

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

Dra. EVELYN EISENSTEIN¹
Dr. EDUARDO JORGE²
Dra. LUCIA ABELHA LIMA³

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 seqüência 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.

¹ Evelyn Eisenstein é médica pediatra e clínica de adolescentes. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Coordenadora da Telemedicina e Educação à Distância da FCM-UERJ, Diretora do CEIIAS, Centro de Estudos Integrados, Infância, Adolescência e Saúde e Diretora Médica da Metaclínica-Clínica de Adolescentes.

² Eduardo Jorge Custódio da Silva é médico neuro-pediatra. Professor Adjunto da UNIGRANRIO, Doutor em Ciências, FIOCRUZ e médico da Metaclínica-Clínica de Adolescentes.

³ Lucia Abelha Lima é médica psiquiatra e epidemiologista. Professora Adjunta do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, IESC-UFRJ.

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 sofrem 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 à 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 freqüentes 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 grande 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 6 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 & HOEKELMAN, 1980)

As reações mais frequentes podem ser divididas em 4 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 freqüentes, 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 nexos diagnósticos, 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 à eventos traumáticos. Ocorrem problemas de memória e amnésia traumática, despersonalização, estupor e desorganização do pensamento. Outros sintomas freqüentes são a perda do senso de realidade, perda de interesse e incapacidade 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 4 principais períodos de mudanças estruturais no desenvolvimento cerebral correspondentes aos grupos etários, (ORNITZ, 1996):

1. Do período infantil, entre o nascimento até 4 anos de idade;
2. Do período escolar, entre 4 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 re-organização 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 hiperativa. 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 interna 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, B. D. (2006): Medo e aprendizado, fatores relacionados ao trauma na educação. *New directions for adult and continuing education*. 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-butírico (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 meso-límbico 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.

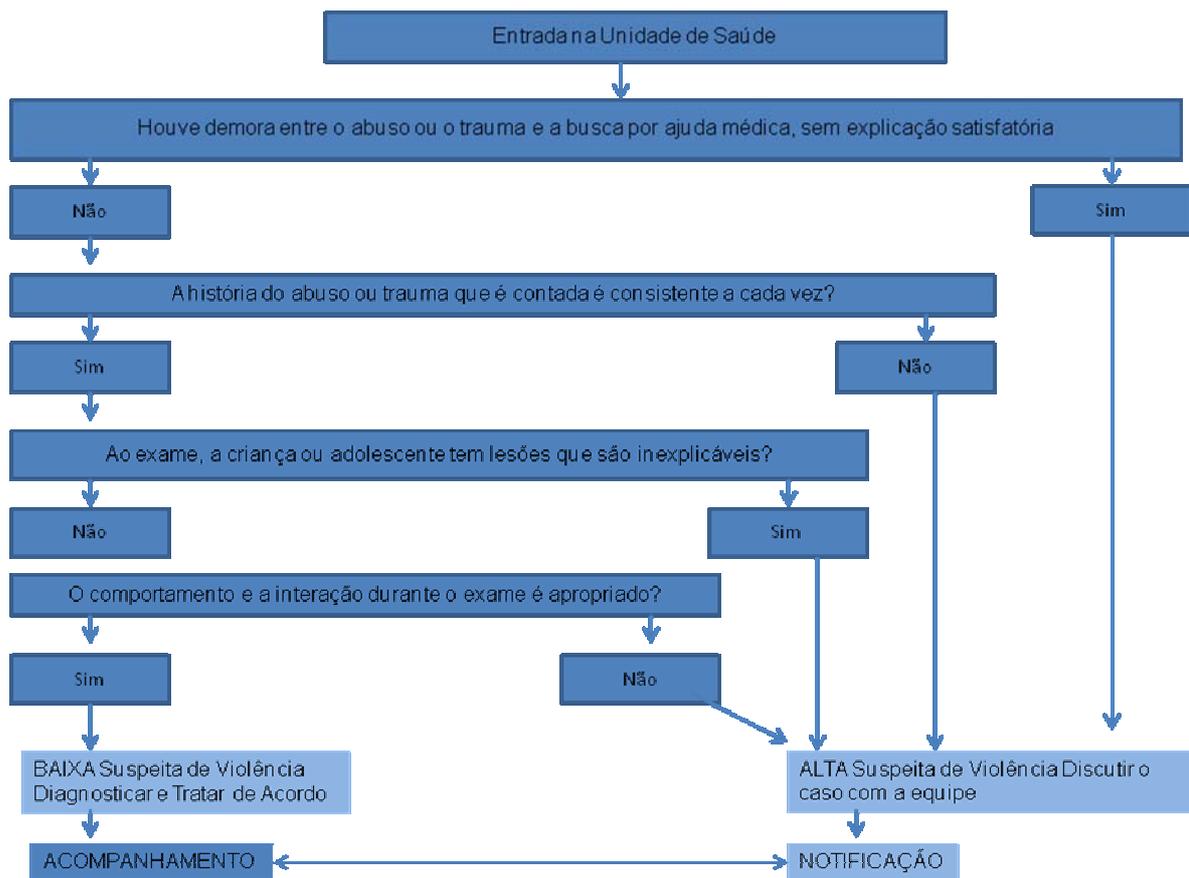
Por isso, as respostas de adaptação ao estresse generalizado ocasionam a desregulação e a etiologia de vários transtornos clínicos:

- depressão, a hiper-atividade, e problemas de ansiedade
- anorexia, desnutrição e transtornos gastro-intestinais
- taquicardia e hipertensão e alterações cardio-vasculares
- 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 colagenoses)
- 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 conseqüências clínicas, comportamentais e psico-sociais.

Um exemplo de fluxograma para aumentar a detecção precoce de transtornos abusivos ou pós-traumáticos 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 6 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 recaptção de serotonina, como a sertralina e a fluoxetina. Os anti-depressivos 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:

- Chrousos, G.P. ; Gold, P.W. (1995): Stress, basic mechanisms and clinical implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 771, xv-xvii.
- Felitti, V.J. ET AL (1998): 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*, 14: 245-258.
- Yehuda, R.; McFarlane, A.C. (1997): Psychobiology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, xi-xv.
- Friedman, S.B.; Hoekelman, R.A. (1980): Behavioural Pediatrics, psychosocial aspects of child health care. New York, Mc Graw Hill Book Co.
- Spiegel, D. (1997): Trauma, Dissociation, and Memory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821: 225-237.
- Ornitz, E.M. (1996): Developmental aspects of neurophysiology. *In Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 2nd Ed., Baltimore, Williams & Wilkins. 39-51.
- Pynoos, R. S.; Steinberg, A.M.; Ornitz, E.M. (1997): Issues in the Developmental Neurobiology of Traumatic Stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821: 176-193.
- Perry, B.D.; Szalavitz, M. (2006): The boy who was raised as a dog, what traumatized children can teach us about loss, love and healing. New York, Basic Books.
- Perry, B.D. (2006): Fear and learning, trauma-related factors in education. *New Directions for Adult and Continuing Education* 110: 21-27.
- Stratakis, C.A.; Chrousos, G.P. (1995): Neuroendocrinology and pathophysiology of the stress system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 771: 1-18.

Dom, L.D.; Chrousos, G.P. (1993): The endocrinology of stress and stress system disorders in adolescence. *Endocrinol Metab Clin N America* 22: 685-700.

Benger, J.R.; Pearce, V. (2002): Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *British Medical Journal*, 324: 780-785.

WHO-ISPCAN (2006): 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.

Friedman, M.J. (1997): Drug treatment for PTSD, answers and questions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821: 359-371.

Foa, E.B. (1997): Psychological processes related to recovery from a trauma and effective treatment for PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821: 410-424.

Endereço para correspondência: Rua Barão de Lucena 32, Rio de Janeiro, 22260-020, tel 21-2539-0048, fax 21-2266-4822

E-mail de contato: evelynbrasil@click21.com.br