

Maria Fernanda Mantovani Alvarenga

PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA ÀS
CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA OU INTRAFAMILIAR QUE
DESENVOLVERAM O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO.

BELO HORIZONTE
2012

Maria Fernanda Mantovani Alvarenga

PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA ÀS CRIANÇAS
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA OU INTRAFAMILIAR QUE
DESENVOLVERAM O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO.

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: Prf^a Mestre/Doutoranda 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 **MARIA FERNANDA MANTOVANI ALVARENGA** nº de registro 2011671005. 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: **“PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA OU INTRAFAMILIAR COM POTENCIAL TRAUMÁTICO”**, 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 90 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

Cuzikawa

Prof. José Carlos Cavaleiro da Silveira/ Coordenador

José Carlos Cavaleiro da Silveira

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

José Carlos Cavaleiro da Silveira
Coordenador do Curso de Especialização em
Psicoterapias Cognitivas
Faculdade de Medicina da UFMG
Fone: 34199-2

RESUMO

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica que aborda a violência doméstica ou intrafamiliar, seus impactos na vida da criança e uma das manifestações clínicas decorrentes - o Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), conforme o DSM IV(1995). Está fundamentada em dados provenientes de bases científicas como Scielo, Pubmed, PsycInfo e correlatas, além de capítulos de livros pertinentes ao tema. Tem como objetivo ampliar o conhecimento sobre o impacto destas experiências de violências domésticas na vida de crianças e mostrar a aplicabilidade da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do TEPT. Assim, o trabalho apresenta o contexto familiar em que tais violências ocorrem, bem como os traumas que se seguem. Discute-se a adequação de modelos psicoterápicos para tais situações, apontando a abordagem Cognitivo-Comportamental como efetiva, uma vez é capaz de modificar os padrões de pensamentos e crenças disfuncionais que causam ou mantêm o sofrimento emocional, ao mesmo tempo em que propicia o desenvolvimento de novos repertórios comportamentais adaptáveis ao enfrentamento de diferentes situações da vida. Realça a necessidade de sua adaptação ao cliente infantil e características individuais do paciente, requerendo criatividade, empenho e disponibilidade do terapeuta.

Palavras-chave: Violência doméstica, TEPT, terapia cognitiva comportamental, crianças.

ABSTRAT

This study deals with a literature that addresses domestic violence or family, their impact on the child's life and one of the clinical manifestations associated – the Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), according to the DSM-IV (1995). It is based on data from scientific as Scielo, Pubmed, and related PsycInfo, and book chapters relevant to the topic. Aims to increase knowledge about the impact of these experiences of domestic violence in the lives of children and show the applicability of cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD. Thus, the paper presents the family context in which such violence occurs, and the traumas that follow. It discusses the appropriateness of psychotherapeutic models for such situations, pointing to the cognitive-behavioral approach as effective, since it is able to modify the patterns of dysfunctional thoughts and beliefs that cause emotional distress or maintain at the same time it enables the development new behavioral repertoires adaptable to cope with life situations. Stresses the need to adapt to the client and child patient's individual characteristics, requiring creativity, commitment and willingness of the therapist.

Keywords: Domestic violence, PTSD, cognitive behavioral therapy, children.

SUMÁRIO

1 -	Introdução.....	06
2 -	Família: a dinâmica familiar	09
3 -	Uma breve perspectiva histórica sobre violência contra crianças	12
4 -	Violência doméstica e/ou intrafamiliar e seus impactos	15
	4.1 – Tipos de violência doméstica	17
5 -	Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT): breve histórico e diagnóstico	21
6 -	Psicoterapia cognitivo-comportamental e Psicoterapia Cognitiva	26
7 -	O tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático: terapia cognitiva, terapia cognitivo-comportamental e contribuições do modelo integrado	29
8 -	Conclusão	34
9 -	Referências Bibliográficas	36
10 -	Anexo	40

1. Introdução

O presente trabalho apresenta uma revisão bibliográfica quanto ao potencial traumático gerado pela violência doméstica ou intrafamiliar, mostrando como os conflitos dentro das famílias afetam diretamente a criança que vive nesse ambiente.

Esta pesquisa dialoga com diversos autores para que seja possível um amplo entendimento do tema e dos impactos causados na vida psicossocial do indivíduo. Além disso, tem como foco o Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) e as possíveis comorbidades consequentes, apresentando argumentos favoráveis ao modelo da Terapia Cognitiva como uma abordagem eficaz de tratamento para esses casos.

Muitas são as questões que se levantam sobre o tema, porém, o objetivo é discorrer sobre o processo terapêutico cognitivo no tratamento do TEPT infantil.

É importante pontuar que alguns autores diferenciam a violência doméstica da intrafamiliar. A violência intrafamiliar é aquela que envolve apenas a família nuclear, enquanto o conceito de violência doméstica abrange “os outros membros do grupo, sem função parental, que convivem no espaço doméstico” (BRASIL, 2002, p. 15). Neste trabalho, esses dois termos serão utilizados como sinônimos.

Como veremos, a violência está presente nos vários níveis sociais, econômicos e culturais, sendo considerada um problema de saúde pública, além de manifestar-se de várias formas quer seja física, verbal, psicológica e sexual. Esta última constitui um fenômeno social grave, ocorrendo em diversas culturas e classes sociais. Aqui, abordaremos a violência doméstica ou intrafamiliar nos seus vários subtipos.

Trata-se de um fenômeno que, embora perceptível, mantém-se oculto em muitas famílias. São situações não reveladas que evitam a desestrutura de um “falso” equilíbrio que precisa ser mantido pelos membros. Através de recentes legislações, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, a sociedade começa a tomar consciência, propiciando denúncias e mesmo a busca de tratamentos e alternativas para lidar com tais situações.

O impacto causado pela violência se reflete no funcionamento cognitivo e emocional, afetando diretamente o desenvolvimento do indivíduo, como se vê no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV: “A violência pode ser um evento traumático, uma situação social crítica que compromete a saúde mental e o desenvolvimento integral dos

sujeitos, manifestando-se clinicamente como Transtorno de Estresse Pós-Traumático” (TEPT, DSM-IV, 1995).

Além dos aspectos terapêuticos, este trabalho aborda o contexto familiar de crianças vítimas de violência e com manifestação do TEPT, buscando compreender e conhecer o que diz a literatura sobre os sintomas decorrentes. No trabalho clínico desenvolvido com esta população, no Ambulatório do Trauma da UFMG, do Hospital das Clínicas, observa-se diferentes sintomas cognitivos e emocionais, como o declínio na aprendizagem escolar além de sensações persistentes de culpa e /ou hostilidade, raiva, comportamentos de oposição e problemas de memória e atenção. Como se observa, além de afetar, de uma maneira geral, a vida da criança, o impacto se destaca no ambiente social e escolar, englobando aspectos psicológicos, sexuais e afetivos.

Pode-se pensar, conforme Salomon (2002), que a criança é vítima de situações potencialmente traumáticas geradas por agressores que também são vítimas da violência contextual e cultural, de forma a produzirem (ou reproduzirem) um ciclo de comportamentos (atitudes) e respostas agressivas nas suas relações. Assim, como resultado dessas interações estressoras, os indivíduos desenvolvem várias formas de lidar com a violência, que são fundamentalmente a evitação, o medo, e prejuízos emocionais como a angústia, a baixa autoestima, a falta de autoconfiança, pouca esperança em relação ao futuro, possíveis pensamentos ou atos suicidas, desenvolvimento de problemas de saúde física ou mental. A transmissão da violência, de geração em geração, os chamados “ciclos transgeracionais”, é também um alvo importante de estudo e de intervenção.

Dentre as muitas abordagens terapêuticas capazes de minorar tais sofrimentos, destaca-se a cognitivo-comportamental. Embora a maioria dos estudos e pesquisas reportem a pacientes adultos, o foco em crianças também se faz presente, sendo esta a população destacada neste trabalho. O termo Terapia Cognitiva se refere especialmente àquela vertente desenvolvida por Aaron Beck, mas muitas são as correntes de terapia cognitiva, principalmente a Terapia Racional Emotiva Comportamental de Albert Ellis, a Psicoterapia Estrutural de Guidano e Liotti, dentre outras. O termo Terapia Cognitivo-Comportamental refere-se à combinação das abordagens cognitivas às estratégias comportamentais no tratamento com distúrbios emocionais.

Neste trabalho, pretende-se reunir o conhecimento atualizado sobre o impacto da violência na vida das crianças e sobre as contribuições da Terapia Cognitiva, assim como da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento do Transtorno de Estresse Pós Traumático. Para isso foram usadas bases de dados científicas como Scielo, Pubmed, PsycInfo e outras correlatas, além de capítulos de livros relevantes para o tema.

Para facilitar a compreensão da proposta, buscou-se, primeiro situar o contexto ambiental de tais violências, mostrando a família e suas dinâmicas internas, além das violações mais comuns sofridas por crianças e adolescentes, além dos traumas que se seguem a tais situações. Feito isto, foram abordados os processos e procedimentos psicoterapêuticos que melhor têm gerado resultados positivos para a cura ou para minorar o sofrimento de tais pacientes. Isto permitiu apontar algumas conclusões teóricas que têm se confirmado na prática terapêutica.

2. Família: a dinâmica familiar

A definição do que vem a ser uma “família” não é algo simples, pois depende do contexto social e cultural no qual esta se apresenta. Muitos estudiosos vêm tentando encontrar um conceito apropriado e, apesar dos esforços e do conhecimento até então acumulado, a sua elaboração ainda é uma idealização e uma construção histórica de cada um de nós.

Uma das definições citadas por Gomes e Pereira (2005), diz que: “No imaginário social, a família seria um grupo de indivíduos ligados por laços de sangue e que habitam a mesma casa”. E ainda acrescentam que se pode pensar em uma definição que engloba maior número de aspectos, sendo a família um grupo social constituído de sujeitos que se relacionam diariamente a partir de uma rede de emoções, sentimentos e ações pessoais. Nesse espaço, são apreendidos valores éticos e morais e também se solidificam laços fortes de companheirismo, deixando marcas de geração para geração.

A família, considerada base da sociedade, tem especial amparo do Estado e o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 19, garante que:

“Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes” (Brasil, 2001, p. 20).

Nos últimos anos, ocorreram diversas modificações e transformações sócio-econômico-culturais ligadas ao sistema de globalização da economia capitalista. Estas, de acordo com Gomes e Pereira (2005), afetam a dinâmica familiar, facilitando as mudanças “em seu padrão tradicional de organização”. Com isso, não podemos falar de Família e sim Famílias, no plural, para abranger as variadas formas de relações e vínculos existentes na sociedade.

Mesmo com tantas mudanças, ao longo dos anos, a família e a educação foram e serão uma forte influência para o desenvolvimento da personalidade e do caráter da criança. Nesse sentido, a família é uma construção social que varia dependendo da época, permanecendo como espaço fundamental para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos, sendo responsável por proporcionar uma boa estrutura afetiva e o necessário para o crescimento saudável dos seus componentes, embora nem sempre o faça.

As pessoas têm diferentes representações de família: algumas representações são idealizadas, outras são próximas da estrutura da família de origem, outras são inspiradas em outras

famílias, mas, de qualquer maneira, a construção social da família é o fundamento da sociedade. “O sentir-se pertencente a um grupo, no caso a família, possibilita a inserção a outros grupos”, construindo a identidade necessária para a construção da subjetividade de cada sujeito. É próprio da vida do ser humano o estabelecimento de vínculos e é na família, como grupo primário, o lugar para esta prática. As famílias são vistas enquanto produtoras e reprodutoras da vida biológica e social em que valores, símbolos e representações sociais constituem o elo entre os membros que as compõem. (GOMES e PEREIRA, 2005).

A convivência familiar é um espaço que proporciona a oportunidade da construção do afeto e do companheirismo, mas também ali proliferam-se os mais variados conflitos. O dia-a-dia em um lar é estabelecido pelos membros que ali vivem e cada um traz consigo questões e conflitos internos e interpessoais que podem emergir na convivência familiar. Algumas vezes estes podem causar diversos transtornos e afetar a todos os membros, mas é principalmente nas crianças que estes efeitos podem ser mais danosos.

É importante ressaltar que, muitas vezes, a violência “dentro de casa” é velada: um pacto que se estabelece na família, uma “regra” que é instituída na cultura familiar e se mantém por crenças que perpassam a dinâmica familiar e se fixam, consolidando-se como algo difícil de ser quebrado. A lei do silêncio fixa-se como uma regra que se mantém ao longo do tempo por várias gerações. Esse silêncio, estabelecido como um segredo familiar pode passar por várias gerações sem ser denunciado. Há um mito em torno dele, nada é falado, mas todos sabem ou parecem saber da sua existência, mesmo que ignorem o conteúdo. O silêncio se constitui como um pacto inconsciente com o agressor ou em nome de uma “falsa harmonia” familiar. A denúncia contra o agressor pode significar, na dinâmica da família (para as vítimas ou para algum membro da família) um tipo de rompimento com a reciprocidade familiar. Isso acaba por desestruturar essa dinâmica de falsa harmonia, ao trazer à tona o segredo de forma clara e concreta e tornando o problema visível.

Podemos observar que nas famílias incestuosas a lei de preservação do segredo familiar prevalece sobre a lei moral e social. A prática do incesto geralmente perdura por muitos anos com uma relação de confiança estabelecida e ocorre com o conhecimento, aprovação e cobertura de outros membros da família. (AMAZARRAY, 1998).

O estresse causado pelas circunstâncias econômicas e sociais, a que estão sujeitas as famílias, pode vir a causar situações de violência intrafamiliar ou doméstica. Em algumas famílias

pobres, a crise econômica estimula a ida dos filhos para as ruas e, conseqüentemente o abandono escolar, a fim de contribuir com a renda familiar, o que prejudica seriamente o desenvolvimento dessas crianças, pois, elas precisam do convívio sócio familiar para um crescimento saudável.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), síntese de indicadores Sociais (2009), 44,7% das crianças e adolescentes de até 17 anos viviam, em 2008, com uma renda familiar *per capita* de meio salário mínimo e 18,5% de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo.

Conforme divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 17/01/2012, o índice de vulnerabilidade dos domicílios brasileiros em 2009 registrou melhoria de pouco mais de 14% em relação à média de 2003. Houve avanços significativos em várias dimensões, especialmente naquelas referentes à dinâmica econômica, tais como acesso ao trabalho – queda de 20,3% – e escassez de recursos – queda de 24,2%.

No período, apresentaram elevação os indicadores associados à presença de idoso nas famílias e à ausência de cônjuge. “A população envelhece e a proporção de famílias chefiadas por apenas um adulto aumenta”, informa o estudo. Outro dado da pesquisa é que há aumento do número de membros da família em idade ativa e redução da presença de crianças e bebês no conjunto dos domicílios.

Isso evidencia a situação social em que vivem as famílias brasileiras. Percebe-se que o Brasil não é um país pobre, e sim um país desigual.

De acordo com Gomes e Pereira (2005), o quadro de pobreza no Brasil obrigando-nos a pensar suas conseqüências no social e, sobretudo, na área de atuação junto da família. O Estado precisa dar suporte e propiciar condições necessárias para que essas famílias conseguissem promover o desenvolvimento de seus filhos. Esses fatos são relevantes, pois nos fazem pensar que certas situações sociais, como a citada acima, podem também desencadear conflitos e, como conseqüência, a violência intrafamiliar ou doméstica.

3. Uma breve perspectiva histórica sobre violência contra crianças:

Notícias a respeito da violência contra crianças e adolescentes surgem com muita frequência nos meios de comunicação e assustam a sociedade, e uma pergunta sempre vem à tona: como alguém pode fazer mal a um ser tão indefeso? Não há resposta justificável para tal prática tão mal vista por todos.

O percurso histórico pelas diferentes formas de maus-tratos a crianças e adolescentes foi também analisado por Minayo (2006). Segundo a autora:

“A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força, e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro, ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes”. (MINAYO, 2006, p.13)

Na sociedade contemporânea, as crianças se inserem como sujeitos de direito e reconhecidos também como cidadãos. Porém, para se chegar a essa consciência social do lugar da criança, foram necessários muitos movimentos que lutassem por esta cidadania, como no final da Revolução Francesa, no século XVIII, quando o movimento social pela cidadania sofreu forte influência das reivindicações ativas dos sujeitos coletivos, que foi a grande corrente social do feminismo e depois da infância (MINAYO, 2006 apud LIMA, et al., 2006)

Nesse momento, faz-se necessário estabelecer uma definição em relação à violência e especificamente a violência contra crianças colocada por Minayo (2002):

“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 crianças e o adolescente constitui-se em todo ato ou omissão de pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar danos físico, sexual e/ou psicológico à vítima. De um lado, implica uma transgressão do 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 criança e adolescente têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento” (ASSIS, 1994; GUERRA, 1996, apud MINAYO, 2002).

A violência contra as crianças, de acordo com Assis (1994), já advém de muito tempo, acompanhando a trajetória humana desde acontecimentos muito primitivos e se manifestando em diversas modalidades nas diferentes sociedades.

Frequentemente, as vítimas de violência se transformam em agressores, evidenciando uma difícil situação nas relações presentes nesse fenômeno antigo. “A prática do infanticídio era aceita pelas sociedades antigas, sendo facultado aos pais acolher ou renegar o filho recém-nascido” (KEINE, 1992 apud MINAYO, 2002). Há também passagens na Bíblia que mostram momentos nos quais faltavam alimentos e o povo hebreu comia as crianças mais novas.

Ao longo da história, essa postura de violência contra crianças foi sendo modificada a partir de algumas posições legais conquistadas pela sociedade moderna, como explica Minayo e Souza (1999). Um exemplo histórico das tentativas de coibir a violência contra crianças, citado por Assis (1994) é o da criação em Roma, nos anos 315 – 329 dC, de uma lei sugerindo que os pais que praticassem o infanticídio teriam suas mãos decepadas. A conquista da cidadania e do respeito aos direitos das crianças e adolescentes vem acontecendo aos poucos, à medida que a sociedade desenvolve uma consciência em torno dessa demanda.

As articulações em favor da infância tornaram-se evidentes em 1988 com a criação do Fórum Nacional Permanente de Entidades Não-Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. Ele inaugurou o processo de articulação entre as ONGs para a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Na realidade, o grande movimento social em prol dos direitos da criança e do adolescente se constituiu e foi constituído na mobilização nacional e internacional pela mesma causa, introduzindo-a como “prioridade nacional e absoluta” na Constituição Brasileira de 1988. (LIMA, 2006).

O surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) há mais ou menos vinte anos no Brasil, teve papel primordial para o reconhecimento das crianças como sujeito de direito, cidadãos que merecem um destaque especial por precisarem de proteção e respeito em pleno desenvolvimento cognitivo. Essa lei institui total cuidado à população infanto-juvenil. Os artigos a seguir foram reproduzidos do ECA:

Art. 2º - Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos (...).

Art. 3º - A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

(...)

Art. 5º 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.

No entanto, mesmo com o surgimento do ECA, e dos vários programas sociais de conscientização e prevenção, a violência no Brasil ainda é preocupante. Estudos epidemiológicos e sociológicos citados na cartilha do Ministério da Saúde de 2006 têm mostrado que, frequentemente, as crianças são vítimas da violência desde o nascimento, manifestando, mais adiante, comportamentos desadaptativos na infância, na adolescência e na vida adulta. Mas é principalmente na fase da adolescência que esse fato desponta de maneira preocupante. Nessa etapa da vida, os jovens aparecem como agentes agressores, mas, sobretudo, como vítimas. Por isso, a importância de se identificar precocemente as situações de abuso às quais as crianças foram submetidas e que lhes causaram algum tipo de sofrimento mental ou que foram potencialmente traumáticas.

4. Violência doméstica e/ou intrafamiliar e seus impactos

“A violência, quando praticada dentro do lar, é chamada violência doméstica” (Minayo, 2002). Essa ocorre em meio às interações pai - mãe - filho, e não deve ser considerada algo natural; pelo contrário, é algo destrutivo na dinâmica familiar. As sociedades têm submetido crianças e adolescentes a inúmeros tipos de violência, sendo a de cunho doméstico uma das mais comuns. Trata-se de uma violência que permeia todas as classes sociais.

Segundo Azevedo (1990), a violência doméstica contra crianças e adolescentes define-se como sendo:

“uma violência interpessoal e intersubjetiva; é um abuso do poder disciplinar e coercitivo dos pais ou responsáveis; é um processo que pode se prolongar por meses e até anos; é um processo de completa objetualização da vítima, reduzindo-a à condição de objeto de maus-tratos; é uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente enquanto pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança; tem na família sua ecologia privilegiada. Como esta pertence à esfera do privado, a violência doméstica acaba se revestindo da tradicional característica de sigilo” (AZEVEDO, 1990.)

À violência gerada e presenciada no plano doméstico tornam-se necessárias as ações de cunho preventivo, visando a uma diminuição nessas ocorrências e a uma melhor interação intrafamiliar.

Ainda que haja diferenciação nos conceitos de violência doméstica e intrafamiliar, alguns autores consideram violência doméstica e violência intrafamiliar como significando a mesma coisa, reunindo os dois conceitos e os chamando também de violência familiar. O importante aqui é a compreensão desses conceitos como a violência que ocorre no espaço familiar, na própria relação da família, na relação dos pais ou responsáveis com as crianças, ou filhos que habitam esse mesmo espaço.

Componentes associados à família, à relação do casal, à criança, ao idoso e à deficiência, tornam-se fatores preocupantes da violência intrafamiliar. “A família, como grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consanguinidade ou de convivência, tem a função primordial de socialização de seus membros” (BRASIL, 2002). O exercício dessa função é desempenhado em um contexto dinâmico de organização e de relação e poder. Nesse contexto, surgem fatores que predeterminam a violência:

“distribuição desigual de autoridade e poder entre os membros da família; relação centrada em papéis e funções rigidamente definidas; indiferenciação dos papéis com apagamento de limites entre os membros; ambiente estressor, com dificuldade de

diálogo e descontrole de agressividade; estrutura de funcionamento fechada, com pobre interação social; situações de crises ou perdas (morte, separação, migração, entre outras); baixo nível de desenvolvimento da autonomia dos indivíduos; história de violência familiar na família de origem das pessoas envolvidas; abuso de drogas; antecedentes criminais ou uso de armas; comprometimento psicológico/psiquiátrico dos indivíduos; dependência econômica/emocional e baixa auto-estima entre os membros” (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, é importante destacar que os efeitos da violência doméstica ou intrafamiliar se estabelecem na vida das vítimas, sua origem se mantendo desconhecida, independentemente de qualquer fronteira de classe social, cultural ou nível de desenvolvimento econômico, podendo aparecer tanto no domínio íntimo do lar como também no domínio público e em qualquer etapa da vida. “Dificuldades financeiras, desemprego, problemas com a justiça, abuso de álcool e drogas apresentam-se como um dos fatores de risco, mas não únicos”. (Azevedo e Guerra, 1995; Saffioti, 1997; Sinclair, 1985; Williams, 2001 apud Padovani e Williams, 2008).

Em pesquisas, Guerra (1996) apud Minayo (2002), identificou que terapeutas descobriram que, principalmente no espaço doméstico, a criança desempenha uma função social de preservar a união dos familiares quando esta é colocada no papel de “bode expiatório” como forma de resolver problemas emocionais do núcleo familiar. A partir disso, o estresse é descarregado nas crianças, sendo esta uma via de escape efetiva para manter o equilíbrio emocional de todos os membros do espaço familiar.

O ambiente familiar agressivo gera a aprendizagem de comportamentos conseqüentemente agressivos, como forma de resolução de problemas. Na escola, por serem mais agressivas, as crianças vítimas de violência doméstica podem ser rejeitadas pelos colegas e professores, por exemplo, gerando maior estresse e afetando o processo de aprendizagem e o estabelecimento de relações sociais e laços afetivos. Quando crescem, estes comportamentos não tratados se repetem e se acentuam na relação com os filhos, com a mulher, mais uma vez com amigos, desembocando no ciclo transgeracional, onde a forma de se comportar e lidar com certas situações passa de geração para geração.

Conforme o modelo cognitivo de Aaron Beck, a maneira pela qual o indivíduo interpreta suas experiências influencia seu modo de sentir e se comportar. Assim, as experiências traumáticas levam a uma visão distorcida de si, dos outros e do mundo, influenciando na condução da sua vida. Acredita-se que a experiência traumática acarreta mudanças nas crenças básicas, que se

não forem tratadas, se mantêm de forma repetitiva tanto em relação aos sintomas, como na forma de agir no mundo.

Um dado importante é que muitas são as crianças que vivem expostas à violência doméstica e, existem muitas pesquisas que mostram as estatísticas de violência contra crianças, embora apontem apenas a ponta do iceberg, mostrem apenas o superficial. Isso ocorre por ainda existir um sigilo da vítima e dos familiares em torno desse fato. Assim, esse segredo só é revelado quando chega a um extremo, como quando há a necessidade de um atendimento médico.

Os crimes sexuais são pouco denunciados. De acordo com Souza e Adesse (2005) há falta de instrumentos adequados para registrar estatisticamente o problema, dificultando a produção de um diagnóstico nacional exato sobre a violência doméstica e sexual no Brasil¹.

Assim, a importância da pesquisa sobre a violência doméstica ou intrafamiliar torna-se evidente quando analisamos suas consequências nas crianças. Como principais sintomas, as crianças vitimizadas apresentam comportamentos agressivos, principalmente em meninos, o isolamento, a passividade, dificuldade para dormir, muitos pesadelos, dores de cabeça, dor de estômago, alergias, comportamentos destrutivos, crueldade contra animais, problemas de atenção e memória, problemas de aprendizagem, tendo como consequência o fracasso escolar, fuga de casa, abuso de drogas e álcool, ideação e tentativa de suicídio, prostituição, gravidez e casamento precoce (LIMA, 2006).

Outros estudos demonstram que um histórico de episódios de violência intrafamiliar pode também favorecer o e/ou aumentar certos sintomas psiquiátricos, como, por exemplo, os quadros de ansiedade, depressão e as dores crônicas. (PADOVANI e WILLIAMS, 2008).

4.1 Tipos de violência doméstica

Para o Ministério da Saúde e estudiosos que trabalham essa questão, a violência doméstica pode ser dividida em quatro tipos de suas expressões mais visíveis que são a violência física, sexual, psicológica e a negligência.

A violência física ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano, por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que pode causar lesões internas e externas. Para Minayo (2002), “é o uso da força física contra crianças, causando-lhes desde uma leve dor,

¹ www.saude.gov.br

passando por danos e ferimentos de média gravidade, até a tentativa ou execução do homicídio”. (MINAYO, 2002, p. 103),

Levantamentos do IBGE revelam que cerca de 20% das crianças e dos adolescentes sofrem violência física e 80% dos agressores são seus próprios pais (LIMA, 2006).

A violência sexual, também chamada de abuso sexual, merece destaque por esse assunto ser de grande importância, e muito citado por diversos autores, que definem este tipo de violência como toda a ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais contra a vontade, por meio da força física, da influência psicológica (intimidação, aliciamento, sedução), ou do uso de armas ou drogas (LIMA, 2006).

Destacado também em Guerra, 1996; Deslandes, 1994; Assis, 1993; Gomes, 1994 apud Minayo 2002, a violência sexual contra crianças “configura-se como todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um adulto (ou mais) com uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimulá-los sexualmente e obter estímulo para si ou outrem” (MINAYO, 2002, p. 104). Em quase todos os estudos sobre esse assunto, os autores sugerem a existência de abuso sexual na esfera familiar, sendo o pai, padrasto, avô, ou pessoas de convívio direto com a vítima, os principais agressores.

O termo abuso sexual é, talvez, o mais disseminado e divulgado para designar as situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, principalmente as que citam a violência intrafamiliar, denominada também como abuso sexual doméstico, violência sexual doméstica, abuso sexual incestuoso, incesto. (BORGES e DELL’AGLIO, 2008).

É importante destacar a diferença, que nem sempre é reconhecida, entre abuso sexual e exploração sexual. O abuso acontece quando o adulto utiliza o corpo de uma criança ou adolescente para sua satisfação sexual. A exploração se dá quando se paga para ter sexo com a pessoa de idade inferior a 18 anos. (OLIVEIRA e SANTOS, 2006).

É interessante destacar que as duas situações são crimes de violência sexual. O abuso sexual infanto-juvenil é incluído no item “Crime Contra a Liberdade Sexual”. São eles: estupro, tentativa de estupro, atentado violento ao pudor e tentativa de atentado violento ao pudor. Já exploração sexual é colocada no tópico “Outros Crimes”, como se não fosse previsto por lei (SOUZA e ADESSE, 2005).

Araújo (2002) apud Gomes e Pereira (2005), refere-se ao abuso sexual infantil como “uma forma de violência que envolve poder, coação e/ou sedução”. É uma violência que abrange duas disparidades básicas: a de gênero e a de geração. Sendo assim, o abuso sexual infantil é frequentemente praticado sem o uso da força física e não deixa marcas visíveis, o que atrapalha a sua comprovação, principalmente quando se trata de crianças pequenas. O abuso sexual pode variar de atos que envolvem contato sexual com ou sem penetração a atos em que não há contato sexual, como o voyeurismo e o exibicionismo.

Até muito recentemente, de acordo com Sanderson (2005) apud Oliveira, e Santos (2006), o abuso sexual infantil era tratado como um assunto velado na sociedade. Entretanto, de alguns anos para cá, esse tabu vem sendo rompido por influência de movimentos feministas, principalmente, porque a mulher é a vítima mais comum. E o que tem sido encontrado é preocupante, não só por causa da frequência de tais acontecimentos, mas também devido a suas consequências biopsicossociais.

No entanto, ainda em todo mundo ela é pouco denunciada, dificultando as estatísticas de um modo geral em relação ao problema. O número real de casos é muito superior ao volume notificado à Polícia e ao Judiciário. Estudos do Departamento de Medicina Legal da Unicamp, de 1997, indicam que apenas 10% a 20% das vítimas denunciam o estupro (DREZETT, 2000 apud SOUZA e ADESSE, 2005).

A criança, como ser em desenvolvimento, além de todo o sofrimento durante o abuso sexual, pode sofrer danos a curto e longo prazo e uma intervenção rápida, efetiva e bem cautelosa pode ter impacto determinante, em longo prazo, no crescimento e desenvolvimento da criança e um efeito benéfico em torno da dinâmica familiar.

As consequências, em longo prazo, das vivências de violência no indivíduo não tratado podem vir a ser graves e tornarem-se um trauma na vida dos indivíduos. Iniciam-se na fase infantil, alcançando a fase adulta sem que o indivíduo saiba o porquê desse sofrimento que o acompanha. O Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) pode aparecer nesse cenário como uma forma de lidar com tais acontecimentos com potencial traumático em resposta a certo fator estressor.

Outro tipo de violência doméstica e intrafamiliar é a negligência, que é considerada como uma omissão de responsabilidade, de um ou mais membros da família em relação a outro, sobretudo, àqueles que precisam de ajuda por questões de idade ou alguma condição

específica, permanente ou temporária. Nesse conjunto se incluem a omissão de cuidados básicos como a escassez de medicamentos, a falta de atendimento à saúde, o descuido com a higiene, a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor, o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual desses seres em formação. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. (WESTPALL, 2002).

Outro tipo é a violência psicológica, sendo considerada como:

“(...) toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui as ameaças, humilhações, chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, exploração, crítica pelo desempenho sexual, não deixar a pessoa sair de casa, provocando o isolamento de amigos e familiares, ou impedir que ela utilize o seu próprio dinheiro. Dentre as modalidades de violência, é a mais difícil de ser identificada. Apesar de ser bastante frequente, ela pode levar a pessoa a se sentir desvalorizada, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade, situações que se arrastam durante muito tempo e, se agravadas, podem levar a pessoa a provocar suicídio”. (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) destacou, pela primeira vez, em âmbito nacional, a importância do diagnóstico e da notificação da violência psicológica, pouco valorizada no País. Considera esse problema como sinônimo de maus-tratos psicológicos, definindo-o da seguinte forma: *“agressões verbais ou gestuais, com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social”* (BRASIL, 2001, p. 51).

Como se vê, muitas e variadas são as formas de agressão contra a criança e adolescentes já identificadas e descritas, o que favorece o campo de estudo e pesquisas. Também muitas e diversas são as consequências e graus de comprometimento de tais ações e experiências na vida infantil e adulta. A seguir, buscamos caracterizar o Transtorno de Estresse Pós Traumático, uma das mais comuns consequências de tais situações que, se não cuidado, gera problemas psicológicos e sociais que dificultam a adaptação ao convívio social, ao desenvolvimento do próprio potencial e reduz a possibilidade de experiências de vida com qualidade.

5. Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT): breve histórico e diagnóstico

Nem todas as pessoas apresentam quadros de psicopatologia e outros problemas de saúde após experienciarem um evento estressor traumático. Porém, quando esses quadros aparecem, há reações severas envolvendo aspectos cognitivos, sociais e biológicos, que acarretam efeitos negativos após experiências traumáticas. O tratamento de uma pessoa que foi exposta a um evento altamente estressor exige um conhecimento amplo e minucioso sobre todos os fatores envolvidos e as circunstâncias da ocorrência.

O TEPT está associado à exposição a diferentes tipos de violência. Estima-se que a prevalência desse transtorno tende a crescer, considerando a violência urbana e interpessoal nas grandes cidades. Esse transtorno não acomete só adultos, mas também possui um alto índice na infância, sendo objeto de interesse deste trabalho. Os principais agentes causadores do trauma aos quais uma criança poderá estar exposta, citados por Caminha, Kristensen e Dornelles 2008 apud Cordioli e cols 2008, dizem respeito à negligência, aos abusos psicológicos, aos abusos físicos e sexuais, já citados anteriormente.

Estudos sobre as reações individuais após a experiência de eventos traumáticos vêm sendo desenvolvidos desde o século XV. Bryant e Harvey (1999) citado por Caminha (2005) afirmam que “problemas psicológicos resultantes de experiências traumáticas podem ser identificados na literatura épica grega”, enquanto Veith, também citado por Caminha (2005), observou descrições de reações históricas em relatos egípcios de 1900 a.C.

Somente na década de 1980, o Estresse Pós Traumático foi reconhecido como um construto psicológico válido e também como um estado patológico passível de diagnóstico por profissionais da saúde mental. Assim, muitas pesquisas foram realizadas a respeito do histórico entre a experiência de um evento estressor traumático e a manifestação de um conjunto de reações características (CAMINHA, 2005).

Logo após a Guerra do Vietnã houve uma grande pressão social, política e clínica para que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM III, incluísse um diagnóstico que contemplasse situações crônicas de indivíduos anteriormente saudáveis que apresentavam sintomas recorrentes após uma experiência incomum adversa.

Em resposta a essa pressão social, política e clínica foi realizada a incorporação de uma resposta sintomática, potencialmente crônica, em relação a um evento estressor traumático. Este era visto como um fator etiológico primário, tendo que abranger dois requisitos: “ser suficientemente severo para produzir sintomas de sofrimento na maioria das pessoas (critério A) e estar fora da cadeia normal de experiências humanas”. Assim, o TEPT era caracterizado “como uma resposta comum a um estressor incomum”, na qual o modelo de sintomas não dependia de vulnerabilidades constitucionais. O critério B, sendo o primeiro agrupamento, reunia três sintomas de revivência ou reexperiência, no qual pelo menos um sintoma tinha que estar presente. O segundo agrupamento, critério C, reunia três sintomas de entorpecimento da resposta como um todo e, dentre eles, um, ao menos, tinha que estar presente. Enfim, o terceiro agrupamento, critério D, continha seis sintomas variados entre os quais incluía: “excitabilidade aumentada, prejuízo cognitivo, esquiva de estímulos associados ao trauma, reexperiência de sintomas na presença de estímulos associados ao trauma e culpa associada à sobrevivência”, e dois desses sintomas pelo menos deveriam estar contidos.

Nesse exemplar, o TEPT apresentava três subtipos de acordo com o tempo de início e duração dos sintomas. Observa-se que o TEPT poderia ser diagnosticado imediatamente após a ocorrência do evento estressor traumático, se as condições acima fossem atendidas. A partir de 1987, quando o DSM III passou por uma revisão, acrescentou-se que o evento estressor teria que ser experienciado com intenso medo ou terror, além de impotência. Passando a ser aceitável que o indivíduo manifestasse o TEPT após testemunhar, tomar conhecimento do evento estressor, aumentando a definição presente anteriormente na terceira edição. Na quarta edição alguns critérios foram eliminados, pois não só a resposta a um evento estressor é muito variável entre os indivíduos, mas existem muitos estressores que se encontram dentro da cadeia natural de eventos que acontecem com os indivíduos (CAMINHA, 2005).

O DSM em sua versão mais nova demonstra uma evolução considerável em seu sistema de classificação, onde sua avaliação e critérios passam por um grande processo de revisão, adotando um modelo descritivo para alcançar um resultado fidedigno e válido nos diagnósticos. Apesar de muito trabalho, há discussões e debates polêmicos sobre a adequação dos critérios diagnósticos atuais do TEPT (CAMINHA, 2005).

O TEPT é considerado um transtorno de Ansiedade do Eixo I, conforme o manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV-TR). Os fatores que influenciam no desenvolvimento do TEPT, de acordo com Caminha (2005), vão de predisposições

genéticas, que incluem a vulnerabilidade genética para respostas de hipervigilância e estresse, até fatores complexos da plasticidade e do amparo social sofrido por um sujeito que passou por uma situação traumática.

Nos pacientes com TEPT, há risco do aumento de outros transtornos de ansiedade, como o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno de pânico, fobia social, agorafobia e fobias específicas. Mais ainda, o TEPT apresenta elevada comorbidade com os transtornos de humor e transtornos relacionados a substâncias, representando um desafio clínico importante para o tratamento e um cuidado maior com os pacientes (CAMINHA, 2005).

De acordo com Caminha (2005), em uma pesquisa feita em 2003 com alunos de graduação de psicologia em estágio clínico e pós-graduação em Psicoterapias Cognitivas e Sistêmica, abrangendo psicólogos e psiquiatras, muito mais da metade destes profissionais e alunos não faziam diagnóstico diferencial em seus pacientes que estavam em psicoterapia com relação ao Estresse Pós Traumático. Vale salientar que nem com crianças esse cuidado ocorria. “Diagnóstico diferencial ocorrendo maus tratos, por exemplo, principal forma de TEPT na infância, parece não ser comum na prática da psicoterapia infantil”. (CAMINHA, 2005).

O TEPT manifesta-se principalmente em crianças, como uma primeira psicopatologia, trazendo junto a isso um potencial de consequências psicopatológicas muito altas. É muito frequente os terapeutas emitirem outros tipos de diagnósticos como TDAH, problemas de aprendizagem, fobias, apego reativo ou Transtorno Psicótico na Infância. “Em avaliações mais criteriosas feitas por terapeutas que possuem principalmente experiência com violência doméstica, principal fator desencadeante de TEPT, acabamos por encontrar eventos que justifiquem TEPT” (CAMINHA, 2005).

No entanto, é primordial que se tenha um conhecimento amplo e minucioso sobre todos os fatores envolvidos, a partir do momento que uma pessoa se vê exposta a um evento altamente estressante. Recomenda-se, em qualquer diagnóstico infantil, pesquisar se houve algum tipo de violência doméstica, englobando desde a negligência até o abuso sexual, para se evitar que algo muito relevante passe despercebido. Caminha (2005), ilustra com seguinte relato: um terapeuta foi orientado a fazer um diagnóstico diferencial de TEPT e só então conheceu o episódio na história de seu paciente, no qual este tinha se acidentado com seu pai, presenciando a morte do mesmo e desencadeando, mais tarde, critérios para o diagnóstico do

TEPT. Ele nunca havia mencionado tal acontecimento em terapia, pois achava que aquilo não teria tanta importância depois de passados alguns anos.

As crianças com TEPT podem regredir de várias formas, mostrando comportamentos de apego exagerado, dificuldade de expressar as emoções adequadamente, principalmente, a agressividade. Surgem também, com muita frequência, os problemas de aprendizagem na escola. A partir desse quadro, os sintomas não aparecem claramente e por isso os tratamentos são, muitas vezes, encaminhados com diagnósticos errôneos ou indefinidos por escolas, programas sociais e outros serviços. Daí a importância de um trabalho minucioso e cauteloso em situações delicadas, como as do TEPT, para se desvendar o real problema que a criança está enfrentando.

Em Belo Horizonte, em 2007, foi criado pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da UFMG, o Ambulatório do Trauma, com o objetivo de atender à população vítima de TEPT, através da REDE SUS e baseado em um referencial sócio-cognitivo-comportamental.

A prática clínica ali desenvolvida vem confirmando os aspectos disruptivos consequentes do TEPT encontrados na literatura e descritos nesta pesquisa bibliográfica e onde a autora desse estudo trabalha. Relativo às crianças, observa-se que, o trabalho lúdico e cuidadoso favorece o contato e a compreensão dos problemas que afetam suas vidas no momento, possibilitando emergir o potencial saudável através do qual se busca a reestruturação psicológica.

De acordo com Caminha, Kristensen e Dornelles (2008) apud Cordioli e cols. (2008) estima-se que, na população geral, entre 60 a 90% dos indivíduos serão expostos a pelo menos um evento estressor potencialmente traumático ao longo da vida. E ainda, foram analisadas e medidas, em um estudo da Associação Médica Americana, há mais ou menos 10 anos, a intensidade e a gravidade de eventos estressores a partir do acarretamento de respostas dissociativas na personalidade, e os lugares de destaque foram ocupados por abusos sexuais e físicos intensos e recorrentes.

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV, 1995, (ANEXO), o Transtorno de Estresse Pós Traumático caracteriza-se por uma resposta sintomática a um evento estressor envolvendo revivência, evitação, entorpecimento e excitabilidade aumentada, acarretando sofrimento significativo e/ou prejuízo funcional com presença de sintomas com mais de um mês. (CAMINHA, 2005, p.25).

Baseando-se nos critérios, descritos várias evidências empíricas mostram que eventos estressores traumáticos na infância são muito comuns e podem acarretar prejuízos profundos no desenvolvimento das crianças.

Foram encontradas alterações corticais significativas em estudos feitos por neuroimagens com sujeitos vítimas de violência doméstica. Mais da metade dos sujeitos avaliados apresentavam essas alterações. Mais tarde, vários outros estudos destacaram importantes alterações de respostas hormonais e também de estrutura neural causada pelo TEPT (RANGÉ, B. e cols, 2011).

Achados recentes, segundo Caminha e Caminha (2011) apud Rangé e cols (2011), citam alterações em funções significativas decorrentes desse Transtorno como:

“memória, diminuição de acesso e evocação de memórias hipocampo-dependentes, maior ativação de memórias amígdala-dependentes, diminuição da capacidade narrativa, da estruturação do pensamento lógico, da capacidade de compreensão de categorização da experiência traumática, diminuição de controle de impulsos, diminuição de atividade motora através da hipervigilância, hiperexcitação autonômica e conseqüente déficit de atenção e reduzida capacidade de julgamento, tomada de decisão e resolução de problemas”. (RANGÉ, B e cols 2011, p.358).

A grande questão do não tratamento do trauma infantil, que advêm principalmente de maus tratos, é a probabilidade aumentada de se desenvolver o Transtorno *Borderline* de Personalidade na vida adulta, que se caracteriza de acordo com o DSM IV(1995) por um padrão invasivo de instabilidades nos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos, bem como acentuada impulsividade que começa no início da vida adulta e está presente numa variedade de contextos. Além disso, são constatados também outros prejuízos já citados, como problemas emocionais, comportamentais e interpessoais que são manifestados na adolescência, como também na fase adulta (VENTURA; PEDROZO; BERGER; FIQUEIRA; CAMINHA, 2005 apud RANGÉ e cols. 2011).

Visando tratar ou minorar tais sofrimentos ou conseqüências, várias abordagens psicoterapeutas são disponibilizadas à sociedade. Dentre estas, destaca-se a Cognitivo-Comportamental que, nos últimos trinta anos, vem alargando seus espaços, através da divulgação de pesquisas e estudos que realçam sua efetividade para tais situações. A seguir, vamos caracterizá-la, pois o tratamento proposto para o TEPT neste estudo centra-se especialmente, em tal conhecimento.

6. Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Psicoterapia Cognitiva

Na década de 60, houve a revolução cognitiva na psicologia, onde diferentes teóricos ou psicoterapeutas passaram a abordar a cognição em seus trabalhos, segundo o ponto de vista de cada um. Diversas formas de psicoterapia, que compartilham pressupostos comuns em relação à mediação da cognição, sua acessibilidade e influência sobre o comportamento, passaram a ser consideradas como terapias cognitivo-comportamentais. Dentre elas, a Terapia Cognitiva de Aaron Beck e outras.

A terapia cognitiva de Beck é uma abordagem psicoterapêutica estruturada, com uma participação ativa entre terapeuta e cliente, voltada para o aqui-agora, para o presente. Manejam-se os comportamentos, sentimentos e pensamentos atuais do paciente, trabalhando-se as memórias e os conteúdos de situações do passado, quando isso se faz necessário para um melhor entendimento da história e de suas crenças. Baseia-se no Modelo Cognitivo e na utilização de técnicas específicas, predominantemente cognitivas e comportamentais, que têm como objetivo a modificação dos padrões de pensamentos e crenças disfuncionais que causam ou mantêm o sofrimento emocional e/ou distúrbios psicológicos no indivíduo. Fundamenta-se no pressuposto de que as emoções, os comportamentos e as reações fisiológicas estão diretamente ligados à forma como o indivíduo avalia suas experiências no mundo. Ou seja, o modo como são interpretadas certas situações irá determinar a maneira como a pessoa irá se sentir, afetiva e fisiologicamente, e como ela irá se comportar (CORDIOLLI e cols, 2008).

A ênfase nos processos cognitivos se faz presente nessa forma de psicoterapia, levando em consideração o ambiente, a história de vida, a biologia, as emoções/afetos e o comportamento. Através da intervenção nas estruturas cognitivas distorcidas (como crenças e pensamentos disfuncionais) é possível alterá-las no sentido de gerar estruturas mais saudáveis, desencadeando uma melhora significativa do “funcionamento” do indivíduo (CORDIOLLI e cols, 2008).

A noção de que são as interpretações, e não os fatos em si, que geram o sofrimento, é importante para se entender a psicopatologia dentro dessa abordagem. “A forma como os eventos são percebidos é expressa por meio de pensamentos automáticos, os quais são pensamentos que coexistem com o fluxo de pensamentos mais conscientes”. (CORDIOLLI e cols, 2008, p.264). Os pensamentos automáticos são julgamentos ou avaliações espontâneos, não muito conscientes, na maioria das vezes, e podem representar parcialmente a realidade.

Estes se encontram em um nível mais acessível e aparecem o tempo todo, no nosso dia-a-dia. As crenças intermediárias ou adjacentes aparecem sob a forma de suposições e regras e estão estruturadas em um nível intermediário. Em um plano mais profundo estão as crenças centrais a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo. Estas são mais antigas e mais rígidas e se formaram através de experiências da infância (CORDIOLLI e cols, 2008).

Há certos pressupostos básicos que fundamentam o trabalho em Terapia Cognitivo-Comportamental e que são importantes para o trabalho terapêutico com o TEPT. As técnicas são adaptáveis a cada indivíduo especificamente. Alguns dos princípios fundamentais se relacionam à correlação entre situações-problema, pensamentos, emoções e comportamentos do indivíduo e à importância da relação terapêutica nesse processo. Esta deve incluir a empatia, a postura de respeito, o interesse diante dos problemas e a compreensão do indivíduo que confia ao terapeuta suas questões delicadas e muito pessoais. Esses são princípios essenciais para o começo de um trabalho eficaz de mudança e diminuição do sofrimento em relação à situação traumática.

“A partir do estabelecimento desta relação, busca-se a colaboração e participação ativa do cliente e do terapeuta na resolução dos problemas abordados através de metas voltadas para o aqui-e-agora e para a identificação, avaliação e modificação de pensamentos e crenças disfuncionais. Para atingir tais objetivos são utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais, principalmente o registro de pensamentos, o questionamento socrático e os experimentos comportamentais”. (ARAÚJO e SHINOHARA, 2002, p.2).

A psicoeducação é uma característica importante para dar início ao tratamento, buscando o aprendizado do indivíduo para o modelo cognitivo, a característica dos seus problemas, o processo terapêutico e a prevenção da recaída. A Terapia Cognitiva é breve, pois com menos de 20 sessões já há visível melhora dos transtornos do Eixo I (neste caso, como foi falado acima, o TEPT, caracterizado como um Transtorno de Ansiedade do Eixo I). O número de sessões varia com o tipo, com a gravidade e com o número de problemas. Por exemplo, os transtornos do Eixo II (Transtornos de Personalidade) demandam um maior número de sessões.

A terapia Cognitiva utiliza-se também de tarefas de casa como uma atividade associada ao processo terapêutico com objetivo de aumentar a efetividade e generalização do que foi trabalhado na psicoterapia. De acordo com Beck (1997):

“Uma breve atualização, incluindo avaliação do humor e uma verificação do uso de medicação, quando aplicável; ponte com a sessão anterior; estabelecimento da agenda; revisão da tarefa de casa; discussão do(s) tópico(s) estabelecido(s) na

agenda; indicação de uma nova tarefa de casa; um resumo da sessão e *feedback*". (BECK, 1997).

Essa revisão das sessões citada por Beck, algumas características importantes da TCC, além de técnicas comportamentais e a relação terapêutica já mencionada, ajudam na compreensão de conceitos pessoais acionados em certas situações e que levam o indivíduo a se comportar de maneira desadaptativa ou disfuncional. No caso deste trabalho, o evento traumático é o desencadeador de comportamentos disfuncionais, podendo causar sofrimento na vida da criança. A abordagem cognitiva, nesse sentido, busca fornecer estratégias para corrigir esses conceitos porque, sem essa formulação, o trabalho terapêutico torna-se vago e impreciso, sem saber exatamente para que e para onde se direcionar.

7. O tratamento do Transtorno de Estresse Pós Traumático: Terapia Cognitiva, Terapia Cognitivo-Comportamental e contribuições do Modelo Integrado.

“Os sentimentos são aquilo que há de mais intenso no TEPT, mais perceptível para o paciente, por isso, a porta de acesso para o tratamento é a modulação afetiva. As demais funções a serem trabalhadas no processo terapêutico, as cognições, comportamentos e reações fisiológicas são introduzidas sequencialmente a partir dos registros emocionais”. (CAMINHA, 2005, p.208).

Além da terapia cognitiva propriamente dita, acrescenta-se também a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), sendo considerada como um dos métodos mais eficazes no tratamento do TEPT. Considera que o modelo de comportamentos agressivos em famílias de crianças e adolescentes torna-se um aprendizado social. Quando essas convivem de forma natural em ambientes agressivos, passam a dar continuidade, a repetir esse tipo de comportamento no dia-a-dia, tornando-se um repertório comum. Por isso, são usadas além de técnicas cognitivas, técnicas comportamentais, para alcançar uma mudança nas crenças do paciente.

A Terapia Cognitiva com crianças difere da terapia cognitiva com adultos. Embora tenham a mesma base teórica o que as diferencia é o manejo, a maneira pela qual o psicoterapeuta infantil deve trabalhar questões delicadas com as crianças sem ser invasivo. Outra diferença é a do envolvimento direto dos pais, no caso do tratamento de crianças.

Primeiramente, as crianças, raramente, começam o tratamento por vontade própria. Elas são trazidas, geralmente, por seus responsáveis, devido a problemas que, muitas vezes, elas não sabem que têm. Além disso, vários exemplos clínicos são relatados na literatura de que as crianças vêm à psicoterapia devido a dificuldades psicológicas que causam problemas para o seu dia-a-dia, refletindo-se em sistemas nos quais estão inseridas, como a escola e a família principalmente. (FRIEDBERG e McCLURE, 2004).

Muitas crianças se adaptam firmemente ao processo terapêutico, aproveitando a oportunidade para falar de seus pensamentos, sentimentos ou algo que as incomoda, mas pode ser difícil para algumas crianças ir à psicoterapia e falar com um adulto, que se encontra em uma posição de autoridade, sobre suas questões, aumentando significativamente o grau de ansiedade.

As crianças têm limitações, interesses, maneiras de expressar e preferências diferentes dos adultos e por isso, o ambiente de psicoterapia infantil é muito diferente da psicoterapia de adultos. O terapeuta precisa trabalhar com muita cautela e paciência, ganhando a confiança da criança aos poucos, conseguindo envolvê-la nas atividades, tendo como objetivo o aumento de sua motivação para continuar o tratamento. Quando a exigência de alguma tarefa é maior que sua capacidade, elas podem parecer resistentes, distantes e até incompetentes. Do contrário, tarefas psicoterápicas simples, sensíveis e significativas ao nível do desenvolvimento atingem com sucesso os objetivos da Terapia Cognitiva.

Nesse sentido, é necessário ter criatividade para abordar os temas que são dolorosos e desconfortáveis para as crianças, buscando tratá-los de maneira imaginativa, usando analogias, histórias e brincadeiras que as deixem concentradas e comprometidas com as atividades. Essa abordagem mais lúdica abre caminho para o aparecimento de questões importantes de suas vidas, que raramente são claras e simples, possibilitando ao terapeuta a utilização dos recursos apropriados da Terapia Cognitiva para o manejo de situações traumáticas na vida da criança.

“Visto que a terapia Cognitiva com crianças baseia-se em capacidades verbais e cognitivas, deve-se considerar cuidadosamente as idades das crianças, bem como suas habilidades sócio-cognitivas e adaptar-se o nível de intervenção à idade e às capacidades do seu desenvolvimento” (FRIEDBERG e MCCLURE, 2004, p.18).

A idade e as habilidades sócio-cognitivas, citadas acima, norteiam quais, como e quando os variados procedimentos e instrumentos cognitivo-comportamentais serão utilizados. É importante considerar que crianças pequenas têm certas dificuldades em relatar seus sintomas, já que a auto-percepção, o vocabulário e as habilidades metacognitivas ainda estão em desenvolvimento. Assim, a ajuda de pais, cuidadores e responsáveis é extremamente importante na identificação do problema e na conceitualização do caso.

O ponto de partida para que qualquer tratamento de TEPT funcione consiste em investigar se o paciente, no caso a criança, continua exposto ao evento estressor ou se se encontra na iminência disso ocorrer. O tratamento não funciona enquanto a exposição direta estiver acontecendo. Um exemplo disso é o trabalho com crianças vítimas de abuso sexual: elas geralmente estão na iminência de uma nova ocorrência de evento traumático (CAMINHA, 2005). Outro ponto importante para se iniciar o trabalho é o conhecimento sobre qual etapa do desenvolvimento a criança se encontra, fornecendo assim, informações cruciais para o tratamento e o manejo do psicoterapeuta. Se uma criança tem problemas de linguagem e de

leitura significativos, por exemplo, provavelmente, não se beneficiará de materiais de leitura muito sofisticados, sendo, assim, indicada a simplificação de materiais.

Obter informações sobre o ajustamento e desempenho da criança na escola é uma tarefa-chave, pois a escola é um lugar onde as crianças demonstram produtividade, respondem a exigências e interagem com os outros.

O tratamento começa pela psicoeducação, citada acima, como umas das características da Terapia Cognitiva, tendo como objetivo compreender o que é trauma, seus mecanismos e o processo de tratamento. Assim, pode-se amparar e ajudar as crianças, pais e cuidadores, a suprimirem os diversos mitos e distorções relacionadas ao trauma.

Durante as entrevistas iniciais, as crianças são convidadas a contar sua experiência traumática, se o terapeuta perceber que é o momento certo e que a criança tolera bem falar da situação. Nessa fase, sintomas como ansiedade e esquiva são comuns e são trabalhados constantemente com técnicas de dessensibilização, inoculação do estresse e relaxamentos, além de avaliações e reavaliações dos pensamentos negativos, com o objetivo de obter maior controle sobre sentimentos e pensamentos. Se nessa exposição verbal houver dificuldades, há recursos como desenhos, jogos e brincadeiras para auxiliar na recordação do evento traumático. Essa dificuldade se faz mais presente em crianças muito pequenas.

Os efeitos do evento traumático, segundo Caminha (2005), podem aparecer devido a certa vulnerabilidade e resiliência da criança e podem ser influenciados pelo temperamento, reatividade neurológica e grau de ligação familiar. Há também a existência de fatores de risco e proteção, juntamente com recursos sociais, emocionais e financeiros para ajudar a criança a lidar com tais eventos.

A Terapia Cognitivo-Comportamental, sendo considerada a abordagem com maior base empírica para o tratamento do Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), tem como objetivo a reestruturação cognitiva, que inclui um trabalho de modificação das memórias traumáticas. Para se acessar e modificar o conteúdo das cognições associadas ao trauma são usadas técnicas comportamentais. Para o tratamento eficaz do TEPT a cessação da exposição ao evento estressor é um aspecto importante. Segundo Schreiner (2005) “sem esta situação, é impossível desenvolver qualquer tipo de tratamento que funcione para a patologia”. São necessários, também, vínculos bem firmes e sólidos do terapeuta com a criança, pois ela tende a não querer falar sobre o evento traumático, podendo apresentar também memórias

recorrentes sobre o acontecimento. Se houver um vínculo forte de confiança, fica mais fácil para o terapeuta trabalhar essas questões.

O modelo de tratamento desenvolvido por Caminha (2002) para o tratamento de TEPT consiste em um conjunto denominado “Técnicas Integradas”, que inclui a reestruturação cognitiva da memória traumática, a reformulação e recodificação, alteração do conteúdo semântico multissensorial (conteúdos sensoriais: cheiros, sabores, cores, sensações de temperatura e sons), a capacidade associativa e generalista da memória. Esse é um conjunto de técnicas recolhidas ao longo do tempo para reduzir o período de tratamento e operacionalizar a reestruturação cognitiva. Inclui instrumentos diferenciados como um software chamado “Caixa de Memória”, afetivogramas, que são registros de alterações de emoções e adaptações de brincadeiras e jogos. A sua utilização pode ser individual ou em grupo a partir de pequenas adaptações.

Segundo o Modelo Integrado, a abordagem inicial do TEPT se dá através da emoção, já que esta é o elemento mais imediatamente perceptível no TEPT, sendo, por essa razão, o acesso inicial para o trabalho. (CAMINHA, 2005)

Algumas intervenções na abordagem cognitiva, que não foram ainda mencionadas neste trabalho, são relevantes no tratamento e merecem ser destacadas. As estratégias terapêuticas usadas para as crianças com transtornos de ansiedade, e aqui mais especificamente para o TEPT, são aplicadas de maneira gradual e sequencial. Inicia-se o processo terapêutico com a técnica de automonitoramento, que inclui a técnica dos balões para determinar unidades subjetivas de sofrimento. Em seguida, aplica-se a técnica denominada “trilho dos meus medos”, que identifica componentes cognitivos, emocionais, interpessoais, fisiológicos e comportamentais do medo, e também o “termômetro do medo”, para avaliar o grau de medo e ansiedade e servir de base ao tratamento.

Outra intervenção fundamental é a técnica de relaxamento, que é aplicada conjuntamente com técnicas cognitivas como identificação de pensamentos e sentimentos, e que envolve controle da respiração e relaxamento muscular. Há também a técnica de contracondicionamento, que tem como objetivo específico a dessensibilização sistemática, visando romper com as associações entre sinais geradores de ansiedade e a resposta de medo. O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) também é uma técnica eficaz, que proporciona o desenvolvimento de habilidades sociais de forma divertida e gradual, que muitas vezes não foram aprendidas.

Essa técnica permite que as crianças ampliem o repertório de habilidades, fornecendo modelos como fantoches, registros de cartões e desenhos para construção de histórias.

As técnicas cognitivas de autocontrole também são importantes no processo terapêutico, porque facilitam a aquisição e a aplicação de diálogos internos mais adaptativos, diminuem padrões de pensamento disfuncionais e permitem reconhecer o nível de cada medo ou preocupação, apoiando ou desconfirmando as crenças ansiosas. “O *Trilho dos meus Medos* é uma divertida tarefa de automonitoração para crianças na qual aprendem a reconhecer a relação entre várias situações, pensamentos, sentimentos e ações.” (FRIEDBERG e McCLURE, 2004, p.179). Essa tarefa usa a metáfora do trem, estações e trilhos e é importante para identificar dados específicos relacionados ao medo da criança e, de forma lúdica, identificar questões importantes para a criança, que podem estar causando sofrimento. Essas técnicas de autocontrole são indicadas para crianças de 8 a 11 anos de idade.

Como se vê, há um vasto conhecimento sobre procedimentos, estratégias e atividades que favorecem tanto o diagnóstico quanto o tratamento dos sintomas e sequelas decorrentes de maus tratos e violências sofridas por crianças e adolescentes. A sensibilidade, competência, interesse e disposição do profissional para mergulhar neste contexto e, junto com seu cliente, encontrar alternativas e caminhos para um novo equilíbrio vital que facilite o desenvolvimento e a esperança de uma vida equilibrada e saudável pode se transformar numa efetiva ajuda terapêutica.

8. Conclusão

É possível identificar a efetividade da abordagem cognitivo-comportamental para os casos de TEPT, em função do trabalho que é feito para modificar os padrões de pensamentos e crenças disfuncionais que causam ou mantêm o sofrimento emocional. Além disso, observa-se o desenvolvimento de novos repertórios comportamentais adaptáveis ao enfrentamento das diferentes situações de vida. Os autores citados, além de outros, mostram isso em seus estudos e casos clínicos descritos na ampla literatura existente.

O tratamento do TEPT em crianças vítimas de violência doméstica ou intrafamiliar, descrito ao longo do trabalho, não visa somente a uma melhora e ao esvaziamento dos sintomas, mas também à prevenção, tanto de uma possível vitimização quanto de futuros problemas comportamentais (como, por exemplo, abuso de substâncias, promiscuidade, depressão e outros), o que significa a busca da promoção da saúde.

Um dos aspectos mais importantes do TEPT é que os sintomas desencadeiam mudanças significativas no funcionamento da criança. Em algumas, vítimas de violência, essas mudanças não podem ser identificadas, já que muitas vivenciam eventos traumáticos desde muito pequenas e passam por vários tipos de violência intrafamiliar. Neste aspecto, essa abordagem proposta propicia a psicoeducação, uma compreensão da desordem emocional no nível da criança, o que reduz a ansiedade e ajuda na assimilação e nas generalizações mais adequadas a respeito do Transtorno. Além disso, facilita a elevação da autoestima através do reforço de comportamentos adaptativos à convivência social.

Os instrumentos e procedimentos da TCC, juntamente com técnicas integradas, são eficazes para o tratamento, e as pesquisas que investigam a etiologia e terapêuticas para o TEPT estão se tornando cada vez mais frequentes. Muitos trabalhos apontam as Técnicas de Exposição e do Treino de Inoculação do estresse como aquelas que apresentam melhores resultados no tratamento do TEPT, como também treino de solução de problemas, a modelagem de comportamentos e posturas assertivas adequadas a uma convivência social saudável, a modelação e a exposição imaginária e ao vivo de situações afirmativas de enfrentamento ao medo ou outros tipos de restrições. É importante destacar que muitas das técnicas que são eficazes para os adultos não são muito usadas e nem muito eficazes para as crianças. A condução realizada pelo terapeuta de uma sessão infantil é muito diferente daquela com um

paciente adulto, já que, muitas vezes, as crianças não vão à terapia por vontade própria, mas são levadas por um responsável e o confronto com um profissional, uma figura de poder, pode causar certo desconforto à criança. Dessa maneira, cabe ao profissional adaptar as técnicas de modo a favorecer o tratamento para a criança e também aos seus familiares.

Embora encontre na literatura informações disponíveis sobre a organização e condução do processo terapêutico com crianças, principalmente na abordagem aqui descrita – Cognitivo-Comportamental, a psicoterapia ainda tem muito de arte e intuição. Espera-se que esta Pesquisa Bibliográfica possa contribuir para novas descobertas e para aplicações em efetivos processos de ajuda.

9. 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.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Violência doméstica na infância e adolescência**. São Paulo: 1995. Robe.

ARAÚJO, Maria de Fátima. **Violência e abuso sexual na família**. *Psicologia em Estudo*, 7(2),3-11. 2002

ARAÚJO, Cristiane. F. SHINOHARA, H. Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. **Interação em Psicologia**, 2002, 6(1), p. 37-43.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed; 1997.

BORGES, J.L; DELL'AGLIO, D.D. Abuso Sexual Infantil: Indicadores de Risco e Conseqüências no Desenvolvimento de Crianças. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2008 Vol. 42, Num. 3 pp. 528-536**. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S003496902008000300013&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

CORDIOLI, Aristides Volpato (org). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 886p.

CAMINHA, R.M. O modelo integrado no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático. In: CAMINHA, R.M., (org.) **Transtornos do Estresse pós-traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva**. São Paulo: Ed Casa do Psicólogo, 2005.

DAY et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista Psiquiatr. RS**, **25 (suplemento 1)**: 9-21, abril 2003

KRISTENSEN, C.H; PARENTE, M.A.M; KASZNIAK, A,W. **Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos, prevalência e avaliação**. In: CAMINHA, R.M., (org.) Transtornos do Estresse pós-traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2005.

FRIEDBERG, Robert D; McCLURE, Jéssica M. **A Prática Clínica de Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004, 272p.

GUERRA, V. N.A. **Violência Física Doméstica contra Crianças e Adolescentes e a Imprensa: Do Silêncio à Comunicação**. Tese de Doutorado, Serviço Social, PUC/SP, 1996.

GOMES, Mônica Araújo e PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. **2005, vol.10, n.2, pp. 357-363. ISSN 1413-8123**.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Estudo divulgado em <http://portal.controlesocialdesarandi.com.br/social/trabalho-e-renda/estudo-do-ipea-mostra-melhoria-na-situacao-das-familias-brasileiras/>. Acesso em março de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, síntese de Indicadores Sociais 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1476eid. Acesso em: março de 2012.

LIMA, C. A (org). **Violência faz mal a saúde**. Ministério da Saúde. Brasília: 2006. 298p.

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.

MINAYO, M.C.S. e SOUZA, E.R. É possível prevenir a Violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4(1), 1999. Acesso em: nov 2011.

OLIVEIRA, Liana H. de., SANTOS, Cláudia Simone S. As diferentes manifestações do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em crianças vítimas de abuso sexual. **Rev. SBPH v.9 n.1. Rio de Janeiro jun. 2006.** Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582006000100004&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em: dez 2011.

PADOVANI, Ricardo da Costa. WILLIAMS, Lúcia Cavalcante de Albuquerque. Histórico de Violência Intrafamiliar em Pacientes Psiquiátricos. **Psicologia ciência e profissão, 2008, 28 (3), 520-535.** Acesso em: dez 2011

RANGÉ, A.V. e cols. **Psicoterapias: abordagens atuais.** 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 886p.

VENTURA, P; PEDROZO, Ana L; BERGER, W; FIQUEIRA, Ivan L. V; CAMINHA, Renato M. **Transtorno de estresse pós-traumático.** In: RANGÉ, B (org). **Psicoterapias cognitivo comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** PA: Artmed, 2011. 800p.

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.

SOUZA, E.R e MINAYO, M.C.S. **Impacto da Violência Social na Saúde Pública: Década de 80.** In: MINAYO, M.C.S (org). **Os muitos Brasis.** São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995, PP 87 – 116.

SOUZA, Cecília de Mello e. ADESSE Leila. **Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios.** Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2005. 188p.

SCHREINER, S. Técnicas Psicoterápicas para o Transtorno de Estresse Pós Traumático. In: CAMINHA, R.M., (org.) **Transtornos do Estresse pós-traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva.** São Paulo: Ed Casa do Psicólogo, 2005.

XIMENES, Liana Furtado; OLIVEIRA, Raquel de Vasconcelos Carvalhães de e ASSIS, Simone Gonçalves de. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, vol.14, n.2, pp. 417-433. ISSN 1413-8123. Acesso em: dez.2011.

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

10. Anexo:

Critérios Diagnósticos para o Transtorno de Estresse Pós Traumático de acordo com o manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, DSM IV, 1995):

A - Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

[1] a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;

[2] a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror. **Nota:** Em criança isso pode ser expresso por um comportamento desorganizado ou agitado.

B—O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

[1] recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções. **Nota:** em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma;

[2] sonhos aflitivos e recorrentes com o evento. **Nota:** Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável;

[3] agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado). **Nota:** Em crianças pequenas pode ocorrer encenação específica do trauma;

[4] sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;

[5] reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;

C—Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:

[1] esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;

[2] esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;

[3] incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;

[4] redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;

[5] sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;

[6] faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);

[7] sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).

D–Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presente antes do trauma), indicados por dois ou mais dos seguintes quesitos:

[1] dificuldade em conciliar ou manter o sono;

[2] irritabilidade ou surtos de raiva;

[3] dificuldade em concentrar-se;

[4] hipervigilância;

[5] resposta de sobressalto exagerada.

E–A duração da perturbação (sintomas dos critérios B,C e D) é superior a um mês.

F–A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.