

Evelyn Eisenstein

Traumas e suas repercussões na infância e na adolescência

Crianças e adolescentes vivem um período intenso de crescimento, desenvolvimento emocional e cognitivo e maturação cerebral e corporal, num processo dinâmico e complexo de mudanças que são interdependentes e associadas. Sempre precisam de condições favoráveis nutricionais, ambientais e contextuais para realizar essa transição de maneira saudável até a vida adulta e para a plena integração social.

Todas essas transformações da infância e da adolescência podem ser influenciadas de maneira positiva para o completo alcance das potencialidades vitais, ou de maneira negativa, com distorções ocasionadas por situações de riscos e traumas, que podem interromper essa trajetória e repercutir para o resto de suas vidas.

A associação de múltiplas situações de risco e traumas constantes que ameaçam a integridade corporal e emocional pode contribuir para a fragmentação da seqüência das etapas de desenvolvimento e de aquisição das habilidades necessárias ao aprendizado e ao desempenho dos papéis sociais. A cada dia, e progressivamente, as causas e os efeitos traumáticos, quando não interrompidos ou resolvidos, contribuem para a marginalização escolar e a exclusão social, para mais discriminação e iniquidades e principalmente para outros episódios de violência e abusos com sintomas pós-traumáticos e problemas mentais. Ou, ainda mais grave, ocasionam desfechos trágicos, como desastres ou conflitos armados entre facções rivais e polícia, com *balas perdidas* e morte precoce.

A taxa de mortalidade por causas externas, na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, para todo o

Brasil, no ano de 2002, foi de 47,6 por 100 mil habitantes, com marcante diferença entre os gêneros masculino (79,8/100 mil) e feminino (14,9/100 mil habitantes). Para o estado do Rio de Janeiro, essa taxa de mortalidade aumenta para 80,4, enquanto para a região Sudeste, que compreende ainda os estados de São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, é de 59,9/100 mil habitantes (IBGE, 2002).

A proteção de crianças e adolescentes contra qualquer forma de abuso, abandono, exploração e violência está assegurada pela Convenção dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas e confirmada pelo Brasil, país signatário desse documento. Também é uma das cinco metas do compromisso firmado em 2002 (Um Mundo para Crianças) que desde então tenta ser implementado neste país, apesar das flutuações políticas governamentais e da constante falta de recursos públicos disponíveis para as áreas de saúde e de educação. Desde 1990 existe ainda o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069, que assegura os direitos de cidadania e de saúde como prioritários para todas as crianças e adolescentes até os 18 anos de idade. Pelo menos no papel as leis existem e devem ser cumpridas num estado de direito e num país de regime democrático!

No entanto a desigualdade social, o desemprego, os ciclos interatuantes da pobreza e da violência, o tráfico de drogas e a falta de suporte social nas escolas são alguns dos fatores que mais contribuem para os episódios constantes de maus-tratos, abandono e de situações traumáticas nos *bolsões de miséria* urbana e nas ruelas de mais de 200 favelas do Rio de Janeiro.

As vivências traumáticas são marcantes e têm conseqüências devastadoras para o crescimento e o desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes, além do enorme custo social e do impacto

na saúde pública do Brasil. Muitos dos indicadores sociais e de agravos de saúde nem são divulgados, por motivos políticos locais ou governamentais, ou mesmo por não serem documentados ou coletados. A mídia impressa, mais populista, se encarrega de noticiar muitos dos casos que ocorrem diariamente nos grandes centros urbanos do Brasil, como acontece no Rio de Janeiro, na maioria das favelas, em constantes conflitos armados com a polícia local.

Os problemas traumáticos, que variam da desnutrição crônica primária a infecções e hospitalizações frequentes por doenças comuns dessas faixas etárias, e ainda a lesões corporais, abusos sexuais e casos de negligência e do abandono familiar, vão tendo um efeito cumulativo, crônico e progressivo e causando atrasos no desenvolvimento cerebral e cognitivo, transtornos de aprendizado e alfabetização, repetências e exclusão escolar, além do aumento de problemas mentais como depressão, surtos dissociativos, convulsões, abusos de drogas e álcool e transtornos de conduta. Atualmente, o *transtorno do estresse pós-traumático*, classificado como critério diagnóstico F43.1 pela décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), e o *transtorno depressivo*, critério diagnóstico F32, representam percentuais significativos entre os transtornos mentais da infância e da adolescência em nosso país.

O estresse pode ser definido como um conflito grave ou uma ameaça à liberdade ou à integridade física, mental, sexual ou social, e é vivenciado quando a pessoa perde uma ou mais fontes importantes de valores afetivos humanos, como a mãe, o pai ou familiar, ou possessões como a casa, residência ou local onde vive, ou outras conexões de afeto e amor que são valiosas e importantes. Os fatores de estresse, aos quais é difícil se adaptar, são sempre indesejáveis, incontroláveis e súbitos, resultando em reações severas, intensas e negativas do comportamento habitual, que sofre influências do eixo do sistema nervoso central (SNC) hipotálamo-hipófise-adrenal, com a liberação de vários hormônios e neurotransmissores que vão ativar os mecanismos de adaptação corporal para a sobrevivência. Daí os fatores de risco maiores e

que causam os danos à saúde, com repercussões imediatas e a longo prazo no comportamento e na qualidade de vida das pessoas que viveram esses traumas durante a infância e a adolescência.

Fatores traumáticos extremos podem ser definidos como os que causam danos, injúrias ou lesões corporais e rupturas mentais, ou que ameaçam a própria vida ou a vida de outras pessoas, levando à morte inesperada. Estão também associados às sensações de perda, falta de segurança, maior vulnerabilidade e ao terror noturno. As causas mais frequentes enfrentadas por crianças e adolescentes que vivem nas favelas são a morte ou o testemunho de assassinatos ou agressões de entes queridos, separação familiar, castigos, torturas, abusos, doença mental ou alcoolismo familiar e violências entre os grupos armados do tráfico de drogas local.

Eventos traumáticos constantes e prolongados afetam toda a dinâmica familiar e comunitária, causando um impacto maior nos mecanismos de adaptação e sobrevivência. Mulheres, crianças e adolescentes são sempre um grupo de maior risco, por serem mais vulneráveis e dependentes, além de sofrerem por vezes *em silêncio*, sendo obrigados ao isolamento social com absurdas imposições culturais e estruturais em relação ao gênero e ao grupo etário. Muitas vezes adolescentes deixam de ir à escola por tiroteios e disputas locais. Ou são *ameaçados* e *marcados de morte* ou têm seus dedos amputados devido a castigos que são impostos pelos *donos do poder*, que assim fortalecem sua *autoridade*.

As reações pós-traumáticas são manifestas em diferentes formas e reações que variam de acordo com a faixa etária e a fase do desenvolvimento físico, afetivo, cognitivo e mental em que se encontra a criança ou o adolescente. As reações encontradas com maior frequência podem ser divididas em quatro grupos:

1. reações corporais – baixa estatura, atraso do crescimento e do desenvolvimento puberal, inapetência, insônia e dificuldades de dormir devido a pesadelos, cefaléias, convulsões e tremores, hiperatividade, problemas gastrointestinais, problemas imunológicos e reações alérgicas, problemas de fala e de audição;

2. reações emocionais – choque com amnésia, medo intenso, dissociações afetivas e da realidade, raiva e irritabilidade, culpa, reações de ansiedade, regressões, desespero, apatia, choros freqüentes, reações depressivas e terror noturno com enurese;
3. reações cognitivas – dificuldades de concentração, perdas de memória e confusão mental, distorções da realidade e imaginárias (*flashbacks*), pensamentos intrusivos e suicidas, perda da auto-estima, dislexia e problemas de escrita;
4. reações psicossociais – alienação, passividade, agressividade, isolamento e solidão, dificuldades no relacionamento afetivo, abuso de drogas, perdas de habilidades vocacionais e de interesse comum em atividades escolares.

O trauma constante destrói o senso da segurança pessoal e a confiança no relacionamento com outras pessoas adultas ou familiares, além de contribuir para a falta de conexões afetivas e das expectativas para o futuro. Ocorrem rupturas e interrupções na progressão das fases de crescimento e desenvolvimento, causando um profundo impacto nos mecanismos de adaptação e sobrevivência. Crianças e adolescentes que sofreram abusos ou abandono e ficaram traumatizadas podem reagir com condutas de defesa e se tornar mais agressivos, com problemas de comportamento, por difi-

culdades em controlar seus impulsos e emoções, o que leva a outras situações anti-sociais ou criminosas, abusos de drogas e auto-agressões com mutilações corporais.

As principais estratégias de prevenção e intervenção envolvem não somente a interrupção dos maus-tratos que causam as reações traumáticas, mas também o desenvolvimento de uma relação de confiança positiva, saudável e que transmita proteção e segurança, devolvendo a auto-estima e desenvolvendo as habilidades (cognitivas, esportivas, culturais e de lazer) e as potencialidades essenciais para o futuro.

É importante também a existência de um local que sirva de abrigo, apoio comunitário e referência em situações críticas, dando orientação sobre cuidados primários e suporte educacional. A expansão dos programas de prevenção com materiais educativos e informativos adequados deve fazer parte dos instrumentos de apoio familiar e comunitário e ser multiplicada em programas e outros serviços, formando uma rede de proteção local mais duradoura e respeitada. Dados e indicadores sociais, de saúde e de recuperação educacional devem ser avaliados semestralmente, visando uma melhoria dos programas que atendem crianças e adolescentes nos aspectos de saúde e assistenciais brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Assumpção Jr FB. Transtornos afetivos da infância e da adolescência. São Paulo: Lemos Ed. e Gráficos. 1996.
2. Chrousos G et al (eds.). Stress, basic mechanisms and clinical implications. New York: Annals of the NY Academy of Sciences, 1995. v. 771.
3. Cooper JE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID-10, Referência Rápida. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.
4. Eisenstein E, Lidchi V. Abusos e proteção de crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: CEIIAS-ISPCAN. 2004.
5. Green BL et al (eds.). Trauma interventions in war and peace: prevention, practice and policy. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2003.
6. Rede Amiga da Criança. Um Brasil para crianças: a sociedade brasileira e os objetivos do milênio para infância e adolescência. Brasília: Rede de Monitoramento Amiga da Criança. 2004.
7. Yehuda R, McFarlane AC (eds.). Psychobiology of posttraumatic stress disorder. New York: Annals of the NY Academy of Sciences 1997. v. 821.