

Compartilhar conhecimentos

Aldaíza Marcos Ribeiro

Editora da seção

Apresentação de um tema atual relevante em Pediatria ou áreas afins

TRANSTORNOS DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E SUAS REPERCUSSÕES CLÍNICAS DURANTE A ADOLESCÊNCIA*

Evelyn Eisenstein¹, Eduardo Jorge Custódio da Silva², Lucia Abelha Lima³

1. Professora Adjunta Doutora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Coordenadora da Telemedicina e Educação a Distância da FCM-UERJ.
2. Professor Adjunto Doutor da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).
3. Professora Adjunta Doutora do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, IESC-UFRJ.

INTRODUÇÃO

Qual a relação que existe entre a repetência escolar e a “bala perdida”? Como viver bem quando o abandono da família faz parte do contexto? Como aprender e lembrar algo sobre a lição da escola, se as regras para a sobrevivência são outras? Como apagar da memória as cenas de abusos vivenciadas em casa e na vizinhança? Como explicar o medo durante uma consulta médica, se “ninguém vai acreditar em mim”, mesmo?

Crianças e adolescentes vivem um período intenso de crescimento e desenvolvimento corporal, emocional e cognitivo, precisando de condições nutricionais, afetivas e sociais favoráveis e positivas para o completo alcance de suas potencialidades vitais. Violência e maus tratos ocasionam distorções traumáticas e negativas, que podem interromper o processo de maturação e desenvolvimento cerebral tendo repercussões no comportamento na escola e 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 sequência das etapas de desenvolvimento, da aquisição das habilidades necessárias para o aprendizado e relacionamentos afetivos, comprometendo o futuro desempenho dos papéis sociais. A cada dia, e progressivamente, as causas e os efeitos traumáticos, quando não são resolvidos ou interrompidos, contribuem para a repetência e marginalização escolar e exclusão social, para mais discriminação e principalmente para outros episódios de violência e abusos. As queixas se sucedem tornando crônicos os sintomas pós-traumáticos e agravando problemas mentais de depressão, abuso de drogas e transtornos dissociativos. Ou ainda mais grave, ocasionam desfechos trágicos, como desastres e acidentes, conflitos armados entre facções rivais e polícia com balas perdidas, e a morte precoce de crianças e adolescentes que deveriam estar aprendendo a sorrir, a viver e ser felizes.

* Artigo original publicado na Revista Adolescência & Saúde 2009; 6 (3): 7-15, e re-publicado com a devida permissão dos autores.

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. Desde 1990, existe ainda o Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA, lei 8069 que assegura os direitos de cidadania, de saúde e de educação, como PRIORIDADE ABSOLUTA para todas as crianças e adolescentes até os 18 anos de idade.

FATORES DE ESTRESSE E TRAUMÁTICOS

O **estresse** pode ser definido como *conflito grave ou uma ameaça à liberdade ou integridade física, mental, sexual ou social e é vivenciado quando a pessoa tem uma perda importante de valor afetivo humano (como a morte de mãe ou pai ou familiar), ou a perda de possessões como a casa ou local onde vive, ou qualquer outra conexão de afeto e amor que são valiosas e importantes.*

Os fatores de estresse são sempre indesejáveis, incontroláveis, súbitos, muitas vezes imprevisíveis e difíceis de adaptar. Resultam em reações severas, intensas e negativas do comportamento habitual, pois sofre influências do eixo hipotalâmico – hipofisário – adrenal do sistema nervoso central com a liberação de vários hormônios e neurotransmissores (dopamina, serotonina, acetilcolina, nor-adrenalina e adrenalina) e que vão ativar os mecanismos de adaptação corporal para a sobrevivência, principalmente o hormônio cortisol. Portanto, ocorre um desequilíbrio da homeostase corporal, levando a uma cascata de reações sistêmicas dos órgãos-alvo como respostas ao sistema autonômico periférico (CHROUSOS & GOLD, 1995).

Os fatores de estresse são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças com repercussões imediatas e a longo prazo, podendo ocasionar problemas crônicos e interferindo na qualidade de vida das pessoas que viveram estes traumas durante a infância e a adolescência. O estudo *Adverse Childhood Experiences (ACE)* (FELITTI ET AL, 1998), realizado na Califórnia e validado em outros países,

demonstrou a forte associação entre o número de experiências adversas, incluindo abuso físico e sexual que ocorreram durante a infância e os comportamentos de alto risco durante a vida adulta, incluindo abuso de drogas, obesidade, depressão, tentativas de suicídio, promiscuidade sexual e a frequência de doenças sexualmente transmitidas. O número de experiências adversas também estava correlacionado com problemas cardíacos, câncer, diabetes, doenças hepáticas e morte súbita. O questionário desse estudo está acessível e disponível gratuitamente, em inglês, no website do *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*: <http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/>

Fatores traumáticos extremos ou intensos podem ser definidos como *causadores de danos, injurias ou lesões corporais ou mentais que ameaçam a própria vida ou a vida de outras pessoas queridas, e levando à morte inesperada.* Estão também associados às sensações de perda e da falta de segurança, além da maior vulnerabilidade e riscos de dissociação pós-traumática (YEHUDA & McFARLANE, 1997).

As causas mais frequentes enfrentadas por crianças e adolescentes, principalmente as que vivem nas favelas e em áreas consideradas de maior risco são: morte de pais ou familiares; testemunhar assassinatos ou agressões de entes queridos ou a violência intra-familiar; separações; castigos; cenas de tortura ou ameaça de abusos; todas as formas de violência e abusos; doença mental ou alcoolismo/uso de drogas familiar e cenas de violência entre os grupos armados do tráfico de drogas local, a guerrilha urbana ou conflitos armados durante a invasão policial; desastres naturais, como enchentes ou desabamentos e também situações de violência coletiva como pânico em estádios ou manifestações públicas de protesto com confronto policial, em muitas regiões, cidades e áreas rurais ou do interior do Brasil. O sofrimento em silêncio, obriga ao isolamento e pior ainda, à exclusão, a perda da rotina escolar e a reações de pânico, devido à ruptura da relação de confiança e proteção com sua família ou pessoas de sua convivência social.

A violência social e estrutural é sem dúvida a gran-

de responsável pelo aumento da prevalência das **reações do transtorno de estresse pós-traumático com suas repercussões clínicas durante o desenvolvimento da adolescência.**

CRITÉRIO DIAGNÓSTICO CID-10 TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO TEPT F 43.1:

- A-Exposição a evento ou situação estressante, de curta ou longa duração de natureza ameaçadora ou catastrófica, a qual provavelmente causaria angústia invasiva em quase todas as pessoas.
- B-Rememoração ou re-vivência persistente do fator estressor em *flashbacks intrusivos*. Memórias vividas, sonhos recorrentes e angústia em circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor/agressor.
- C-Tentativas de evitar situações semelhantes ou associadas ao estressor/agressor.
- D-Um dos seguintes aspectos ou sintomas deve estar presente:
- 1- Incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos do período de exposição ao agressor/estressor;
 - 2- Sintomas persistentes de sensibilidade e excitação psicológica aumentada, demonstrada por dois dos seguintes sintomas:
 - (a) Dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo/insônia
 - (b) Irritabilidade ou explosões de raiva
 - (c) Dificuldade de concentração
 - (d) Hiper-vigilância
 - (e) Resposta ao susto exagerada
- E- Os critérios B, C, D devem ter a duração de 30 dias e ter todos ocorridos dentro de seis meses do evento estressante.

Em crianças e adolescentes as **reações pós-traumáticas** são manifestas em diferentes formas que variam de acordo com a faixa etária e a fase do desenvolvimento físico, afetivo, cognitivo e mental em que se encontra a criança (FRIEDMAN & HOKELMAN, 1980).

As reações mais frequentes podem ser divididas em quatro grupos:

- 1- **Reações corporais:** atraso do crescimento e desenvolvimento com baixa estatura (nanismo psicossocial) e atraso puberal; inapetência; insônia e dificuldades de dormir devido a pesadelos; dores-de-cabeça, tremores, convulsões, hiperatividade, problemas gastro-intestinais (diarréias, vômitos, náuseas) dores abdominais, reações alérgicas e crises de asma, urticária e problemas imunológicos desencadeantes de doenças crônicas, anorexia, bulimia, sobrepeso, problemas de fala e audição e incoordenação psico-motora com movimentos repetitivos (balança a cabeça, os pés, as mãos)
- 2- **Reações emocionais:** choque com amnésia (perda de memória), medo intenso, pavor e terror noturno, dissociações afetivas e da realidade, raiva e irritabilidade, culpa, reações de ansiedade, regressões e infantilismo, desespero, apatia, choros frequentes, reações depressivas com enurese (perda de urina durante o sono).
- 3- **Reações cognitivas:** dificuldades de concentração, perdas de memória e confusão mental, “branco na prova”, distorções da realidade e imaginárias com *flashbacks*, pensamentos intrusivos e suicidas ou de auto-agressão, perda da auto-estima, dislexia e problemas da escrita.
- 4- **Reações psicossociais:** alienação, passividade, agressividade, isolamento social e solidão, dificuldades no relacionamento afetivo, abuso de drogas, perdas de habilidades vocacionais e de expectativas de futuro (sem sonhos e incapacidade de projetar o amanhã) e falta de interesse nas atividades com evasão escolar.

Como o trauma constante destrói o senso de segurança pessoal e a relação de confiança e proteção com os familiares e outras pessoas adultas de convivência, além de contribuir para a falta de conexões afetivas e das expectativas de futuro, ocorrem **rupturas e interrupções nas fases de crescimento e desenvolvimento mental e cognitivo**, causando profundo impacto nos mecanismos de adaptação e sobrevivência, além de problemas no comportamento e no aprendizado escolar.

“DOR EMOCIONAL”

Crianças e adolescentes que sofreram abusos, abandono e traumas da violência podem reagir impulsivamente em condutas de defesa e se tornarem mais agressivos, indisciplinados e com problemas de comportamento em sala-de-aula, por dificuldades em controlar suas emoções e impulsos nervosos, e levando ainda a outras situações anti-sociais, *bullying*, abuso de drogas e auto-agressões com mutilações corporais, muitas vezes disfarçadas no meio de tantos “*piercings*”.

O sofrimento “em silêncio” muitas vezes se expressa em choros frequentes, noturnos, crises de ausência e dificuldades de concentração, perdas de memória, reações de pânico e angústia, isolamento social, reações de medo com tentativas de se esconder, fugir de casa ou mentiras constantes e regressões comportamentais. A “dor emocional” é “invisível” ao profissional de saúde desatento, porém é marcante e “indelével” para o/a adolescente e se multiplica em queixas e sintomas “evasivos”. Muitas vezes, estas queixas parecem não ter nexo diagnóstico, e são classificadas erradamente como reações de conversão, hiper-atividade, ou transtorno desafiador.

DISSOCIAÇÃO PÓS-TRAUMÁTICA

Dissociação é a perda da capacidade de integração dos vários aspectos de identidade, memória, percepção e consciência após a exposição a eventos traumáticos. Ocorrem problemas de memória e amnésia traumática, despersonalização, estupor e desorganização do pensamento. Outros sintomas frequentes são a perda do senso de realidade, perda de interesse e inabilidade afetiva e a perda do controle de si próprio e dos mecanismos de adaptação ao estresse.

É importante se entender a associação entre trauma e dissociação. Trauma é a experiência de ser vítima da raiva ou da indiferença de outra pessoa o agressor, que torna a vítima um objeto de seu poder, como se fosse “qualquer coisa”. O estresse traumático é a experiência do desespero e perda total de controle

sobre si mesmo e as reações corporais. A dissociação pode ocorrer como um mecanismo de defesa do trauma, numa tentativa de manter algum controle mental quando o controle corporal está perdido. Esta fragmentação e descontinuidade da experiência mental estão relacionadas a alterações de partes do cérebro responsáveis pela integração da informação, as estruturas corticais, hipocampo, tálamo, amígdala e a comunicação prejudicada entre os hemisférios cerebrais, causando o fenômeno da dissociação. Por isso, o termo usado por leigos: “conhecimento sem consciência” (SPIEGEL, 1997).

MEDO E APRENDIZADO

A evidência científica indica quatro principais períodos de mudanças estruturais no desenvolvimento cerebral correspondentes aos grupos etários, (ORNITZ, 1996):

1. Do período infantil, entre o nascimento até quatro anos de idade;
2. Do período escolar, entre quatro até 10 anos de idade;
3. Do período inicial da puberdade, entre 10 e 15 anos de idade;
4. Do período da adolescência média até o final, em torno dos 18-20 anos de idade.

Estes estágios do crescimento cerebral e da reorganização cortical se sobrepõem aos ganhos do desenvolvimento nas funções cognitivas e emocionais. Existe também uma correspondência na progressão da habilidade da criança e do adolescente em fazer uma estimativa do perigo externo, avaliar riscos e considerar possíveis medidas de proteção e prevenção para si mesmo e para outros a sua volta (PYNOOS ET AL, 1997).

PERRY e colaboradores (2006) propõem que o trauma que ocorre durante estes períodos da infância e da adolescência, por afetar diferencialmente os sub-sistemas cerebrais, irão influenciar a avaliação futura do perigo e da resposta às ameaças traumáticas. Assim os traumas que ocorrem em idades precoces alteram as estruturas límbicas, do mesencéfalo e corticais, através de modificações de “dependência-de-uso” secundárias às reações

prolongadas de alarme. O desenvolvimento cortical pode ser retardado por períodos de privação e negligência em idades precoces ou estimulado por condições favoráveis, e assim afetar o importante papel adaptativo da modulação cortical, e das respostas dos sistemas límbico, do mesencéfalo e do tronco cerebral para o perigo e para o medo. Daí a preocupação sobre os efeitos adversos da combinação da diminuição moduladora cortical e do aumento da reatividade límbica, mesencefálica e do tronco cerebral sobre a cognição, controle de impulsos, agressividade e regulação do controle emocional.

As pessoas, e principalmente as crianças em desenvolvimento cerebral, processam, armazenam e recordam as informações e depois respondem ao mundo de uma maneira que depende de seu estado fisiológico momentâneo, em outras palavras, suas respostas dependem de seu estado interno. Se a criança foi exposta a ameaças ou traumas extremos e invasivos, seu sistema de estresse pode ficar sensibilizado e depois haverá dificuldades de responder a experiências cotidianas, como se elas fossem também ameaçadoras. Dependendo das variáveis passadas e de suas respostas ao estresse, a criança ou o adolescente poderão se mover primariamente através do *continuum* dissociativo ou de estímulo, mas qualquer mudança irá reduzir sua habilidade de aprender a informação cognitiva, como por exemplo, o trabalho em sala-de-aula, e daí a queda no rendimento escolar. Um adolescente que esteja **calmo** processa a informação bem diferentemente de qualquer outro adolescente que está **alarmado** ou **traumatizado** que irá tender para uma resposta dissociativa ou hiper-ativa. Quanto mais estressado e ameaçado se sente, mais o adolescente responde com respostas e comportamentos primitivos e regressivos. O adolescente ameaçado só pensa em sobreviver naquele minuto. Isto é muito importante, para se entender os pensamentos, as reações e os comportamentos do adolescente traumatizado. A recompensa imediata, positiva e afetiva, é mais importante do que uma gratificação futura, que é quase impossível. A resultante no comportamento, incluindo o comportamento violento, é devido às capacidades de regulação cerebral inter-

na e de mecanismos de adaptação ao estresse, e o tronco cerebral age de maneira reflexiva, impulsiva e muitas vezes agressiva, frente a qualquer estímulo que perceba como ameaça (Quadro 1).

Quadro 1: Relações de associação entre o medo e o aprendizado no desenvolvimento cerebral de crianças e adolescentes.

| Estado Interno | CALMO | ALERTA | ALARME | MEDO | TERROR |
|------------------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------|--|---|
| Estilo cognitivo | Abstrato | Concreto | Emocional | Reativo | Reflexivo |
| Região reguladora cerebral | Cortex e neocortical | Cortex e Região límbica | Região límbica e mesencefálica | Região Mesencefálica e tronco cerebral | Tronco cerebral e respostas autonômicas |
| Continuum dissociativo | Descanso e relaxamento | Repulsa (rejeição) | Complacência (submissão) | Dissociação e movimentos fetais (balanceamento do corpo) | Desmaio |
| Continuum de estímulo (provocação) | Descanso e relaxamento | Vigília | Resistência (choro) | Desafios (reativos e pirraça) | Agressividade |
| Sensação do tempo | Expectativas de Futuro | Dias e Horas | Horas e Minutos | Minutos e Segundos | SEM Qualquer sensação de tempo |

FONTE: Perry, BD. Medo e aprendizado, fatores relacionados ao trauma na educação. *New directions for adult and continuing education* 2006; 110: 21-27.

ALTERAÇÕES CORPORAIS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Nem sempre a história da violência, abuso ou trauma aparece durante a primeira entrevista realizada pelo profissional de saúde durante o atendimento clínico do/a adolescente. Mas as queixas e os sintomas, muitas vezes, são *disfarçados* ou mal-verbalizados, pois o/a adolescente tem dificuldades de relatar o ocorrido, por vários motivos, inclusive medo ou vergonha ou o sentimento de desconfiança: “*ninguém vai acreditar em mim ou sobre o que aconteceu*”. Mas, aos poucos, vão surgindo mais evidências em relação às respostas adaptativas ao estresse, devido às mudanças comportamentais e corporais. Os componentes desse sistema central e cerebral recebem informações constantes e estímulos dos órgãos periféricos, do ambiente e do sistema nervoso central. São vias complexas, no entanto altamente eficientes e flexíveis, numa rede fisiológica que tenta manter o equilíbrio dinâmico do organismo, em *homeostase*,

apesar de repercutir com as deficiências na homeorrese, ou nos incrementos necessários para um crescimento e desenvolvimento saudável dos adolescentes (STRATAKIS & CHROUSOS, 1995).

Os neurônios do núcleo para-ventricular do hipotálamo, com os neurônios componentes do hormônio liberador de corticotropina (CRH) e arginina-vasopressina (AVP), além de outros núcleos da medula e dos neurônios catecolaminérgicos do *locus ceruleus* são os principais coordenadores do sistema de estresse central enquanto que o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA) e o sistema adreno-medular simpático eferente representam as ações periféricas. Ambos os neurônios noradrenérgicos e CRH são estimulados pela serotonina e acetilcolina e inibidos pelos glucocorticóides, ácido gama-amino-butiírico (GABA), corticotropina (ACTH) e peptídeos opióides. Durante o estresse, a secreção do CRH e AVP aumenta resultando no aumento da secreção do ACTH e do cortisol. Outros fatores também são acionados, potencializando as atividades do eixo HPA, como a angiotensina II, citocinas e mediadores lipídicos da inflamação. O sistema nervoso autonômico simpático periférico também responde rapidamente ao estressor, pela inervação das células do tecido muscular liso e vascular da medula adrenal e dos rins e trato gastro-intestinal, por isso a secreção de vários outros neuro-peptídeos, como a somatostatina (com efeito no crescimento e desenvolvimento), galanina, encefalina, neurotensina, neuropeptídeo Y (NPY), assim como o trifosfato de adenosina (ATP da multiplicação celular) e o óxido nítrico.

Todos estes mecanismos do sistema de estresse são complexos e mediados ainda pelas interações de três outros elementos do sistema nervoso central (DOM & CHROUSOS, 1993):

- o sistema dopaminérgico meso-cortical e mesolímbico que inclui o córtex pré-frontal e o núcleo acumbens e que estão envolvidos nos fenômenos de reforço antecipatório e motivacional e também nos mecanismos de recompensa;
- o complexo do hipocampo e da amígdala que está envolvido com os estressores emocionais, como o medo condicionado;

- os neurônios do núcleo arcuado secretores dos peptídeos opióides, já mencionados e que alteram a sensibilidade a dor e também influenciam o tônus emocional.

Por isso, as respostas de adaptação ao estresse generalizado ocasionam a des-regulação e a etiologia de vários transtornos clínicos:

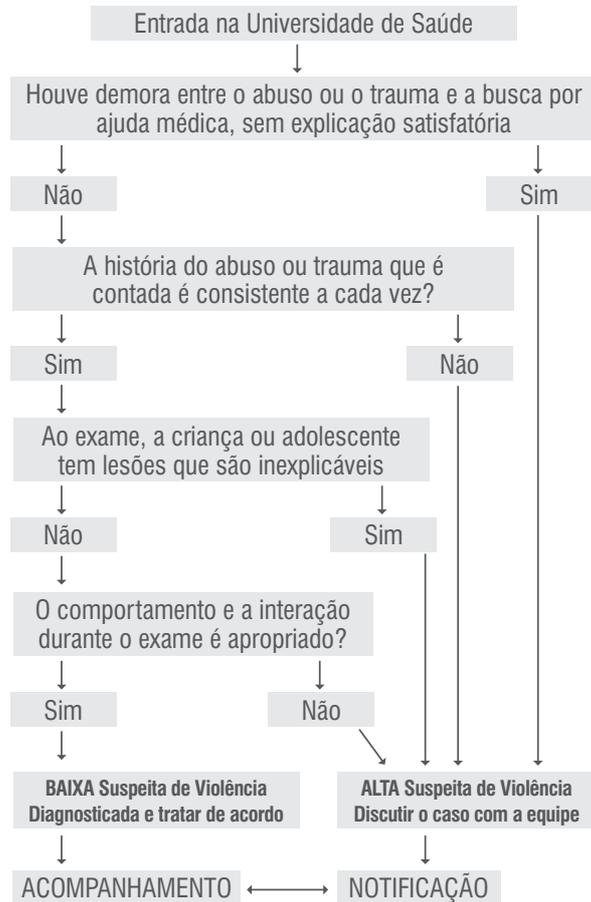
- depressão, a hiper-atividade, e problemas de ansiedade;
- anorexia, desnutrição e transtornos gastro-intestinais;
- taquicardia e hipertensão e alterações cardiovasculares;
- alterações respiratórias de ritmo, inclusive a asma "emocional";
- disforia e mudanças repentinas de humor;
- hiper-vigilância e dificuldades de dormir, insônia e transtornos do sono;
- dificuldades na cognição, memória e atenção com queda do rendimento escolar;
- inibição da atividade imunológica (com aumento das doenças infecciosas, HIV-AIDS, agravo das collagenoses);
- atraso do crescimento e desenvolvimento, com nanismo psico-social;
- transtorno obsessivo-compulsivo e outros equivalentes emocionais;
- aumento e sensibilização ao abuso de álcool e drogas;
- reações de medo, pânico, terror noturno, confusão mental e os sintomas dissociativos já descritos, incluindo desmaios e crises epilépticas.

INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO

Unidades de serviço de atendimento a escolares e adolescentes precisam alertar seus profissionais e integrar suas equipes multidisciplinares para o diagnóstico e as intervenções necessárias para se interromper a cadeia associada de eventos traumáticos, violência e abusos e todas as consequências clínicas, comportamentais e psico-sociais.

Um exemplo de fluxograma para aumentar a detecção precoce de transtornos abusivos ou pós-trau-

máticos pode servir de instrumento simples de rastreamento e avaliação inicial, a ser complementado por dados mais específicos e posteriores, durante o acompanhamento integrado da equipe de saúde (BENGER & PEARCE, 2002):



Os principais componentes de intervenção em casos suspeitos de eventos abusivos com transtorno do estresse pós-traumático podem ser resumidos e esquematizados em seis etapas (WHO-ISPCAN, 2006):

- 1- Avaliação e diagnóstico dos maus tratos e eventos traumáticos e identificação dos fatores associados, predisponentes e precipitantes
- 2- Avaliação completa do exame físico e dados complementares para DST-HIV, teste de gravidez, abuso de álcool-drogas ou outros dados laboratoriais ou radiográficos necessários
- 3- Avaliação dos riscos comportamentais e apoio psicossocial
- 4- Avaliação da dinâmica e dos riscos familiares e acompanhamento

5- Notificação compulsória e intervenção legal (perícia judicial)

6- Proteção imediata e intervenção para o melhor interesse da criança ou adolescente, inclusive com hospitalização, se necessário.

Esquemas terapêuticos com uso de medicamentos devem ser considerados com cuidado, e se haverá supervisão psiquiátrica ou clínica com acompanhamento regulares, visitas periódicas agendadas e a possibilidade de visita domiciliar ou relatórios trocados com os responsáveis da escola, abrigo ou Conselho Tutelar, se for o caso. O tratamento medicamentoso é bastante controverso, para os transtornos do estresse pós-traumático, e não pode substituir a necessidade da psicoterapia de apoio para o/a adolescente e também para a sua família.

O tratamento medicamentoso pode ser útil para aliviar alguns sintomas como a agitação, insônia, ansiedade e depressão. Os mais indicados são os medicamentos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, como a sertralina e a fluoxetina. Os antidepressivos do tipo tricíclicos, como a amitriptilina, a imipramina e os inibidores da mono-amino oxidase, e os benzodiazepínicos como o clonazepam. Estes últimos devem ser usados com cautela e supervisão constante devido a seu potencial de dependência. Agentes anti-adrenérgicos como beta-bloqueadores como o propranolol também tem sido usados, principalmente em casos apresentando sintomas de ansiedade exacerbada, além dos agonistas alfa2-adrenérgicos como a clonidina. Em alguns estudos, o uso de anti-convulsivantes como a carbamazepina tem sido demonstrado eficaz, ou combinações de medicamentos de acordo com os sintomas apresentados e a evolução do caso (FRIEDMAN, 1997). Outros estudos (FOA, 1997) advogam a psicoterapia cognitivo-comportamental e treinamentos anti-estresse, incluindo técnicas de relaxamento e respiração e re-organização emocional em relação ao trauma vivenciado. A interrupção imediata dos fatores traumáticos causadores do estresse deve ser sempre a prioridade principal de qualquer tratamento e acompanhamento, uma questão dos direitos à saúde, assegurada com amparo legal e judiciário, se for o caso, em situações mais complexas.

CONCLUSÕES

A palavra-chave do transtorno do estresse pós-traumático que ocorre em crianças e adolescentes é prevenção. Todo evento traumático deve ser evitado durante as fases do crescimento e desenvolvimento cerebral, pois as repercussões serão marcantes e indelévels no corpo e no comportamento e é importante se minimizar seus impactos negativos a longo prazo. Implementação de medidas de prevenção do problema tem sempre um custo social menor em termos de saúde pública do que programas de intervenção precoce,

ainda que necessários e urgentes no atendimento de adolescentes nos serviços de educação e saúde, no país. As equipes multidisciplinares precisam de treinamentos específicos para a avaliação diagnóstica da violência que ocorre cotidianamente e os traumas causados com tantas repercussões clínicas durante os períodos da infância e da adolescência. A banalização da violência fortalece os danos à saúde, do ciclo da pobreza e da falta do aprimoramento dos fatores de proteção social que todo cidadão merece, especialmente, os adolescentes que representam o futuro imediato para o nosso país.

REFERÊNCIAS

1. Chrousos, G.P.; Gold, P.W. Stress, basic mechanisms and clinical implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1995;771, xv-xvii.
2. Felitti, V.J. ET AL. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14: 245-258.
3. Yehuda, R.; McFarlane, A.C. Psychobiology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1997;821, xi-xv.
4. Friedman, S.B.; Hoekelman, R.A. *Behavioural Pediatrics, psychosocial aspects of child health care*. New York, Mc Graw Hill Book Co. 1980
5. Spiegel, D. Trauma, Dissociation, and Memory. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1997; 821: 225-237.
6. Ornitz, E.M. Developmental aspects of neurophysiology. In *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 2nd Ed., Baltimore, Williams & Wilkins. 1996; 39-51.
7. Pynoos, R. S.; Steinberg, A.M.; Ornitz, E.M. Issues in the Developmental Neurobiology of Traumatic Stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1997; 821: 176-193.
8. Perry, B.D.; Szalavitz, M. The boy who was raised as a dog, what traumatized children can teach us about loss, love and healing. New York, Basic Books. 2006
9. Perry, B.D. Fear and learning, trauma-related factors in education. *New Directions for Adult and Continuing Education*. 2006; 110: 21-27.
10. Stratakis, C.A.; Chrousos, G.P. Neuroendocrinology and pathophysiology of the stress system. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1995; 771: 1-18.
11. Dom, L.D.; Chrousos, G.P. The endocrinology of stress and stress system disorders in adolescence. *Endocrinol Metab Clin N America*. 1993; 22: 685-700.
12. Benger, J.R.; Pearce, V. Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *British Medical Journal*. 2002; 324: 780-785.
13. WHO-ISPCAN. *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva, World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 2006
14. Friedman, M.J. Drug treatment for PTSD, answers and questions. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1997; 821: 359-371.
15. Foa, E.B. Psychological processes related to recovery from a trauma and effective treatment for PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1997; 821: 410-424.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Evelyn Eisenstein

E-mail: evelynbrasil@click21.com.br