicam tipos diferentes de reações a ambas as circunstâncias, conforme o gênero. Conclui-se da análise desta tabela que a violência física doméstica incide muito mais sobre as mulheres, e os xingamentos e insultos incidem mais sobre os homens, mas em menores proporções (ANDRADE, 2005, p 11 e 12).

Contando com as Centrais de Atendimento à Mulher (Ligue 108) em alguns grandes centros municipais brasileiros, como São Paulo e Minas Gerais,

“a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) registrou, em 2009, (...) quase 41 mil

relatos de violência contra a mulher, o que representou 10,2% dos atendimentos, que incluem pedidos de informação, prestação de serviços, reclamações, sugestões e elogios. Do total de relatos de violência, cerca de 22 mil (53,9%) referiam-se à violência física e mais de 13 mil (33,2%) relatavam violência psicológica, enquanto 576 (1,4%) eram casos de violência sexual” (IBGE, 2009).

Os dados constantes nos Anuários de Informações Criminais 2008, 2009 e 2010 da FJP, que avaliam os índices de criminalidade atuais com base nas pesquisas da Seds e do CRISP, revelam que a violência não é mais um problema unicamente dos grandes centros urbanos e que os índices de criminalidade ainda apresentam taxas expressivas que indicam necessidade de intervenção.

“No geral, os dados são positivos, com as taxas de crimes violentos, como homicídio, tentativa de homicídio, estupro e roubo, registrando redução de 15,2%, caindo de 29,04 ocorrências por 100 mil habitantes em 2008, para 24,64 ocorrências em 2009. A redução dos homicídios no estado foi de 5,5% e de crimes contra o patrimônio, 15,1%. As mortes caíram de 3.621 em 2008 para 3.452 em 2009.” (JÚNIOR, Jornal Aqui – Polícia – BH, 2010).⁵

A FJP atribui a redução das taxas às políticas de prevenção e combate ao homicídio implementadas sobretudo na Grande BH, ainda com necessidade de maior investimento nas cidades do interior de Minas Gerais. O crescimento das superações de dependência química, diminuindo o envolvimento com o crime motivado por drogas, e os investimentos públicos no trabalho preventivo de forças de segurança policiais também contribuem para a diminuição das taxas de criminalidade. Segundo o Ministério da Justiça (2011), em sua mais atual versão do Anuário Brasileiro de Segurança Pública⁶, as estatísticas de 2009-2010 indicam que o Brasil investe fortemente na área, 1,36% do seu PIB, 9,27% da arrecadação de impostos do país, mas precisa pensar melhor na qualidade desses gastos. Ainda assim, São Paulo, como exemplo, que liderava os investimentos até 2009, é um caso de sucesso na redução do número de homicídios.

Segundo as bases de referência, o crime tem características e determinantes específicos em cada localidade, e gera preocupações em alguns municípios do interior dos estados, como por exemplo, em Minas Gerais: “Patos de Minas, no Alto Paranaíba, com um aumento de 153,7% no número de homicídios, Divinópolis, no Centro-Oeste, com incremento de 127,1% nos homicídios, Uberaba, no Triângulo, com acréscimo de 22,6% nos homicídios, e Uberlândia,

5 Disponível em <http://www.fjp.gov.br/index.php/banco-de-noticias/35-fjp-na-midia/1083-minas-mais-violenta>

6 Elaborado a partir dos dados do Sistema Nacional de Estatísticas em Segurança Pública e Justiça Criminal (SINESPJC) disponibilizados pela Secretaria Nacional de Segurança Pública (Senasp) do Ministério da Justiça.

na mesma região, onde houve crescimento de 46% no número de homicídios” (JÚNIOR, *Jornal Aqui – Polícia – BH*, 2010). Altas taxas de mortalidade juvenil também são uma realidade preocupante em todo o Brasil (WASELFISZ, 2011; em *Mapa da Violência 2011*).

Serafim e Mello (2010), do Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência (PROVE) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), divulgaram dados como:

“A taxa de mortalidade por homicídio, por 100.000 habitantes, no período de 1998-2002, na cidade de Diadema, foi de 122,2, sendo a maior taxa do Brasil. São Paulo é a 25ª cidade nesse *ranking*, com 66,7 homicídios/100.000 habitantes, comparando-se com a cidade de Nova Iorque que teve taxa de homicídio de 6,64/100.000 habitantes, no mesmo período. Esses dados mostram a triste realidade: a violência letal, e o homicídio é fenômeno nacional”.

Os dados mais atuais são de Waiselfisz (2011), em seu *Mapa da Violência 2012*, que aponta três períodos da evolução dos homicídios em Minas Gerais. Ao longo do primeiro período (1980 a 1994), as taxas do estado mantiveram-se inferiores às do país, acontecendo o mesmo em relação às Regiões Metropolitanas (RM) e às do interior. No segundo período (1994 a 2004), com o crescimento dos índices das RM, as taxas do estado se aproximaram das nacionais; e no terceiro período (2004 a 2010) acontece o processo inverso: os índices das RM diminuíram, contribuindo para reduzir as taxas do estado, enquanto os índices do interior aumentaram, desacelerando essa queda estadual.

“. Em 2004, 485 dos 853 municípios mineiros – 57% – não tiveram registro de homicídios. Em função das significativas quedas do estado, era de esperar que em 2010 esse número de municípios livres de flagelo fosse maior ainda. Mas não, esse número diminuiu: agora foram 446: 52% dos municípios do estado.
. Também em função das quedas estaduais, era de esperar uma concomitante diminuição no número de municípios com taxas acima de 26 homicídios em 100 mil habitantes. Mas não, o número cresceu, passou de 69 para 85 municípios em 2010” (WASELFISZ, 2011)

Os dados da pesquisa de Waiselfisz estão de acordo com os anteriormente mencionados de que os pólos dinâmicos da violência têm se deslocado das regiões metropolitanas para os interiores dos estados brasileiros, e, enquanto alguns municípios apresentam melhora significativa de suas taxas de criminalidade, outros declinam significativamente nessa análise.

Minas Gerais não está dentre os estados com maiores taxas de homicídio do país, mas tem resultados preocupantes em relação a muitas cidades do seu interior, o que implica na necessidade de desenvolvimento e efetivação de políticas públicas de segurança e de saúde

nessas localidades. A Grande BH já vem contando, há alguns anos, com essas inovações e melhorias nos setores públicos, mas também ainda não apresenta resultados completamente satisfatórios. Segundo o Ministério da Justiça (2011), o Sudeste é uma das principais regiões de Estados que apresentam informações precárias em qualidade e fidedignidade, tendo Minas Gerais um descompasso de fontes que compromete os investimentos e a organização no sistema de justiça e defesa social.

2.2 – Efeitos da Violência

A violência se apresenta em diferentes tipos, como física, psicológica (incluindo, p. ex, rejeição, terror, isolamento, exploração, degradação ou escárnio – Papalia e Olds, 2000), moral (p. ex., no trabalho), política, sexual e negligência (“fracasso em proporcionar cuidados necessários como alimentos, roupas e supervisão” – Papalia e Olds, 2000). Constitui-se por um ato cometido por um indivíduo em relação a outro, de forma a infringir os direitos pessoais e cuidados básicos ao desenvolvimento – no caso de crianças, adolescentes e idosos – e já é considerado como tal apenas com uma ocorrência. Os efeitos significativos biopsicosocialmente podem acontecer depois de vivenciado apenas um evento violento, mas podem se intensificar à medida em que o abuso se torne mais recorrente, dependendo, basicamente, de como a vítima o interpreta, de suas capacidades intelectivas, cognitivas e sociais e do quanto ela recebe suporte social e familiar.

Conforme autores citados por Papalia e Olds (2000, p 234 e 235), os efeitos da violência contra a criança podem ser de atraso de linguagem e dificuldades de aprendizado, e problemas comportamentais, como indisciplina, agressão, atitudes não-cooperativas e desajustadas e pesadelos. Quando se tornam adolescentes, os indivíduos violentados na infância podem apresentar reações tanto de autoproteção (p. ex, fuga) quanto de autoagressão (p. ex, abuso de drogas), tornando-se mais propensos ao envolvimento com o crime.

Os sentimentos de medo, baixa auto-estima e raiva são muito comuns, principalmente nos casos em que a vítima não teve condições de se defender ou de evitar a violência, o que também pode acarretar em sentimentos de culpa e vergonha. Comportamentos agressivos podem funcionar como reação de defesa, e o interesse precoce e exagerado por assuntos sexuais pode aparecer em crianças e adolescentes abusados sexualmente. Adultos que foram

abusados quando crianças tendem a ser ansiosos, deprimidos, raivosos ou hostis, desconfiados, sentirem-se isolados e estigmatizados e serem sexualmente mal ajustados. “Os efeitos do abuso sexual são mais pronunciados quando o agressor é alguém próximo à criança, quando o contato sexual é frequente e persiste por um longo período de tempo, quando é feito uso de força, quando há penetração oral, anal, ou vaginal, ou quando a criança tem uma atitude ou estilo de enfrentamento negativo (Kendall-Tackett et al, 1993)” (PAPALIA e OLDS, 2000, p 235).

Segundo Day et al (2003), algumas manifestações são imediatas e outras tardias. Os sinais da violência física podem ser perceptíveis através de marcas ou lesões dermatológicas ou oftalmológicas. A negligência pode acarretar desnutrição, falta de higiene, desatenção a cuidados médicos, garotos e garotas desorientados, desprotegidos e sem supervisão – aumentando a vulnerabilidade de crianças e adolescentes a outros tipos de violência e ao envolvimento com o crime. Todos os tipos de violência podem acarretar sequelas neurológicas ou alterações de comportamento observáveis, assim como mudanças no nível de rendimento funcional. Queixas psicossomáticas são comuns, assim como problemas com o sono e alimentação, tanto logo após o evento agressivo quanto meses ou anos depois.

A longo prazo, há um aumento significativo na incidência de transtornos psiquiátricos, envolvendo altos níveis de ansiedade, sintomas depressivos, podendo se associarem a sintomas esquizofrênicos e também ao abuso de substâncias – que agravam o quadro clínico e dificultam o tratamento.

O transtorno mais diretamente relacionado aos efeitos da violência, com altas taxas de incidência, é o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), quadro crônico de ansiedade advindo de experiências que, de tão amedrontadoras, foram traumáticas. As consequências se dão a nível biológico, psicológico e social, interferindo no funcionamento geral do indivíduo e na sua visão de mundo, o que pode ser explicado pelas Teorias Cognitiva e Sociocognitiva, que serão melhor esplanadas mais adiante neste trabalho, assim como o TEPT e sua prevalência.

3 – Violência e TEPT

A violência, conforme descrita nesse trabalho, é vivenciada diariamente em muitos contextos sociais e/ou familiares, se fazendo presente e ativa no processo de educação e desenvolvimento de crianças e adolescentes, de modo a tornar-se frequentemente um modelo de relacionamento interpessoal e conjugal.

Ao se estruturar como uma experiência extremamente ameaçadora à vida ou à integridade de quem a vivencia direta (como vítima) ou indiretamente (como testemunha), a violência torna-se potencialmente traumática, e é interpretada como tal quando associada a sentimentos de intenso medo, horror e impotência. O quadro de estresse pode ser agudo, persistindo por poucos dias, ou pode ter duração de mais de um mês (ou mesmo surgir depois de muitos meses ou anos), perdurando até o seu tratamento e deixando marcas permanentes, históricas, cognitivas e, algumas vezes, biológicas. Os fatores que influenciam nessa passagem de agudo a crônico são o suporte social e familiar, primordialmente, e as capacidades intelectivas, cognitivas e sociais do indivíduo violentado, podendo também haver interferência de condições neurológicas incapacitantes ou limitantes. Pais que utilizam de comportamentos agressivos e punitivos com os filhos traumatizados também interferem negativamente no seu processo de melhora, intensificando o seu quadro estressor (VELASQUEZ et al, 2010 -2).

O nome dado ao quadro crônico de traumatização é Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), definido assim por apresentar real 'transtorno' e interferências no funcionamento geral do indivíduo, com sintomas de ansiedade extrema, iniciados, caricaturalmente ou sutilmente, após um evento traumático específico ou uma série deles. Esses eventos podem ser reais ou imaginados (como em casos em que o indivíduo está frequentemente em alerta ao perigo iminente – p. ex, uma criança que presencia brigas conjugais agressivas de seus pais pode se ver constantemente amedrontada com a possibilidade de ver uma agressão ou assassinato de um deles, mesmo que isso jamais tenha sido intencionado pelos pais); podem ter sido vivenciados, presenciados ou informados.

3.1 – Os sintomas do TEPT, conforme DSM-IV (1995)

Para que os sintomas aqui descritos se configurem como um quadro de TEPT, devem persistir por mais de um mês após o evento estressor ou podem ter início tardio, além de aparecer em uma certa simultaneidade e frequência. São eles:

- Revivência do evento por pensamentos, percepções, sensações, imagens ou sonhos intrusivos, aflitivos e amedrontadores, podendo incluir alucinações, ilusões e episódios de *flashbacks* dissociativos; sofrimento intenso e/ou reatividade fisiológica quando exposto a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
- Esforços em evitar pensamentos, sentimentos, conversas, atividades, locais e pessoas que ativem recordações do trauma; incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento; redução acentuada dos interesses ou das participações em atividades antes consideradas prazerosas; sensação de distanciamento e embotamento afetivo em relação a outras pessoas; e impossibilidade de realizar planos futuros (no mínimo três destes sintomas);
- Excitabilidade aumentada devido à dificuldade de se entregar ao sono, irritabilidade ou surtos de raiva, déficits na concentração, hipervigilância, e impulsividade (mínimo dois destes sintomas);
- Sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, ocupacional, escolar e outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Esses sintomas nem sempre aparecem tão bem delimitados. Fazem-se presentes cotidianamente, durante as atividades diárias de sono, alimentação, cuidados com a higiene, satisfação de necessidades fisiológicas, assim como durante as interações interpessoais, gerando efeitos maléficos à atenção, à memória, à expressão e ao desenvolvimento de afetos positivos e de prazer. Os sentimentos de culpa, vergonha e frustração podem ser constantes – estando o indivíduo incapaz de apresentar resultados satisfatórios na escola, no trabalho ou nas relações. Há comorbidades frequentes ao quadro do TEPT (BERLIM, PERIZZOLO e FLECK, 2003; CABIZUCA et al, 2010; CALHOUN e RESICK, 1999; KNAPP e CAMINHA, 2003; SERAFIM e MELLO, 2010), motivos pelos quais comumente os pacientes se

encaminham aos serviços de saúde. Assim, após uma entrevista de anamnese bem feita e um atendimento de qualidade, é possível identificar o indivíduo também com TEPT.

3.2 – Prevalência do TEPT no Brasil

Uma quantidade muito pequena de pesquisas sobre a prevalência do TEPT foi desenvolvida no Brasil até os dias de hoje em comparação à sua grande relevância e aos altos índices de violência no país. A importância do problema parece ter sido recentemente reconhecida por aqui, já que as poucas pesquisas sobre o tema são dos últimos anos. Não mais o Transtorno é associado somente aos casos de guerra, e a preocupação agora abarca os eventos violentos severos da realidade brasileira.

O “Estudo prospectivo do impacto da violência na saúde mental das tropas de paz brasileiras no Haiti” (SOUZA, 2011) pesquisou a prevalência de TEPT entre os militares em missão, e encontrou taxas menores do que de outros estudos com tropas de paz internacionais (0,5% em comparação aos demais, variantes entre 1% e 25,8%). Várias situações de estresse foram relatadas, mas poucas que envolvessem risco de vida. Não foi detectado comprometimento significativo da saúde mental dos indivíduos avaliados, o que o autor compreende como um baixo impacto das missões de paz sobre os militares brasileiros.

A maioria dos dados mencionados por autores brasileiros, de forma geral, se baseiam em índices estrangeiros. Segundo Sbardelloto, Schaefer, Justo e Kristensen (2011),

“O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), caracterizado basicamente como um conjunto de sintomas envolvendo altos níveis de ansiedade e momentos em que o indivíduo tem a impressão de estar revivendo o evento traumático experienciado, é um transtorno bastante prevalente, atingindo cerca de 6,8% da população geral (Kessler, Berglund e colaboradores, 2005). As primeiras observações realizadas sobre os seus efeitos foram registradas a partir de estudos com veteranos de guerra (Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu & Hauck, 2003; Sher, 2004). Posteriormente, os critérios diagnósticos que caracterizavam o TEPT foram modificados ao longo das diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM; American Psychiatric Association [APA], 1980; 1987; 1994; 2002) numa tentativa de melhor compreender as peculiaridades do transtorno bem como de diferenciá-lo de outros transtornos possíveis, como por exemplo, o Transtorno de Estresse Agudo (TEA).”

De acordo com os estudos mencionados por esses autores, a prevalência do TEPT variou de acordo com a base de referência para critérios de definição e diagnóstico do transtorno ao

longo das modificações sofridas nas versões do DSM (DSM-III, APA, 1980; DSM-III-R, APA, 1987; DSM-IV, APA, 1994). Destaca-se que

“(…) estudos empregando os critérios do *DSM-IV* (APA, 1994) encontraram índices sobre a prevalência de eventos estressores que variaram desde 57,1% a 89,6% (Kristensen e colaboradores, 2005). Numa pesquisa realizada segundo estes critérios, foi encontrada uma prevalência de eventos estressores traumáticos em torno de 92,2% para homens e 87,1% para mulheres (Breslau & colaboradores, 1998)” (SBARDELLOTO, SCHAEFER, JUSTO e KRISTENSEN, 2011).

Berlim, Perizzolo e Fleck (2003), em acordo sobre as poucas pesquisas de prevalência realizadas no Brasil, mencionam taxas de outros países, nos anos entre 1995 a 2000: risco de TEPT em 14% a 25% dos casos de exposição a eventos estressores, com altos índices também para o desenvolvimento de comorbidades ou sintomas isolados. Afirmam que 80% dos casos de estresse pós-traumático apresentaram alguma comorbidade e “59% dos homens e 44% das mulheres com TEPT apresentam três ou mais transtornos psiquiátricos”, tais como depressão maior, distímia, transtorno de ansiedade generalizada, fobia simples, fobia social, abuso de substâncias e transtorno de personalidade anti-social.

Baseados em dados estrangeiros ainda mais antigos (1994), Mendlowicz e Figueira (2007) divulgam que “o TEPT é comum em famílias onde ocorre abuso infantil grave, não apenas entre as vítimas, mas também, surpreendentemente, entre suas mães”, mencionando prevalências de 35,8% e 15,6%, respectivamente, para aquela época.

Os sistemas públicos começaram há pouco tempo a investir na assistência e pesquisa do TEPT, apresentando, por enquanto, poucos serviços dedicados especificamente ao seu tratamento. Como exemplos, têm-se o Prove da Unifesp (SERAFIM e MELLO, 2010) e o Ambulatório de Trauma (AMTRA) do Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (VELASQUEZ et al, 2007 -1 e 2; VELASQUEZ et al, 2010 -1; DIAS et al, 2008; SOARES et al, 2008).

Conforme Serafim e Mello (2010), membros da equipe do Prove, “o TEPT é quadro prevalente, principalmente em locais onde existe maior violência, como é o caso do Brasil. Estudos de Ribeiro e Andreoli⁷ mostraram números de prevalência, em 1 ano, ao redor de 4-5%, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro”.

7 Andreoli S, Ribeiro, WS, Quintana, MIS, Mari, JJ, editor. *Epidemiologia do transtorno de estresse pós-traumático na cidade de São Paulo: prevalência, comorbidades e fatores associados*. 1º Simpósio Internacional de Violência e Saúde Mental; 2008; São Paulo: UNIFESP; 2008

O estudo de Andreoli et al (2009) sobre a prevalência de TEPT nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo utiliza dados de outros países e faz correlações entre os índices de violência e as taxas de incidência do Transtorno, dizendo que, se nos EUA os estudos de epidemiologia mostram que 15% a 24% da população exposta à violência tendem a desenvolver o TEPT, os países de baixa e média renda tendem a apresentar taxas ainda mais elevadas.

“Epidemiological surveys in the United States' general population have shown that 15% to 24% of those exposed to violence will develop PTSD. In the US, the lifetime DSM-IV prevalence of PTSD was found to be around 6.8%, while in low income countries where people have experienced war, conflict or mass violence the rates were found to be much higher (15.8% in Ethiopia, 17.8% in Gaza Strip, 28.4% in Cambodia, and 37.4% in Algeria.

In summary, the literature shows that urban populations worldwide are highly exposed to traumatic events, and that the prevalence of mental disorders relates to this exposure is expressive. However, few studies were carried out in the developing world, whose population is exposed to the highest levels of violence and social disadvantages. The available data shows that prevalence rates of PTSD tend to be much higher in low and middle-income countries than in the US and Europe” (ANDREOLI et al, 2009).

Com dados mais objetivos e descritivos da realidade brasileira, no período de maio a novembro de 2009, o Prove registrou o atendimento de 76 novos pacientes, sendo 52 (68,4%) mulheres. “A maioria (50-65%) apresentava diagnóstico de TEPT, 23 (30,2%) transtorno depressivo maior, 14 (18,4%) transtorno do pânico, 8 (10,5%) transtorno *borderline* de personalidade e 13 (17%) com outros diagnósticos. Muitos casos tinham mais de um diagnóstico” (SERAFIM e MELLO, 2010). As causas que levaram pacientes adultos ao Programa foram os constantes no quadro a seguir, obtido na bibliografia original:

Frequência de eventos traumáticos motivadores da entrada no Prove

Eventos traumáticos/motivo do encaminhamento n=76	Nº	%
Assalto	21	28
Sequestro	10	13
Assassinato na família	9	12
Morte na família	7	9,2
Abuso sexual	8	8,5
Violência doméstica	5	6,5
Acidente com meio de transporte	5	6,5
Presenciar assassinato	3	4
Agressão física	3	4
Rebelião	2	3
Outros	3	4

“Foram incluídas, também, 27 crianças no Prove, nesse período, sendo 14 (52%) meninos e 13 (48%) meninas. Dessas, 17 (63%) tinham entre 0 e 10 anos de idade e os demais entre 11 e 17 anos” (SERAFIM e MELLO, 2010). Os motivos dos seus encaminhamentos foram:

Causas de encaminhamento entre crianças

Eventos traumáticos/motivo do encaminhamento	Nº pessoas	%
Assassinato de familiar	6	22,2
Abuso sexual (inclui suspeita)	5	18,5
Assalto (vivido ou presenciado)	4	14,81
Violência doméstica (vivida ou presenciada)	4	14,81
Acidente (atropelamento, queda avião)	2	7,4
Sequestro	2	7,4
Mortes por doença na família	2	7,4
Suicídio na família	1	3,7
Filicídio	1	3,7
Negligência	1	3,7
Outros	1	3,7

Demais estudos brasileiros encontrados, com análises de prevalência de TEPT (XIMENES et al, 2009; BORGES e DELL'AGLIO, 2008), divulgam dados que não se diferenciam em muito dos já apresentados aqui, e, ainda, analisam a frequência de sintomas isolados do Transtorno, e não do quadro clínico configurado como um todo, o que é denominado de TEPT parcial (CABIZUCA et al, 2010).

Algumas pesquisas analisam prevalência do TEPT dentre os transtornos desenvolvidos em consequência de outros quadros de saúde, como nos casos de lesões acidentais por queimaduras (MEDEIROS, KRISTENSEN e ALMEIRA, 2009) e de fibrose cística (CABIZUCA et al, 2010). Sobre o primeiro caso, o estudo de referência encontrou uma prevalência de 13 a 23% de transtorno depressivo e de 27% de transtornos de ansiedade, dentre os quais se encaixa o TEPT, com prevalência estimada de 24,8% considerando-se critérios para o diagnóstico de TEPT parcial. O segundo caso, de fibrose cística, avaliou a ocorrência de TEPT dentre os pais e mães de pacientes nessa condição – em 62 indivíduos avaliados, 46 mães e 16 pais, a prevalência foi de 6,5% para TEPT e 19,4% para TEPT parcial. “Os pais com e sem sintomas de TEPT diferiram significativamente em dois aspectos psicossociais: os primeiros relataram mais problemas emocionais ($p = 0,001$) e reconheceram mais frequentemente a necessidade de tratamento psiquiátrico ou psicológico ($p = 0,002$) que

os últimos. Entretanto, somente 6,3% dos pais com sintomas de TEPT estavam em tratamento psiquiátrico/psicológico” (CABIZUCA et al, 2010).

O TEPT pode, então, se desenvolver após um evento traumático que pode envolver tanto uma experiência violenta ou quanto acidentes, perdas ou doenças crônicas, mas não há um estudo com avaliação das causas predominantes do TEPT no Brasil. Como visto em Cabizuca et al (2010), o transtorno acaba por não ser tratado na maioria das vezes, também por falta de diagnóstico, tornando-se um problema invisível ao sistema de saúde. Pelo visto, há ainda muito que se conhecer a respeito do problema.

De uma forma geral, os resultados encontrados, além de reafirmarem a carência de pesquisas sobre o tema no Brasil, reforçam a necessidade de se avaliar a correlação entre o quadro clínico e a realidade de violência, conforme suas modalidades mais frequentes. O TEPT, quando consequência de violência, também pode gerar violência. A associação do TEPT com as situações de guerra já não é mais a preocupação prevalecente – a violência cotidiana torna o problema ainda mais sério. Nota-se um interesse crescente de teóricos e clínicos pelo estudo e tratamento desses casos, o que pode indicar, com visões otimistas, os primeiros passos rumo à melhoria da qualidade de vida dos brasileiros.

3.3 – Transmissão transgeracional da violência no TEPT

Segundo as ideias discutidas em Ferreira e Marturano (2002), a violência e os comportamentos externalizantes (dentre eles, agressividade, impulsividade e condutas anti-sociais) têm se mostrado, nos estudos de referência, como multifatoriais e transacionais, resultantes de trocas contínuas entre as características pessoais, parentais e o contexto social/ecológico no qual o indivíduo se insere e com o qual se relaciona – esse contexto é frequentemente adverso, “marcado por dificuldade econômica e estressores psicossociais incidindo sobre a família”. São consequência final de uma cadeia de eventos, mas que geralmente se inicia no lar.

Nos resultados das pesquisas sobre o tema, é consenso que as estratégias de educação negativas (como a coerção ou abuso físico), ou mesmo a negligência, interferem diretamente nos comportamentos das crianças e dos adolescentes, determinando suas condutas atuais e

futuras, que incluem atitudes agressivas, hostis e anti-sociais (FERREIRA e MARTURANO, 2002; BOLSONI-SILVA e MARTURANO, 2002; CARVALHO e GOMIDE, 2005; SALVO, SILVARE e TONI, 2005; e os demais estudos mencionados por eles). De forma equivalente, as pesquisas demonstram como as intervenções psicoeducativas podem reverter essa situação, seja em trabalhos com os cuidadores, seja intervindo sobre as crianças e os adolescentes.

No estudo de Carvalho e Gomide (2005), é pressuposto confirmado em sua pesquisa que o estilo parental – conjunto de estratégias dos pais para promover a socialização dos filhos, conforme Wood, McLeod, Sigman, Hwang e Cho (2003) – é o grande determinante do desenvolvimento de conduta anti-social. Gomide (2003), mencionado no texto, cria um método de mensuração, o chamado índice de estilo parental (iep). Basicamente, ele consiste na diferença entre a quantidade de práticas educativas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e de negativas (negligência, monitoria negativa, disciplina relaxada, punição inconsistente e abuso físico).

“Para Gomide (2004), os pais negligentes agem como espectadores e não como participantes da educação, e essa situação pode ser caracterizada por falta de atenção, descaso, ausência dos pais, omissão ou mesmo pela falta de amor. (...) A ausência dos pais e a não disponibilidade para o apoio e ajuda a seus filhos, associadas a outras dificuldades educativas, acabam configurando um campo propício à aprendizagem de comportamentos em que o outro não é considerado em termos de seus sentimentos e necessidades, originando, possivelmente, as formas de violência apresentadas pelo adolescente e pelo adulto” (CARVALHO e GOMIDE, 2005).

A monitoria negativa se baseia em uma supervisão estressante, que reprime a comunicação, expressa desconfiança, gera ansiedades e tristezas, e que acaba por incitar mentiras e omissões dos filhos. A disciplina relaxada passa informações difusas sobre o que é certo ou errado, desautoriza os pais ou outras figuras de autoridade e descredita as regras, o que acontece também quando a punição depende do humor do agente punidor e não do comportamento do filho. Da mesma forma, o abuso físico gera efeito de aumentar o comportamento anti-social ao invés de eliminá-lo (CARVALHO E GOMIDE, 2005).

O Transtorno desenvolvido devido ao abuso infantil, que é vivenciado por uma grande quantidade de pessoas, é comumente diagnosticado nas mães abusadoras – “uma das facetas menos conhecidas do TEPT é sua frequente associação à transmissão intergeracional do comportamento violento” (MENDLOWICZ e FIGUEIRA, 2007). Quando os maus-tratos são vivenciados precocemente, seus efeitos são ainda mais prejudiciais, gerando associação entre

os sintomas do TEPT e o processo de desenvolvimento psicológico. Nesse caso, “as experiências traumáticas infantis causariam déficits permanentes na regulação dos processos comportamentais, cognitivos e emocionais que contribuiriam para limitar as habilidades dos pais para cuidar da sua prole e, em consequência, aumentariam o risco de transmissão intergeracional de dependência de drogas, dificuldades de relacionamento e violência familiar” (MENDLOWICZ e FIGUEIRA, 2007).

Esses dados podem ser constatados nas experiências de atendimento com Treinamento de Pais com vistas à interrupção do ciclo intergeracional de comportamentos negativos. Poucas pesquisas relatam a existência de serviços públicos que utilizam dessa abordagem (VELASQUEZ et al, 2010 -2), o que demonstra pouco investimento do sistema público sobre essa metodologia para maximização das ações em busca da paz.

Através do relato de experiência publicado no livro “Podemos prevenir a violência” (MELLO, 2010), os membros do Ambulatório de Trauma (AMTRA) expõem sua experiência de atendimento em grupo aos pais de pacientes com TEPT devido a experiências violentas. A equipe utiliza, em seu trabalho, as bases da psicoterapia cognitiva e, através delas, explica o fenômeno intergeracional (ou transgeracional) presenciado na prática clínica:

“Quando chamamos os pais para uma entrevista, vimos que eles também haviam passado por situações traumáticas em suas vidas, tendo experimentado sentimentos de culpa, raiva e hostilidade frente a situações assustadoras, que já tinham sofrido ameaças a sua integridade física ou moral ou mesmo já tinham sido vítimas de graves ofensas e injúrias em seu passado. Nesses pais, os sentimentos decorrentes há muito haviam se instalado e se cristalizado em crenças irracionais, pensamentos ilógicos, acabando por conduzi-los a comportamentos disfuncionais. Isso se repete na educação que dão aos filhos e até aos netos. A agressão às crianças por parte desses 'educadores' reforça a propagação transgeracional de práticas violentas em ambientes domésticos, podendo gerar o quadro sintomático do TEPT” (VELASQUEZ et al, 2010 -1).

Em complementação a essa ideia, pode-se pensar que as estratégias violentas, ou agressivas, dos pais nas relações com os filhos podem desencadear um quadro de TEPT ou intensificá-lo. Se, conforme já mencionado, intervenções positivas podem reverter condutas anti-sociais, é uma hipótese possível que comportamentos positivos na educação dos filhos poderiam contribuir para a melhoria do paciente com TEPT. Essas afirmações vão diretamente ao encontro da necessidade de suporte social/familiar do indivíduo vitimizado, para que o quadro agudo não se transforme em um quadro crônico do estresse pós-traumático.

O modelo de psicopatologia da teoria cognitiva se fundamenta no princípio de que o funcionamento mental humano é baseado em Esquemas (conjunto de crenças, regras e pressupostos individuais que regem o modo de ver e interpretar a si mesmo e ao mundo), e que, assim, a doença mental decorre de vulnerabilidade cognitiva (expressa em distorções do Esquema) e de inflexibilidade cognitiva, estando o pensamento em primazia sobre a emoção e comportamento (estes são definidos por aquele).

Segundo o texto do AMTRA (VELASQUEZ et al, 2010 –1), considerando que o contexto social determina e gera a prática violenta, “se houver falhas no modo do indivíduo ou de um grupo processar a informação social sobre a violência – por exemplo, se a vítima for estigmatizada ou diminuída pela violência sofrida –, isso ajuda a gerar o TEPT”.

Neste caso, a agressão pode ser interpretada como uma padronização na forma de ver o mundo, conforme os novos esquemas gerados por experiências violentas: afeta novas cognições, as impressões afetivas, os comportamentos e as reações fisiológicas. Quando há estresse severo, dificilmente os mecanismos compensatórios voltam à sua homeostase. Assim, são geradas respostas mal adaptativas. Os eventos se reapresentam em forma de *replay*, facilitando as generalizações sobre o que é ou não ameaçador, e gerando comportamentos de defesa ou ataque.

Sendo assim, os indivíduos vitimizados que desenvolveram TEPT tendem a ver o mundo a partir da perspectiva da violência e a agir conforme os repertórios comportamentais acessados em sua experiência de vida. De acordo com Sameroff, Sameroff, Baldwin & Baldwin (1993) mencionados em Ferreira e Maturano (2002), “o acúmulo de condições adversas seria mais importante que o tipo ou a natureza da adversidade presente”. Ou seja, quanto mais intensas e frequentes forem as vivências violentas, mais as interpretações serão influenciadas por elas, e maiores são as chances do indivíduo que aprende violência ensinar violência.

4 – A Grupoterapia Cognitiva e sua eficácia no tratamento do TEPT

4.1 – Definições da Terapia Cognitiva

A terapia cognitiva é realizada a partir do modelo cognitivo da psicopatologia, com a aplicação de estratégias cognitivas e comportamentais que visam testar os esquemas disfuncionais e treinar os pacientes para realizar operações mentais de reconhecimento, monitoramento e avaliação de pensamentos automáticos (cognições), além de sua ligação entre sentimentos e comportamentos, e sua substituição por outros mais orientados à realidade.

Em uma relação de cooperação ativa, o terapeuta se empenha em engajar o paciente no processo terapêutico, de forma que este aprenda a manejar seus sintomas e cognições a fim de sair do quadro patológico atual. Para tanto, o paciente deve aprender a se autoquestionar, e, assim, sozinho e fora do ambiente terapêutico, poder generalizar as técnicas aprendidas em terapia (BECK et al, 1997). Segundo Beck et al (1997), os pensamentos automáticos são padrões automáticos estereotipados, ou “pensamentos sem reflexão”, que conduzem a sentimentos difusos e comportamentos desadaptativos. O processo de psicoterapia visa, assim, uma reestruturação cognitiva.

Além dos conceitos de esquemas e erros cognitivos, o modelo postula sobre a tríade cognitiva, composta pela visão que o indivíduo tem de si mesmo, de suas experiências e do futuro. Basicamente, as intervenções cognitivas visam reestruturar as distorções de interpretação da realidade que estão na base das psicopatologias, e podem ser observadas nesses três aspectos.

4.2 – A Terapia Cognitiva em Grupo

Segundo Bieling, McCabe e Antony (2008), o atendimento em grupo tem várias vantagens sobre o atendimento individual. Sob a perspectiva dos sistemas de saúde, principalmente, o grupo permite o atendimento de um número maior de pacientes a cada sessão, permitindo a economia de recursos financeiros, tornando essa modalidade mais econômica e sua relação custo-efetividade maior.

A terapia de grupo foi proposta pela primeira vez no fim da década de 70, e já teve sua eficácia confirmada por pesquisas da época. A comparação de validade entre ambas as modalidades varia para alguns tratamentos específicos. Alguns transtornos ou condições clínicas são critérios excludentes de terapia grupal, ao mesmo tempo em que outros são melhor tratados em grupo (BIELING, McCABE e ANTONY, 2008).

O tratamento do TEPT é adaptável a ambas as modalidades de psicoterapia, e há algumas pesquisas comparando os dois procedimentos. A escolha por um deles geralmente deve ser baseada no julgamento clínico e no aspecto prático (CALHOUN e RESICK, 1999). Atualmente, existem muitos recursos disponíveis compartilhados na literatura (BIELING, McCABE e ANTONY, 2008).

Os benefícios da grupoterapia para o TEPT são: o apoio social que o grupo fornece a cada um de seus membros, a diminuição da sensação de isolamento (acolhidos pelo compartilhamento de experiências e sintomas), o aumento do grau de reflexão sobre comportamentos generalizantes e esquemas cognitivos, e a contribuição para a normalização dos sentimentos relacionados ao trauma. Em grupo, os pacientes podem compartilhar técnicas de manejo e enfrentamento, contribuindo mutuamente para o desenvolvimento de novos repertórios comportamentais. Em terapia, os pacientes podem atribuir novos significados às suas vivências violentas, abandonando a postura de vítima para assumir a postura de ativos, sobreviventes, e de que podem encerrar o ciclo de violência. Dessa forma, há aprendizagem sobre os próprios sintomas, sobre seu manejo e sobre sua prevenção.

“Os grupos com os quais o indivíduo estabelece relações constituem o principal contexto social, no qual os mecanismos de aprendizagem social operam, uma vez que expõem o indivíduo a definições, a modelos a serem imitados, bem como a diferentes tipos de reforço do comportamento” (IMURA e SILVEIRA, 2010). Nessa perspectiva, o grupo terapêutico torna-se um novo referencial para o paciente com TEPT, contexto no qual os indivíduos compartilharão vivências e estruturas cognitivas com o foco na mudança, auxiliados pelo terapeuta – figura de fundamental importância nesse processo.

Os princípios da grupoterapia em TCC (Terapia Cognitiva Comportamental), conforme Rangé (2002) mencionado em Velasquez et al (2007), são: 1) Coesão, que diz do interesse individual

pelos outros membros e pelo grupo como um todo, e que é meta primeira e constante do terapeuta grupal; 2) Foco na tarefa, que objetiva a resolução do problema comum; 3) O papel do terapeuta como facilitador e mediador do processo, como guia e instrutor de técnicas e habilidades, e como investigador, utilizando o método socrático de questionamento e estimulando as mudanças de pensamento; e 4) A estrutura e o conteúdo das sessões, divididas, basicamente, em quatro momentos, sendo o primeiro destinado a relatos sobre a semana; o segundo à definição de uma agenda comum, elegendo um pensamento automático como tema; o terceiro para a geração de resposta adaptativa ao pensamento elegido; e o quarto momento para a definição de uma lição de casa, que põe em prática, em contexto externo, o que foi aprendido em terapia. Todos os passos são definidos em conjunto.

Em Bieling, Mc Cabe e Antony (2008) há uma menção mais detalhada sobre estudos do tema da grupoterapia, na qual os autores fazem a importante consideração de que há a mesma aplicação de estratégias em grupo que há na terapia individual, mas sugerem que se deve exaltar o “componente inerentemente 'relacional'” da modalidade grupal. Essa abordagem considera a importância da conexão do terapeuta, como membro atuante da dinâmica grupal, com o esquema interpessoal do paciente, bem como as reações daquele a este. Beck (1995), mencionado por esses autores, enfatizava o papel da aliança terapêutica cooperativa, com atenção a essa participação do componente do terapeuta, como base para uma TCC produtiva.

As interações entre os membros, assim como entre membros e terapeuta, envolvem oportunidades de aprendizado significativas, de troca de informações e utilização de estratégias cognitivas e comportamentais. As técnicas e o processo grupal devem estar em simbiose e raramente em competição direta, pois é através do relacionamento terapêutico que as técnicas serão comunicadas (BIELING, McCABE e ANTONY, 2008).

Os pacientes com TEPT experimentam, nessas circunstâncias, uma relação ampla de paciência, tolerância, compaixão, compreensão, apoio, amor e, ainda, uma relação em que é valorizado o comportamento positivo, pró-social, cooperativo e pacífico. Toda reação vivenciada em grupo deve ser compreendida cognitivamente, e operacionalizada, gerando mudanças reais – “(...) o grupo em si pode criar um ambiente que apóie ou prejudique as metas gerais de aprendizado e utilização das estratégias cognitivas e comportamentais” (BIELING, McCABE e ANTONY, 2008), e essa é uma oportunidade rica de encerramento do ciclo de violência para pacientes com TEPT.

4.3 – As estratégias cognitivas e comportamentais da TCC em grupo para TEPT

Segundo Habigzang et al (2008), uma das dificuldades na terapia do TEPT é a identificação de sintomas por parte dos pacientes, principalmente as crianças, ainda imaturas para descrever suas alterações comportamentais, afetivas e cognitivas. Por esse motivo e também pela dificuldade em se obterem amostras homogêneas de pacientes de acordo com características particulares e com a gravidade dos eventos traumáticos, não é possível fazer uma padronização dos procedimentos no tratamento do TEPT. “Dessa forma, a melhoria das crianças não depende apenas da eficácia/efetividade do tratamento, mas do funcionamento dos adultos cuidadores da criança. A saúde mental dos pais, conflito conjugal, dinâmica familiar, presença de eventos estressores, o nível socioeconômico da família, fatores culturais e comunitários influenciam no grau e manutenção da melhoria” (HABIGZANG et al, 2008), o que indica necessidade de atendimento concomitante dos filhos e dos pais dos pacientes com TEPT.

Conforme já discutido, o elemento processual da terapia em grupo tem primazia sobre os elementos puramente técnicos da TCC. A modalidade grupal da TCC focada no trauma vem mostrando melhores resultados que outros tratamentos na diminuição de sintomas de depressão, ansiedade e TEPT, assim como na reestruturação cognitiva (HABIGZANG et al, 2008). Cada atendimento torna-se, dessa forma, uma nova oportunidade de aplicação de estratégias cognitivas e comportamentais, que terão como alvos sintomas específicos do Transtorno.

Considerando-se a dificuldade de identificação dos sintomas do TEPT, o primeiro passo no tratamento dos mesmos é a Psicoeducação, que visa esclarecê-los e compreender de que forma se fazem presentes na vida de cada um dos pacientes. Esse procedimento visa também dar explicações claras sobre o funcionamento da TCC e de seus conceitos básicos, tais como pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, que são alguns dos focos principais do processo terapêutico.

Da mesma forma que alguns pacientes com TEPT demonstram incapacidade de reconhecer suas alterações fisiológicas e psicológicas, é comum a dificuldade de identificação e expressão de emoções por parte dos mesmos, considerando, também, o embotamento afetivo próprio de seu quadro psicopatológico. Assim, ensiná-los a conhecerem e comunicarem seus

sentimentos e percepções é também um dos desafios iniciais, que possibilitam o contato claro tanto entre os pacientes quanto entre os pacientes e o terapeuta, e geram maior grau de autoconhecimento.

O diálogo terapêutico se faz socraticamente, ou seja, através de questionamentos que geram o autoquestionamento do paciente e a reflexão. Considerando-se que os pensamentos automáticos são nada menos que pensamentos não refletidos, o processo de mudança terapêutica parte dessa atividade de pensar sobre si mesmo e sobre os próprios pensamentos, e dessa oportunidade de substituí-los por outros mais orientados à realidade. Os colegas de grupo tornam-se, nesse sentido, fontes de novas perspectivas para questionamentos e de pensamentos novos.

Através da comunicação terapêutica, é possível os pacientes identificarem seus pensamentos automáticos, e elegerem, em grupo e consensualmente, aqueles que serão foco de reflexão a cada sessão. Diante de um transtorno específico como o TEPT, pensamentos catastróficos, depressivos, amedrontados, punitivos ou agressivos, por exemplo, surgem comumente a todos os pacientes, que, juntos e com a ajuda do terapeuta, tornam-se capazes de reconhecê-los sempre que aparecem, mesmo fora do ambiente de terapia.

Identificados e selecionados os pensamentos automáticos, estes serão sistematicamente avaliados conforme os sentimentos e comportamentos associados, em circunstâncias variadas em que surgem. Assim, é possível definir a estrutura cognitiva disfuncional que determina o quadro psicopatológico do trauma. O problema gerado dessa configuração mental disfuncional é a generalização, que torna ameaçadoras e estressantes todas as situações com estímulos semelhantes aos do evento violento, impedindo que a pessoa retome seu equilíbrio e saúde. Vivenciar na grupoterapia um novo padrão relacional, em que podem ser refletidos os piores sentimentos do trauma e estudados novos repertórios comportamentais, é o passo inicial para a mudança terapêutica.

Para tanto, há aplicação de técnicas específicas, tais como Técnicas de Relaxamento para diminuir a ansiedade emergente; o “Mapa da Memória Traumática”, com avaliações e descrições multisensoriais da memória e que tem como objetivo final a dissociação das generalizações produzidas por esta e pareadas com o estresse (KNAPP e CAMINHA, 2003); a Dessensibilização Sistemática e a Exposição Gradual aos estímulos relacionados ao trauma –

“O não-processamento da experiência traumática se dá pela evitação de lembranças e reações afetivas decorrentes do trauma” (KNAPP e CAMINHA, 2003) e as reações emocionais também dependem das interpretações do paciente sobre o ocorrido e sobre si (segundo a Terapia de Processamento Cognitivo de Astin e Resick, 2002; mencionada em Knapp e Caminha, 2003). Portanto, no tratamento do TEPT, os pacientes devem ser expostos às lembranças estressoras sistematicamente, enfrentando gradualmente suas dificuldades, seus medos, primeiramente em ambiente terapêutico, para depois fazê-lo em ambiente externo, com mediação do terapeuta, a fim de gerar reinterpretação e resignificação da memória traumática e elaborar novas reações emocionais, com controle da ansiedade.

Alguns autores falam da reconceitualização da memória traumática – modelo proposto por Deffenbacher, mencionado por Knapp e Caminha (2003):

“A técnica da recordação através da imaginação, em que o paciente lembra da experiência relevante delineando os detalhes da cena de forma gradual, é um importante instrumento que viabiliza a reconceitualização. As intervenções podem incluir a reestruturação cognitiva para o diálogo disfuncional consigo mesmo, além do treinamento de relaxamento para ativação emocional e fisiológica, de comportamento para os déficits em habilidades, de resolução de problemas, de auto-eficácia e auto-reforço, entre outros”.

Conforme Foa e Kozac (1986) citados por Knapp e Caminha (2003), a exposição sistemática proporciona alteração e atualização da estrutura semântica da memória traumática, integrando-a aos esquemas pré-existentes ao evento e “criando novos repertórios cognitivo-comportamentais”. Há, nessa circunstância, “habituação ao medo e posterior modificação do esquema disfuncional de esquiva” (segundo Terapia de Processamento Cognitivo de Astin e Resick (1979) mencionada por Knapp e Caminha, 2003).

São realizados também o Registro de Pensamentos Disfuncionais e a testagem de formas alternativas de se comportar diante de situações cruciais, assim como formas de pensar e sentir, que sejam positivas (como a exposição gradual, essa testagem é feita primeiro por ensaio e encenações no ambiente de psicoterapia e posteriormente no contexto real dos pacientes) – técnicas comportamentais, com Treinamento de Habilidades Sociais (KNAPP e CAMINHA, 2003). Esses procedimentos são fonte de treino e aprendizado para os pacientes em tratamento, os munindo de táticas para lidar com situações futuras que lhes pareçam ameaçadoras e possam despertar os sintomas do TEPT.

Diante do “alarme” do despertar da memória traumática, os pacientes podem acionar o “Botão de Emergência”, dispositivo mental interno que permite a identificação da ativação do esquema disfuncional e o uso da mediação cognitiva” (KNAPP e CAMINHA, 2003). Através dele, o paciente atualiza, voluntária e conscientemente, o sentido e a validade da memória. “Ao aprender estas técnicas, ele deixa de ter uma posição passiva frente à memória traumática e passa a mediar cognitivamente o conteúdo semântico da memória através da abertura de outros arquivos de valência positiva e da re-interpretação da memória traumática”.

A TCC é planejada passo a passo, ainda que o grupo seja dinâmico e traga algumas mudanças no decorrer do processo terapêutico. Assim, a utilização das estratégias de tratamento (quais, quando e como) é definida conforme a configuração do caso específico (grupo) a ser atendido, sempre seguindo um encadeamento lógico, “à medida que o paciente vai cumprindo os objetivos propostos” (KNAPP e CAMINHA, 2003).

Para planejamento dos atendimentos, deve haver avaliação psicológica quantitativa e qualitativa (CALHOUN e RESICK, 1999), que defina a gravidade do trauma, o tipo de evento vivenciado, os sintomas apresentados e comorbidades presentes, fatores como idade cronológica, idade mental, sexo e demais variáveis que possam surgir e interferir no desenvolvimento da terapia. Os resultados dessa avaliação são revistos no decorrer e ao final do processo terapêutico, a fim de se obterem evidências sobre a efetividade do tratamento oferecido e controlar a manutenção dos seus efeitos positivos. Os pacientes tornam-se capazes, depois de preparados pelo terapeuta, de prevenir sua recaída, aprendendo técnicas de identificação de situações de risco, do reaparecimento dos sintomas e estratégias de proteção (HABIGZANG et al, 2006).

5 – Conclusão

As pesquisas brasileiras deixem a desejar quanto à suficiência de dados estatísticos nacionais e estaduais sobre violência e TEPT – um dos transtornos mentais mais comuns em consequência de experiências violentas. Mesmo assim, as referências mencionadas já são, em certa medida, contribuições para a argumentação a respeito da prevalência do problema no país e da necessidade de implementação e melhoria de políticas públicas de segurança e atendimento à vítima e ao agressor. Muito ainda é necessário conhecer acerca da realidade do TEPT no Brasil.

Sabe-se que o amparo social é um fator determinante do desenvolvimento do Transtorno, e cabe aos membros da comunidade científica ampliar as pesquisas sobre o tema e a divulgação do problema, de forma a tornar os serviços de saúde centros de referência e apoio aos indivíduos vitimizados. Da mesma forma, cabe a ela fornecer informações úteis à sociedade, de maneira que a família, as igrejas e as escolas também se tornem cientes de seu papel e sua integração na rede de suporte social.

O indivíduo que tem uma maior abrangência de grupos aos quais pertence e pelos quais é acolhido e que tem melhores habilidades sociais tem menor probabilidade de sofrer os impactos do estresse e maior condição de reparar seus efeitos (HABIGZANG et al, 2006). As habilidades sociais são, assim, variáveis de acordo com fatores socioculturais e de saúde e desenvolvimento, que devem ser observados clinicamente e receber maior atenção a níveis de atenção e prevenção.

Tendo como base os estudos científicos que validam a abordagem cognitiva em grupo e as válidas experiências terapêuticas relatadas, a Grupoterapia Cognitiva para o TEPT apresenta-se como ferramenta diferenciada, possível e de fácil acesso para a maximização dos efeitos das intervenções pela paz. Muitos profissionais e grupos de profissionais estão se dedicando a essa “causa”, e garantindo, em medidas homeopáticas, a melhoria da qualidade de vida, nos âmbitos individual e social. Compartilha-se aqui essa perspectiva teórica com objetivo de fundamentação para novos planos de ação terapêuticos em contextos distintos do Brasil.

6 – Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association [APA]. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV**. Coordenação Dr. Miguel R. Jorge. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

ANDRADE, Keli Rodrigues de. **Violência doméstica/conjugal em Belo Horizonte: uma perspectiva exploratória da vitimização**. Revista Três Pontos - Revista do Centro Acadêmico de Ciências Sociais/UFMG, Belo Horizonte, v. 2, p. 35-45, 2005. Resumo disponível em <<http://www.fafich.ufmg.br/revistatrespontos/resandrade2.htm>>. Versão completa disponível em <http://www.crisp.ufmg.br/arquivos/artigos_publicacoes/violencia_d_omestica.pdf>.

ANDREOLI et al.. **Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey**. BMC Psychiatry, 2009; 9: 34. Doi 10.1186/1471-244X-9-34. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700799/?tool=pubmed>>. Acesso em 05 jan 2012.

BECK, Aaron T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997. 316p.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 348p.

BERLIM, Marcelo T; PERIZZOLO, Juliana; FLECK, Marcelo P A. **Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462003000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 jan 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000500012>.

BIELING, P.J.; McCABE, R.E.; ANTONY, M.M.. OLIVEIRA, Ivo Haun de. (trad). **Grupos de Terapia Cognitivo-Comportamental: possibilidades e desafios**. In: _____. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos. Porto Alegre: Artmed, 2008. 408p. ISBN 978.85.363-1520-1.

BORGES, J.L.; DELL'AGLIO, D.D.. **Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos**. Psicologia em Estudo, Maringá, v.13, n.2, p 371-379, abr/jun 2008.

CABIZUCA, M. et al.. **Os pacientes invisíveis: transtorno de estresse pós-traumático em pais de pacientes com fibrose cística**. Rev Bras Psiqu Clin, 2010; 37 (1): 6-11. Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n1/6.htm>>. Acesso em 20 dez 2011.

CALHOUN, K.S.; RESICK, P.A.. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático**. In: BARLOW, David H.. Manual clínico dos transtornos psicológicos. Porto Alegre: Artmed, 1999. 2ed. Cap 2.

CALVETE, E.; ORUE, I. **Social Information Processing as a Mediator Between Cognitive Schemas and Aggressive Behavior in Adolescents**. Journal of Abnormal Child Psychology, 2011. DOI: 10.1007/s10802-011-9546-y. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/r53k5785_2445kr04/>. Acesso em 29 dez 2011.

CALVETE, E.; ORUE, I. **The Impact of Violence Exposure on Aggressive Behavior Through Social Information Processing in Adolescents.** American Journal of Orthopsychiatry, 2011, 81(1): 38–50. DOI: 10.1111/j.1939-0025.2010.01070.x. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1939-0025.2010.01070.x/pdf>>. Acesso em 29 dez. 2011.

CARVALHO, M.C.N. de; GOMIDE, P.I.C.. **Práticas educativas parentais em famílias de adolescentes em conflito com a lei.** Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 22, n. 3, set. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000300005>. Acesso em 20 dez 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000300005>.

Comunicação Social do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **IBGE divulga Indicadores Demográficos e de Saúde.** 02 set 2009. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1445&id_pagina=1>. Acesso em 21 dez 2011.

Comunicação Social do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **SIS 2010: Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos.** 17 set 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1>. Acesso em 21 dez 2011.

Datafolha Instituto de Pesquisas. **Pesquisa Nacional de Vitimização.** Disponível em <<http://datafolha.folha.uol.com.br/vitimizacao/vitimizacao.php>>. Acesso em 02 jan 2012.

DAY, Vivian Peres et al . **Violência doméstica e suas diferentes manifestações.** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, vol 25 suppl.1. Porto Alegre, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 nov 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003>

DIAS, S.S.; DIAS, S.; SOARES, F.M.; VELASQUEZ, R.. **Um caso de violência transgeracional.** In: XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2008, Brasília. Anais do XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2008. v. 1.

ESTADO DE MINAS – FJP NA MÍDIA – FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Índices de violência.** 25 jun 2008. Postado em 26 jun 2008. Disponível em <<http://www.fjp.gov.br/index.php/banco-de-noticias/35-fjp-na-midia/471>>. Acesso em 22 dez 2011.

FERREIRA, M.C.T; MARTURANO, E.M.. **Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002, 15 (1), pp 35-44. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a05_v15n1.pdf>. Acesso em 20 dez 2011.

FLORENZANO, Ramón; WEIL, Kristina; CRUZ, Carlos; ACUÑA, Júlia; FULERTON, Cláudio; MUÑIZ, Carolina; LEIGHTON, Carolina; MARAMBIO, Magdalena. **Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico.** Santiago Chile: Universidad de Los Andes, 2002, p.1-5.

FRIEDBERG, Robert D., McCLURE, Jéssica M. **A Prática Clínica de Terapia Cognitiva**

com Crianças e Adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2004, 272p.

HABIGZANG, L. F. e cols. **Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, 2008; vol 24, n1, PP 067-076.

HABIGZANG, L. F. et al. **Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção.** Psic clin, Rio de Janeiro, 2006; vol 18, n2, p 163-182. ISSN 0103-5665.

IMURA, Carolina P.; SILVEIRA, Andréia M.. **Como explicar a violência.** In: MELO, Elza Machado. Podemos prevenir a violência: teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Cap 15. p 243-251. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Cap2. ISBN 978-85-7967-039-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010.** Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. ISSN 1516-3296. Disponível em <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf>

JUNIOR, Euler. ESTADO DE MINAS – FJP NA MÍDIA – FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Crimes violentos em queda.** 14 mai 2010. Postado em 14 mai 2010. Disponível em <<http://www.fjp.gov.br/index.php/banco-de-noticias/35-fjp-na-midia/1082-crimes-violentos-em-queda>>. Acesso em 22 dez 2011.

JUNIOR, Euler. ESTADO DE MINAS – FJP NA MÍDIA – FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Minas mais violenta.** 14 mai 2010. Postado em 14 mai 2010. Disponível em <<http://www.fjp.gov.br/index.php/banco-de-noticias/35-fjp-na-midia/1083-minas-mais-violenta>>. Acesso em 22 dez 2011.

KNAPP, Paulo; CAMINHA, Renato M.. **Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 2003; 25 (Supl I): 31-6.

MEDEIROS, L.G.; KRISTENSEN, C.H.; ALMEIDA, R.M.M. de.. **Estresse pós-traumático em pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura.** Universidade Luterana do Brasil. Aletheia 29, p 177-189, jan/jul 2009. Disponível em <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1150/115012533015.pdf>>. Acesso em 20 dez 2011.

MENDLOWICZ, Mauro V.; FIGUEIRA, Ivan.. **Transmissão intergeracional da violência familiar: o papel do transtorno de estresse pós-traumático.** Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2007, vol.29, n.1 ISSN 1516-4446. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462007000100023&script=sci_arttext>.

Ministério da Justiça – Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública.** São Paulo, ano 5, 2011. ISSN 1983-7364. Disponível em <www.forumseguranca.org.br>. Acesso em 02 jan 2012.

Ministério da Justiça – Segurança Pública. **Pesquisa Nacional de Vitimização.** Disponível em <<http://portal.mj.gov.br/Senasp/data/Pages/MJCF2BAE97ITEMID91D79F8E43F74AEE>>

[BDAC8ADD6789AAC7PTBRNN.htm](#)>. Acesso em 21 dez 2011.

Ministério da Justiça – Segurança Pública. **Principais estatísticas**. Disponível em <<http://portal.mj.gov.br/Senasp/data/Pages/MJCF2BAE97ITEMIDD6879A43EA3B4F1691D2CAFD1C9DDB19PTBRNN.htm>>. Acesso em 21 dez 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes**. In: WESTPHAL, Márcia Faria (org). *Violência e Criança*. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 2002. Parte II. Cap.1, p.95-113.

PAPALIA, Daiane E.; OLDS, Sally W.. **Desenvolvimento Psicossocial na Segunda Infância**. In: _____. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 7 ed. Cap 7. p 228-236.

PAPALIA, Daiane E.; OLDS, Sally W.. **Sobre o Desenvolvimento Humano**. In: _____. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 7 ed. Cap 1. p 40-55.

PORTO, Maria Stela Grossi. **Crenças, valores e representações sociais da violência**. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 16, dez. 2006 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1517-45222006000200010. Acesso em 20 dez. 2011.

SALOMON, Zahava. **Situação da Criança e do Adolescente em Israel. “Crescendo em Ambientes violentos: Vulnerabilidade e Resiliência”**. In: WESTPHAL, Márcia Faria (org). *Violência e Criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. Parte I. Cap.2 p.73-89.

SALVO, C.G. de; SILVARES, E.F. de M.; TONI, P.M. de. **Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social**. *Estud. psicol.* (Campinas) [online]. 2005, vol.22, n.2, pp. 187-195. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22_n2a08.pdf>. Acesso em 20 dez 2011. ISSN 0103-166X. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005_000200008.

SBARDELLOTO, G.; SCHAEFER, L.S.; JUSTO, A.R.; KRISTENSEN, C.H.. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência**. *Psico-USF*, v.16, n.1, p 67-73, jan/abr 2011.

SERAFIM, Paula Maria; MELLO, Marcelo Feijó de. **Transtornos de estresse agudo e pós-traumático**. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 6, n. Spe, nov. 2010. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 jan 2012. ISSN 1806-6976.

SOARES, F. M. ; ALVARENGA, M. F. M. ; VELASQUEZ, Rute ; SILVEIRA, J. C. C. . **Violência e Transtorno de Estresse Pós-Traumático entre crianças e adolescentes: revisão sistemática**. In: I Simpósio Internacional de Violência e Saúde Mental, 2008, SP. Anais do I Simpósio Internacional de Violência e Saúde Mental, 2008.

SOUZA, Wanderson F. de.. **Estudo prospectivo do impacto da violência na saúde mental das tropas de paz brasileiras no Haiti**. Tese de Doutorado, CDD – 22.ed. Rio de Janeiro : s.n., 2011. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=i>

[ah/iahxis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=596713&indexSearch=ID](http://iahxis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=596713&indexSearch=ID)>. Acesso em 02 jan 2012.

VELASQUEZ, Rute M. S.; ALVES, Fernanda J. R.; ALVARENGA, Maria Fernanda M.; SOUZA, Sandra das Dores; SILVEIRA, José Carlos C. Da. **Cuidadores incluídos no tratamento – O Grupo de Cuidadores com Treinamento de Pais torna-se, para a equipe do AMTRA, um novo recurso no tratamento de vítimas de violência e na interrupção da transmissão transgeracional da violência.** In: MELO, Elza Machado. Podemos prevenir a violência: teorias e práticas. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2010. Cap 15. p 243-251. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. ISBN 978-85-7967-039-8. Acesso virtual: http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1214&Itemid=614.

VELASQUEZ, Rute M. S.; SILVEIRA, José Carlos C. da; FILHO, José B.; ALVES, Fernanda J. R.; MOLINA-MUÑOZ, Lourdes M.; ALVARENGA, Maria Fernanda M.; MUNDIM, Juliana. **UM SERVIÇO DE SAÚDE ESPECIALIZADO EM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: um modelo cognitivo-comportamental.** Belo Horizonte: Revista Plural - Universidade FUMEC, jul/dez. 2007. n26. pp 141-157.

VELASQUEZ, Rute M. S.; SILVEIRA, José Carlos C. Da; FILHO, José B.; ALVES, Fernanda J. R.; MOLINA-MUÑOZ, Lourdes M.; ALVARENGA, Maria Fernanda M.; MUNDIM, Juliana. **Da necessidade de criação de um serviço de saúde ambulatorial para atendimento a vítimas de violência em Belo Horizonte** (resumo). Anais do I Colóquio Interinstitucional De Laboratórios de Psicologia, cedido pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/ PUC-MG, em julho de 2007. ISBN 978-85-60778-24-9.

VELASQUEZ, R.; DIAS, S. S.; ADJUTO, I. ; MUNOZ, L. M. M.; SILVEIRA, J. C. C.. **O treinamento de pais e cuidadores: ensinando a educar e promovendo a saúde mental.** Revista médica de Minas Gerais (Belo Horizonte), v. 20, p. 182-188, 2010.

VETTORE, M.U.; LAMARCA, G. **Projeto Fica Vivo: ações estratégicas, mobilização e participação social interferem positivamente na sociedade.** [artigo na internet]. 2011 jul. Acesso em 03 dez. 2011. Disponível em <<http://cmdss2011.org/site/2011/08/projeto-fica-vivo-ações-estratégicas-mobilização-e-participação-social-interferem-positivamente-na-sociedade>>

VETTORE, M.U.; LAMARCA, G. **Tá lá o corpo estendido no chão...: um panorama da epidemia de violência no Brasil** [artigo na internet]. 2011 Set. Acesso em 20 dez. 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/?p=3664&preview=true>.

WASELFISZ, JJ. **Mapa da Violência 2011: os jovens do Brasil.** São Paulo: Instituto Sangari; Brasília (DF): Ministério da Justiça; 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/09/MapaViolencia2011.pdf>. Acesso em 20 dez. 2011.

WASELFISZ, JJ. **Mapa da Violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil. - Minas Gerais.** São Paulo: Instituto Sangari; Brasília (DF): Ministério da Justiça; 2011. p 147- 151. Disponível em: http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2012/mapa2012_web.pdf. Acesso em 20 dez. 2011.

WESTPHAL, Márcia faria (org). **Violência e Criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002, 313p.

WHITE, John R.; FREEMAN, Arthur S. **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Populações e Problemas Específicos**. SP: Roca, 2003. 460p.

XIMENES, L.F. et al.. **Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2): 417-433, 2009.