



## ***Back Up The Children***

### **O trauma e o stress pós-traumático em crianças e jovens**

#### **Formação para técnicos e educadores em contexto institucional**

#### **Coordenação :**

TFB – Therapeutische Frauenberatung e.V. / Göttingen

#### **Produção:**

CESIS / Portugal

FENESTRA / Eslováquia

NANE / Hungria

NPO Women's Shelter / Estónia

RHESO / França

TFB – Therapeutische Frauenberatung / Alemanha



© 2010 CESIS/Portugal

Este material foi produzido com o apoio financeiro do Programa de Direitos Fundamentais e Cidadania da Comissão Europeia.



Os conteúdos deste material são da exclusiva responsabilidade das seguintes entidades: CESIS/Portugal, Fenestra/Eslováquia, NANE/Hungria, NPO/Estónia, Rheso/França e TFB/Alemanha e não podem, de forma alguma, ser entendidos como reflectindo as perspectivas da Comissão Europeia.

Caro/a usuário/a,

O trauma e as suas consequências devastadoras colocam, diariamente, novos desafios aos/às educadores/as e técnicos/as de diferentes áreas.

Quer as estatísticas, quer a experiência demonstram que a violência contra uma criança perpetrada por um/a familiar ou o testemunhar de uma situação de violência de um/a familiar contra outro/a(s) familiar(es) constitui a razão principal para a traumatização das crianças e também a razão principal para que estas tenham de recorrer a instituições de ajuda. Quando uma criança desenvolveu uma perturbação de stress pós-traumático (PTSD) em resultado de uma situação traumática, a sua recuperação depende, muitas vezes, do apoio que recebe dos/as especialistas das instituições de ajuda. Muitas vezes, no entanto, estes/as cuidadores/as têm pouco conhecimento acerca das especificidades do trauma.

Com o objectivo de melhorar a qualidade da ajuda oferecida a crianças traumatizadas e aumentar as competências de ajuda dos/as cuidadores/as, foi desenvolvido o projecto “Back up the Children” contando com o apoio financeiro do programa Daphne III da Comissão Europeia. No contexto deste esforço conjunto de entidades de seis países europeus (Alemanha, Estónia, França, Hungria, Portugal, Eslováquia) foi produzido um filme de formação de 30 minutos e respectivos materiais de formação de suporte. Este material destina-se a profissionais que contactam com crianças traumatizadas no seu trabalho quotidiano.

Neste CD poderá encontrar três pastas: 1) os textos do filme, 2) os textos do material de apoio, enquanto informação de base, e 3) indicações para o/a formador/a.

Assim,

- se você é um/a **especialista que trabalha quotidianamente com crianças**, as pastas 1 e 2 foram elaboradas especificamente para si,
- se você é um/a **formador/a experimentado/a na área do trauma e da violência** e gostaria de incluir este material de formação, ou parte, na sua actividade formativa, a pasta 3 será relevante para si.

Os materiais de formação nas **pastas 1 e 2** contém informação acerca dos seguintes tópicos:

- breve história da PTSD,
- o que é PTSD e como reconhecê-la em crianças,
- quais são os impactos das experiências traumáticas no desenvolvimento da criança,
- como ajudar crianças traumatizadas,
- como se ajudar a si próprio/a e aos/às seus/suas colegas e como evitar o esgotamento profissional.

Os materiais para formadores/as da **pasta 3** contém a seguinte informação:

- planos de sessão possíveis,
- instrumentos de avaliação,
- layout dos materiais.

Se tiver questões acerca deste material ou se estiver interessado/a em adaptá-lo e outras línguas, por favor contacte-nos através dos seguintes contactos:

**CESIS-** Centro de Estudos para a Intervenção Social  
Rua Rodrigues Sampaio, nº31, s/l. dta  
1150-278 Lisboa  
Portugal  
fax +351 213 867 225  
[cesis.geral@cesis.org](mailto:cesis.geral@cesis.org)

**FENESTRA** Women´s Interest Association  
P.O.Box F-12,  
042 92 Košice  
Phone +421-55-729 75 04  
[fenestra@fenestra.sk](mailto:fenestra@fenestra.sk)  
[www.fenestra.sk](http://www.fenestra.sk)

**NANE** Women´s Rights Association  
1088 Budapest, Gutenberg tér 2. III/3.  
1447 Budapest, P.O.B. 502  
Hungary  
fax +36 13 37 28 65  
[info@nane.hu](mailto:info@nane.hu)

**NPO Women's Shelter**  
Estonia  
[www.naistetugi.ee](http://www.naistetugi.ee)  
[info@naistetugi.ee](mailto:info@naistetugi.ee)

**RHESO** resource hébergement solidarité  
France  
+33 4.90.60.36.84.

**Therapeutische Frauenberatung e.V.**  
Groner Str.32-33  
37073 Göttingen  
Germany  
[info@therapeutische-frauenberatung.de](mailto:info@therapeutische-frauenberatung.de)

Gostariamos também de contar com o feedback de formadores/as que tenham usado este material na sua actividade formativa.

## Advertência

- O conteúdo do DVD é um suporte formativo e não esgota o trabalho a ser desenvolvido com o grupo de aprendentes.
- Assim, o formador deve ter em atenção a composição do grupo, bem como a função que desempenham os/as formandos/as, de forma adequar os conteúdos e seleccionar os materiais mais interessantes.
- O DVD não necessita de ser apresentado na íntegra nem de forma sequencial. Antes, cada formador/a deve seleccionar a informação a partilhar e desenvolver os conteúdos que suscitem mais interesse para o grupo em presença.
- O/a formador/a deve deixar espaço suficiente aos/às formandos/as para debater e partilhar experiências, de modo a compreender a dinâmica do grupo e escolher o formato de apresentação mais adequado.
- Os conteúdos do filme, bem como dos materiais de apoio, não são materiais de intervenção terapêutica. Nunca confundir as orientações dadas na formação com qualquer trabalho de carácter clínico que só poderá ser realizado por pessoal devidamente habilitado para o efeito.

## Como tudo começou

Os sintomas de trauma e de perturbação de stress pós traumático são, desde há muito tempo, objecto de pesquisa.

Mulheres com comportamentos agitados e inexplicáveis foram declaradas **como fingindo estar doentes**, e eram, habitualmente, consideradas **histéricas**.

Quem primeiro examinou os seus sintomas de forma mais atenta foi o neurologista Francês Jean-Martin **CHARCOT**. Os seus resultados levaram-no a concluir que estas mulheres não fingiam estar doentes, mas estavam efectivamente doentes do ponto de vista neurológico e mental. Mais tarde, o seu aluno Sigmund **FREUD** estabeleceu uma relação entre o enigmático comportamento destas mulheres e a ocorrência de experiências sexuais negativas no início das suas vidas.

Estas conclusões foram reprovadas pela sociedade do seu tempo. Em resultado disso, a pesquisa sobre o trauma praticamente estagnou.

Contudo, a **Primeira Guerra Mundial** e os efeitos que produziu nos soldados que nela combateram, voltaram a chamar a atenção sobre o trauma, embora tenha sido necessário esperar até à década de setenta, do século passado, para que a atitude em relação ao trauma mudasse de facto.

Um marco importante na história da pesquisa sobre o trauma foi a integração da perturbação de stress pós-traumático no **sistema de classificação DSM-III** em 1980.

No final dessa década foi fundada a **terapia de trauma** enquanto campo especializado de pesquisa. Foi nomeadamente Judith Lewis **HERMAN** quem implementou o trauma como parte da pesquisa da violência nas relações sociais – particularmente a que envolve mulheres e crianças.

Isso fez com que, finalmente, fosse dada atenção às necessidades específicas das crianças e que pesquisas fossem levadas a cabo de forma a encontrar perspectivas pedagógicas especializadas.

*Quais os sintomas que as crianças traumatizadas demonstram?*

*De que forma afectam o desenvolvimento de uma criança?*

*Que métodos pedagógicos podem ser usados no dia-a-dia?*

Estas questões estiveram na origem de outro campo especializado, o da pedagogia do trauma.

É hoje indiscutível que as crianças são particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de uma perturbação de stress pós traumático, dado que o seu desenvolvimento mental não está ainda concluído.

As consequências de um trauma são extensas e múltiplas. Por exemplo, a relação entre traumas precoces e doenças, como as cardiovasculares, foi estabelecida cientificamente.

As experiências traumáticas têm uma vasta influência no desenvolvimento mental e sócio-emocional de raparigas e rapazes. Podem causar, por exemplo, doenças mentais como depressão, perturbação dissociativa, ou comportamentos aditivos.

Embora a pesquisa acerca do trauma esteja ainda no seu início, pode dizer-se que, de uma maneira geral, já foi possível estabelecer uma influência positiva em várias áreas, nomeadamente no contexto pedagógico.

## *Back up the children*

### Como tudo começou

PTSD e trauma não são uma invenção dos nossos tempos.

Já no século passado, havia interpretações devastadoras de certos comportamentos inexplicáveis de algumas mulheres. Muitas mulheres foram rotuladas de histéricas. Este termo foi usado porque era senso comum naquela época que a razão desta perturbação de gênero (como assim se pensava) estava no útero ou, em Latim, *hysteria*.

Jean-Martin **CHARCOT** do hospital francês *Salpêtrière* foi um dos primeiros médicos a estudar a histeria de um ponto de vista científico. As observações e o estudo sistemático dos sintomas da histeria levou-o a concluir que estas eram pessoas neurológica e mentalmente doentes e não fingidoras.

Os seus alunos, Pierre **JANET** e Sigmund **FREUD**, agiram sobre estas novas ideias e começaram realmente a ouvir as mulheres. Na sua obra "Sobre a Etiologia da Histeria" ("*On the Etiology of Hysteria*"), publicado em 1896, Freud escreveu:

*"Tenho a honra de afirmar que na raiz de todos os casos de histeria ... existem um ou mais incidentes na experiência sexual precoce, o que aconteceu numa idade muito jovem."*

A histeria era um fenómeno generalizado no seu tempo, e a conclusão de Freud levou a que, conseqüentemente, o abuso sexual tivesse de ser considerado igualmente como generalizado. Esta conclusão não foi bem vista na sociedade da época, o que levou Freud a retirar o seu livro.

Em consequência, a investigação sobre trauma parou durante algum tempo.

Os acontecimentos da **Primeira Guerra Mundial** trouxeram uma nova urgência para a compreensão deste assunto.

Os soldados da linha de frente sofriam enormes crises nervosas. Mesmo quando se estabeleceu uma ligação entre um trauma mental e as crises, continuaram depreciativamente a serem descritos como simuladores, ou mesmo "neuróticos".

A história da neurose de guerra, mais comumente conhecido como "choque de escudo", tomou assim, um rumo semelhante ao que anteriormente levou o da histeria simples. Do ponto de vista político, os assuntos que levantou foram ainda mais explosivos.

### **Este cenário só se alterou após 1970.**

O movimento anti-guerra, que foi substancialmente apoiado pelos veteranos de guerra do Vietnam, iniciaram uma campanha que trouxe o reconhecimento dos traumas psicológicos como consequência permanente e inevitável da guerra.

## **Um marco importante foi a integração da Perturbação de Stress Pós Traumático no DSM-III em 1980.**

Neste contexto, as consequências da violência sexual sofrida pelas mulheres e meninas foram também consideradas. Esta questão foi igualmente levantada em 1970 por diversos movimentos feministas.

Judith Lewis **HERMAN**, psiquiatra americana que centrou a sua investigação sobre o incesto e o stress pós traumático foi particularmente bem sucedida na inclusão do trauma como parte da investigação da violência nas relações sociais, especialmente em casais e famílias. Ela introduziu o termo perturbação de stress pós-traumático na discussão científica através das suas pesquisas sobre os veteranos do Vietnam, mas também sobre mulheres que foram vítimas de violência em casa.

O campo especial da **terapia do trauma** foi fundado nos anos 80 do século passado.

Ficou rapidamente claro, no entanto, que, em termos pedagógicos, eram necessárias formas mais especializadas para lidar com o trauma nas crianças.

Questões como o cuidado metódico para crianças traumatizadas no contexto pedagógico ou suporte do seu desenvolvimento individual foram tratados a partir de vários pontos de vista por vários especialistas.

Esta foi a origem de um outro campo independente, a **pedagogia do trauma**.

Eventos globais, tais como os atentados terroristas de 11 de Setembro, nos Estados Unidos, em 2001, ou o tsunami no Sudeste Asiático, no Natal de 2004, geraram um grande interesse na opinião pública, que é acompanhado por um renovado foco sobre o trauma. Mas as consequências de eventos "não reconhecidos" nos círculos sociais mais próximos são frequentemente muito mais devastadoras.

As crianças estão particularmente em risco de desenvolver PTSD, porque ainda não estão plenamente desenvolvidas ao nível mental.

As crianças precisam ainda mais de ajuda para processar experiências traumáticas do que os adultos.

A relação entre experiências traumáticas precoces e doenças, como as cardiovasculares, foi estabelecida pela pesquisa de Vincent J. **FELITTI** e outros.

Outros resultados da investigação salientam a ligação entre trauma precoce e as doenças mentais como sejam a depressão, o transtorno dissociativo ou adições.

Contudo, é impossível registar correctamente a complexidade dos transtornos alimentares em crianças e adolescentes na classificação dos sistemas DSM-IV e CID-10.

Há esforços concretos para categorizar os sintomas nas crianças para o próximo DSM-V.

Embora a pesquisa sobre o trauma tenha feito progressos nos últimos anos, muitas áreas estão ainda a dar os primeiros passos.

## O que é exactamente a perturbação de stress pós-traumático?

As experiências traumáticas são inesperadas e imprevisíveis. Incontroláveis e chocantes.

Constituem sempre uma ameaça existencial para a vítima, que se sente impotente. A auto-percepção da vítima e do mundo que a rodeia são fortemente abaladas.

As crianças, tal como os adultos podem sofrer de stress pós-traumático. Contudo, as crianças são muito menos capazes de lidar com isso, dado que a estrutura da sua personalidade não se encontra ainda totalmente desenvolvida. Este stress é particularmente severo quando é causado por pessoas próximas à criança, como os pais ou outros familiares.

Podem ser identificados dois tipos de trauma:

- Um diz respeito a **situações traumáticas únicas**. Aqui enquadram-se desastres naturais, acidentes, ou a perda de um progenitor, familiar ou pessoa amiga.
- Outro diz respeito a **situações traumáticas continuadas**, como o abuso, a negligência ou o experienciar de situações de conflito ou guerra.

Imediatamente após a experiência traumática podem **ser detectados sinais de perturbação de stress pós-traumático**. Esta é, contudo, uma reacção normal que não deve ser categorizada como doença.

No entanto, cerca de 25% dos adultos e mais de 30% das crianças revelam sinais de reacção que duram mais de três meses. Nesse caso está-se perante uma situação de perturbação de stress pós-traumático ou, na sua sigla em língua inglesa, **PTSD**.

Trata-se, no fundo, de uma reacção normal a uma situação anormal, que não consegue ser processada pelo corpo, mente e alma. E os seus sintomas podem durar vários meses, por vezes mesmo anos.

Existem diversos factores que podem determinar se uma criança ou adulto é mais susceptível de desenvolver uma perturbação de stress pós-traumático.

**Antes da situação de stress** tais factores incluem traços da personalidade, como a idade, auto-confiança, doenças, experiências traumáticas anteriores, bem como a situação familiar em geral, que pode ou não estar rodeada de sentimentos de amor e carinho, segurança e respeito.

**Durante a situação de stress** os factores mais importantes são a duração e tipo de experiência traumática. Quanto mais longa for a situação, maior a probabilidade de a vítima vir a desenvolver uma perturbação de stress pós-traumático.

Traumas causados pelo ser humano, como o abuso e a negligência, são aqueles que têm consequências mais severas.

**Depois da situação de stress**, o factor determinante é a quantidade e qualidade do apoio dado à vítima. Adicionalmente, são também importantes a reacção geral à experiência e a capacidade pessoal da vítima para lidar com a questão.

Basicamente, a vítima não consegue controlar o processamento da situação traumática.

O que é um **desencadeador** e o que é um **flashback**?

**Os** desencadeadores são estímulos-chave. Podem ser imagens, barulhos, ou cheiros. São capazes de reactivar a memória do trauma. Em resultado disso, a vítima tem recordações repentinas que a levam de volta ao momento da situação traumática.

As vítimas são dominadas emocionalmente e sentem dificuldades em distinguir entre o “Aqui e Agora” e a sua experiência traumática.

Este re-experienciar de estados emocionais anteriores é denominado de **flashback**.

Qualquer memória indesejada do trauma pode induzir uma situação de pânico e pode reforçar os sintomas de trauma.

Através de uma intervenção precoce e de apoio e cuidados adequados, as crianças traumatizadas serão capazes de voltar a ganhar confiança nos outros e em si mesmas e integrar a experiência traumática nas suas vidas.

## Backup the children

### O que é a perturbação de stress pós-traumático?

*PSPT*, o acrónimo usado para *perturbação de stress pós-traumático* designa o estado físico e psicológico de pessoas que experienciam uma situação ou uma série de situações extremas de natureza traumática. Judith Lewis Herman destaca no seu livro “Trauma and Recovery” – um marco fundamental nesta temática – que nesta definição “extrema” não se refere a uma situação rara, mas antes ao facto de que tal situação não se enquadra nas experiências normais de stress. Como tal, a PSPT, a resposta a tal situação, não é mais do que uma reacção normal a uma situação anormal. Esta é uma questão importante a ter em mente quando se lida com crianças traumatizadas, de modo a que estas possam ser vistas como magoadas e batalhadoras e não como problemáticas. Isso ajuda a evitar a estigmatização.

As experiências traumáticas são inesperadas e imprevisíveis. Incontroláveis e chocantes. Constituem sempre uma ameaça séria e até existencial para a vítima ou para alguém próximo, à qual se associa uma sensação de impotência, horror e, nas crianças, confusão e agitação. São, igualmente, acompanhadas por um medo intenso relativamente à vida ou à segurança e integridade física do/a próprio/a ou de outra pessoa. A auto-percepção da identidade da vítima e do mundo que a rodeia são fortemente abaladas.

As crianças, tal como os adultos podem experienciar stress traumático. Contudo, as crianças são muito menos capazes de lidar com isso, dado que a estrutura da sua personalidade não se encontra ainda totalmente desenvolvida e têm muito menos poder e controlo sobre as suas vidas. São dependentes dos adultos e têm pouca possibilidade e capacidade de escapar ou pedir ajuda numa situação de perigo, o que aumenta os sentimentos de impotência. Este tipo de stress é particularmente severo quando é causado por pessoas próximas à criança, como os pais ou outros familiares.

De modo a ser capaz de reconhecer os sinais da PSPT é importante saber quais são algumas das formas típicas de trauma que habitualmente nela resultam. A tabela abaixo sumariza os tipos de trauma que mais frequentemente as crianças experienciam:

Tipos de trauma	
<b>Abuso físico</b>	<b>Exemplos</b>
Infligir ou atentar dor física (não inclui brigas entre irmãos ou colegas de idade e capacidade física similar)	<i>bater</i> <i>sacudir</i> <i>queimar</i> <i>sufocar</i> <i>castigo corporal severo</i>

<b>Abuso sexual</b>	<b>Exemplos</b>
Contacto sexual efectivo ou tentado	<i>acariciamento, beijos de carácter sexual contacto genital penetração</i>
Exposição a materiais ou ambientes de cariz sexual inapropriados à idade	<i>exposição a pornografia exposição a actividade sexual entre adultos exposição a genitais (flashing)</i>
Exploração sexual para gratificação sexual ou benefício financeiro do perpetrador	<i>incesto prostituição pornografia orquestração de contacto sexual entre duas ou mais crianças</i>
<b>Maus-tratos psicológicos</b>	<b>Exemplos</b>
Abuso verbal	<i>insultos ameaças</i>
Abuso emocional	<i>"bullying" aterrorizar controlo coercivo</i>
Afastamento emocional	<i>evitamento privação de amor/carinho</i>
Privação social intencional	<i>isolamento separação forçada de um ente querido</i>
Exigência excessiva relativamente ao desempenho da criança em termos escolares, atléticos ou outros	<i>punições castigos forçar a criança a "participar" chantagem emocional ou ameaças de castigo</i>
<b>Negligência</b>	<b>Exemplos</b>
Negligência física	<i>privação de comida, vestuário, ou abrigo</i>
Negligência médica	<i>não administração de medicamentos prescritos</i>
Negligência educacional	<i>impedimento de ir à escola absentismo escolar</i>
<b>Violência conjugal ou violência doméstica</b>	<b>Exemplos</b>
Ser vítima de violência numa relação íntima na adolescência	<i>violência física violência verbal e/ou emocional violência sexual isolamento</i>

Testemunhar violência doméstica contra outra criança ou pessoa adulta em casa	<i>violência doméstica contra o pai, mãe ou cuidador violência contra um irmão ou irmã</i>
<b>Violência na comunidade</b>	<b>Exemplos</b>
Ser vítima ou testemunhar violência extrema na vizinhança ou na comunidade mais alargada	<i>gangs violência contra grupos minoritários assédio e/ou maus-tratos</i>
<b>Violência na escola</b>	<b>Exemplos</b>
Ser vítima ou testemunhar violência que ocorre em contexto escolar	<i>bullying por colegas ou professores abuso sexual por colegas ou professores actos de violência perpetrados por colegas</i>
<b>Desastres naturais ou provocados pelo ser humano</b>	<b>Exemplos</b>
Grande acidente ou desastre, resultado não intencional de um evento natural ou provocado pelo ser humano	<i>inundações explosão de reactor nuclear incêndios terramotos</i>
<b>Acidente grave ou Doença/Procedimento Médico</b>	<b>Exemplos</b>
Acidentes ou ferimentos não intencionais	<i>Acidente de viação Queda accidental</i>
Doenças ou procedimentos médicos extremamente dolorosos ou que coloquem a vida em risco	<i>tratamentos à base de queimaduras cancro</i>
<b>Guerra/Terrorismo/Violência Política</b>	<b>Exemplos</b>
Exposição a actos de guerra/terrorismo/violência política	<i>bombismo deslocação de refugiados ataques racistas ou homofóbicos violação em tempo de guerra</i>
<b>Luto/Separação Traumática</b>	<b>Exemplos</b>
Separação abrupta, não explicada de um progenitor, cuidador primário ou irmão (não inclui colocação em casa de acolhimento!)	<i>Morte de um progenitor, cuidador primário ou irmão Morte inesperada, homicídio ou suicídio de um amigo chegado, familiar hospitalização de um progenitor</i>

Podem ser identificados dois tipos de trauma:

- Um diz respeito a situações traumáticas únicas. Aqui enquadram-se situações como desastres naturais, acidentes, ou a perda de um progenitor, familiar ou pessoa amiga.
- Outro diz respeito a situações traumáticas continuadas, como o abuso, a negligência ou o experienciar de situações de conflito ou guerra.

Imediatamente após a experiência traumática podem ser detectados sinais de stress pós-traumático. Esta é, contudo, uma reacção normal que não deve ser categorizada como perturbação.

No entanto, cerca de 25% dos adultos e mais de 30% das crianças revelam sinais de reacção que duram mais de três meses.

Nesse caso está-se perante uma situação de perturbação de stress pós-traumático ou, na sua sigla em língua inglesa, PTSD.

Trata-se, no fundo, de uma reacção normal a uma situação anormal, que não consegue ser processada pelo corpo, mente e alma. E os seus sintomas podem durar vários meses, por vezes mesmo anos.

Em termos científicos, fala-se de trauma complexo quando a vítima (criança ou adulta) é exposta a repetidas e/ou múltiplas experiências traumáticas. É este o caso quando a própria criança é abusada, severamente negligenciada, quando é testemunha de violência doméstica, guerra ou diferentes formas de violência comunitária. O termo *trauma complexo* descreve o problema dual que resulta da exposição de uma criança a múltiplas situações traumáticas e do impacto desta exposição no desenvolvimento da criança.

Há diversos factores que podem determinar se uma criança ou adulto é susceptível de desenvolver uma perturbação de stress pós-traumático:

Antes da situação de stress tais factores incluem traços da personalidade, como a idade, auto-confiança, doenças, experiências traumáticas anteriores, bem como a situação familiar em geral, que pode ou não estar rodeada de sentimentos de amor e carinho, segurança e respeito.

Durante a situação de stress os factores mais importantes são a duração e tipo de experiência traumática. Quanto mais longa for, maior a probabilidade de a vítima vir a desenvolver perturbação de stress pós-traumático. Traumas causados pelo ser humano, como o abuso e a negligência, são aqueles que têm consequências mais severas. Esta situação é ainda mais grave se o trauma é causado por alguém que a criança conhece, sobretudo se se trata de uma pessoa adulta na qual a criança confia ou na qual é suposto e esperado que ela confie. Pode ser um progenitor, irmão mais velho, parente, professor, profissional de saúde ou um líder, seja ele juvenil, religioso ou outro. Pode ainda ser um vizinho, um amigo ou um dos seus pares. Quando o trauma é causado por uma pessoa em quem se confiava, o mundo da criança fica virado do avesso. Em resultado disso, e para além da dor física, o medo e o horror permanecem durante mais tempo, dado que o trauma envolve o estilhaçar da confiança da criança noutras pessoas.

Depois da situação de stress, o factor determinante é a quantidade e qualidade do apoio dado à vítima. Adicionalmente, são também importantes a reacção geral à experiência e a capacidade pessoal da vítima para lidar com a questão.

Quando o trauma é causado por uma pessoa que a criança conhece, o seu potencial disruptivo é intensificado se a criança não é levada a sério. Esta situação não é rara: muitas vezes, os adultos tendem a tomar o partido de outros adultos e a confiar no seu conhecimento pessoal sobre o alegado perpetrador e não na experiência relatada pela criança. Os abusadores são conhecidos pela sua capacidade em parecerem extremamente agradáveis e simpáticos com os outros que não as suas vítimas. Como tal, é provável que seja difícil aos outros imaginar que o perpetrador tenha cometido actos de violência.

As crianças que obtêm o apoio necessário superam a perturbação de stress pós-traumático. Um apoio adequado inclui o respeito pela realidade, desejos, necessidades e auto-determinação da criança. É, muitas vezes, difícil aos adultos encontrar o equilíbrio entre a protecção dos interesses da criança e o deixar que a criança tome as suas próprias decisões. O apoio será o adequado se este equilíbrio for encontrado.

É da maior importância que o profissional de apoio saiba que a vítima não consegue controlar o processamento da situação traumática.

### **O que é um despoletador, e o que é um flashback?**

Segmentos incompletos da experiência traumática são armazenados pelo cérebro na memória implícita, pelo que não podem ser recordados conscientemente. São, porém, muitas vezes recordados de forma não intencional pelos despoletadores.

Os despoletadores são estímulos-chave. Podem ser imagens, barulhos, ou cheiros. São capazes de reactivar a memória do trauma. Em resultado disso, a vítima tem recordações repentinas que a levam de volta ao momento da situação traumática. São dominadas emocionalmente e sentem dificuldades em distinguir entre o “Aqui e Agora” e a sua experiência traumática.

Este reexperienciar de estados emocionais anteriores é denominado de flashback. Qualquer memória indesejada do trauma pode induzir uma situação de pânico e pode reforçar os sintomas de trauma.

A vida e bem-estar das crianças depende dos seus pais ou outros cuidadores. Se estes são abusadores, é provável que as crianças desenvolvam uma ligação traumática. Em consequência, podem tentar que os abusadores gostem mais delas, na esperança de serem menos abusadas ou que possam, pelo menos, sobreviver. Muitas vezes, as crianças convencer-se-ão a si mesmas e aos outros que gostam dos seus abusadores. Esta situação pode, porém, ser concomitante com um sentimento de ódio, o que faz com que as crianças se vejam envolvidas numa confusão de emoções conflitantes de amor e ódio. Os profissionais de ajuda também podem ser confundidos por esta ligação traumática, mas é essencial que se responsabilizem pela segurança da criança e que não a deixem continuar numa situação traumatizante apenas porque ela demonstra “amor” pelo/a abusador/a.

Através de uma intervenção precoce e de apoio e cuidados adequados, as crianças traumatizadas serão capazes de voltar a ganhar confiança nos outros e em si mesmas e integrar a experiência traumática nas suas vidas enquanto memória que já não acarreta qualquer ameaça.

***Leituras adicionais:***

*Herman, Judit (1992, 1997) Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror. N.Y.: BasicBooks.*

*The Post Traumatic Stress Disorder Today page of Mental Health Today:*  
<http://www.mental-health-today.com/ptsd/dsm.htm>.

National Child Traumatic Stress Network: <http://www.nctsn.net>.

*Books of Alice Miller. For a list of her books see: [http://www.alice-miller.com/books\\_en.php](http://www.alice-miller.com/books_en.php).*

## Quais são os sintomas?

Existem tantas razões para as perturbações de stress pós-traumático, quantas as **reacções e sintomas** subsequentes.

Estes são influenciados não apenas pelo tipo, severidade e duração da experiência traumática, mas também, de forma decisiva, pela idade da criança.

De acordo com o DSM-IV, os sintomas são classificados em três categorias:

**hiper-activação**  
**re-experimentação (ou intrusões)**  
**e evitamento.**

As crianças traumatizadas podem experimentar um estado permanente de **hiper-activação**, situação na qual podem evidenciar sintomas semelhantes aos dos adultos.

Estes podem incluir:  
perturbações do sono ou insónia,  
irascibilidade e raiva,  
dificuldades de concentração,  
hiper-vigilância, e  
reacções de susto exageradas.

Devido à sua grande excitabilidade, estas crianças mostram, muitas vezes, sinais de **comportamento hiperactivo**. Podem parecer provocativas e rebeldes. Além do mais, o seu estado mental é muito volátil e, como tal, muda rapidamente.

Devido às dificuldades crescentes em se concentrarem, o seu desempenho na escola pode piorar. Também a relação com colegas e adultos pode deteriorar-se em resultado do estado permanente de hiper-activação. Feedback negativo em relação a comportamentos agressivos e “irritantes” pode resultar no isolamento e evitamento social da criança traumatizada.

Outra consequência directa de uma experiência traumática pode ser a **re-experimentação**.

Muitas vezes, as pessoas adultas têm memórias recorrentes e depressivas do acontecimento traumático, que são altamente perturbadoras. Estas memórias são designadas por **flashbacks**.

Os adolescentes também experienciam flashbacks, os quais são, muitas vezes, acompanhados por ataques de pânico e um sentimento de tristeza, taquicardia, e suor intenso.

As crianças, por seu lado, passam, muitas vezes, pela re-experimentação compulsiva, repetitiva e persistente, do acontecimento traumático.

Nesta situação elas parecem estar ausentes, catatónicas, parecendo olhar para o vazio.

Frequentemente as crianças têm sonhos assustadores, indescritíveis, ou pesadelos.

O evitamento sintomático é a consequência lógica da hiper-activação e da re-experimentação.

Pensamentos, emoções ou actividades que possam fazer reviver o trauma são evitados.

Neste tipo de sintomas o comportamento específico das crianças é evidente: há uma degradação global da sua capacidade de reacção, há uma redução da capacidade de brincar, evitam períodos de descanso.

**Pôr as crianças a dormir** pode ser particularmente difícil. O processo de acalmar parece, muitas vezes, estar associado a um medo profundo.

Algumas crianças evitam o contacto social como forma de se protegerem de uma nova situação traumática.

Défices globais de desenvolvimento são, muitas vezes, notados. Por vezes, as crianças regredem em termos de padrão de comportamento.

Muitas crianças traumatizadas habitam-se a procurar refúgio num mundo de fantasia que entendem como seguro evitando, dessa forma, o confronto com a realidade traumática.

É importante estar consciente dos **diferentes sintomas** e observar, caso a caso, como a criança traumatizada lida com o stress e quais as razões em concreto que podem estar na sua origem.

## Back up the children

### Sintomas de perturbação de stress pós-traumático e sua apresentação característica nas crianças

Sintomas característicos gerais de PSPT	Sintomas característicos de PSPT nas crianças
<b>Aumento dos níveis de excitação</b>	
Insónia Irritabilidade e raiva Baixa concentração Hipervigilância Resposta de alarme exagerada	Acordar durante a noite Medo de ir para a cama Hiperactividade Desobediência e comportamento agressivo Alterações de humor extremas e rápidas Auto-punições corporais
<b>Re-experienciar</b>	
Emoções relativas ao trauma constantes Memórias intrusivas Sonhos com conteúdos identificáveis Re-encenação	Brincar pós-traumático Re-encenação através do brincar Pesadelos com/sem conteúdos específicos
<b>Evitamento</b>	
Evitamento de pensamentos, emoções, conversas, actividades e memórias Perda de interesse Sentimentos de alienação Redução das emoções Redução da consciência corporal Desesperança	Diminuição da capacidade de reagir Capacidade de brincar reduzida Evitamento do descanso Afastamento social Perda da capacidade para se desenvolver Regressão Refúgio em mundos de fantasia Sentimento generalizado de aborrecimento e vazio

*A coluna da esquerda é uma descrição dos sintomas de PSPT de acordo com a classificação ICD-10, os quais se verificam a partir da adolescência. A coluna da direita apresenta os sintomas característicos nas crianças. Embora a coluna da esquerda não esteja propriamente errada no que concerne às crianças, também não é precisa.*

Fonte: Weinberger, Dorothea (2005): *Traumatherapie mit Kindern*.  
Stuttgart, Pfeiffer bei Kett-Cotta

## **Sintomas de perturbação de stress pós-traumático e suas especificidades nas crianças e adolescentes**

Existe um conjunto de situações traumáticas que podem causar uma perturbação de stress pós-traumático (PTSD) em crianças e adolescentes. Qualquer situação que envolva uma ameaça, medo, sentimento de impotência, desorganização ou horror pode conduzir ao stress pós-traumático. No entanto, o que é perturbador para uma criança pode não o ser para outra – cada criança responde de forma diferenciada ao ambiente em que se encontra.

A sintomatologia da PTSD entre crianças e adolescentes pode variar de forma significativa, dependendo não só da situação traumática em si, mas também da sua severidade e duração, bem como da idade de desenvolvimento da criança/adolescente no momento do trauma. Tal como apresentado no DSM-IV, os sintomas de PTSD enquadram-se em três categorias: (1) Reexperimentação; (2) Evitamento; (3) Aumento de activação.

### **Critérios de diagnóstico para 309.81 Perturbação de Stress Pós-Traumático**

- A. A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as seguintes condições estiveram presentes:
- a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros
  - a resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror.  
Nota: em crianças, isto pode ser expresso por comportamento agitado ou desorganizado.
- B. O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente através de 1 (ou mais) dos seguintes modos:
- lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções. **Nota:** Em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspectos do acontecimento traumático são expressos.
  - sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento. **Nota:** em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível.
  - actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a ocorrer de novo (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e *flashback* dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou sob o efeito de estupefacientes). **Nota:** em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático;

- mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático;
  - reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.
- C. Evitamento persistente de estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes itens:
- esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;
  - esforços para evitar actividades, lugares ou pessoas que desencadeiem lembranças do trauma;
  - incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma;
  - interesse ou participação em actividades significativas fortemente diminuídos;
  - sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros;
  - gama de afectos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros);
  - expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um desenvolvimento normal de vida).
- D. Sintomas persistentes de aumento de activação (ausentes antes do trauma), indicados por 2 (ou mais) dos seguintes itens:
- dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir;
  - irritabilidade ou acessos de cólera;
  - dificuldade de concentração;
  - hipervigilância;
  - resposta de alarme exagerada.
- E. Duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C, e D) superior a 1 mês.
- F. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.
- Especificar se:
    - Aguda:** se a duração dos sintomas for inferior a 3 meses.
    - Crónica:** se a duração dos sintomas for igual ou superior a 3 meses.
  - Especificar se:
    - com Início dilatado:** se o início dos sintomas ocorrer pelo menos 6 meses depois do acontecimento stressor.

*Cite as: American Psychiatric Association. 309.81 Posttraumatic Stress Disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington 1994:424-429.*

## Diferenças desenvolvimentistas nos sintomas de PSPT

É essencial ter em linha de conta o nível de desenvolvimento da criança/adolescente, dado que isso irá afectar a forma como os sintomas de PTSD se manifestam. Nos próximos pontos, passa-se em revista as diferenças em termos de desenvolvimento no que se refere à forma como os sintomas de PTSD se manifestam em idade pré-escolar, escolar, na adolescência e na idade adulta. Tal como apresentado no DSM-IV, os sintomas de PTSD enquadram-se em três categorias: (1) Reexperimentação; (2) Evitamento; (3) Aumento der activação.

### Re-experimentação

Adulto	Adolescente	Idade escolar	Idade pré-escolar
<b>1. Lembranças recorrentes e intrusivas</b>	Procura de vingança / fantasias de salvamento	Procura de vingança / fantasias de salvamento	<b>Brincadeiras repetidas</b>
<b>2. Sonhos perturbadores</b>	<b>Pesadelos</b>	<b>Pesadelos</b>	<b>Pesadelos, terrores nocturnos</b>
<b>3. Sentimento de que a situação traumática é recorrente</b>	<b>Sentimento de que a situação traumática é recorrente</b>	Sons intrusivos, representação das imagens do trauma	Sons intrusivos, representação das imagens do trauma
<b>4. Angústia quando exposto a desencadeadores do trauma</b>	Medos mundanos e específicos ao trauma	Medos mundanos e específicos ao trauma	Ansiedade de separação e a estranhos; medos regressivos
<b>5. Reactividade fisiológica à exposição</b>	Reactividade e queixas somáticas	Reactividade e queixas somáticas	Distúrbios alimentares; sensibilidade a ruído elevado

*Nota: Critérios do DSM-IV a negrito.*

*Fontes: Eth (1989); Eth & Pynoos (1994); Ribbe, Lipovsky, & Freedy (1995); Terr (1985; 1991).*

*Em crianças expostas a violência doméstica: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development (pp.165), Robert A.Geffer, PhD; Peter G.Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000*

Como é possível verificar no quadro anterior, enquanto que os adultos podem apresentar recordações recorrentes e angustiantes da situação traumática, incluindo imagens ou pensamentos, nas crianças é mais frequente que as recordações intrusivas se consubstanciem em comportamentos como brincadeiras repetidas sobre temas ou aspectos do acontecimento traumático (Terr, 1988).

As crianças mais velhas podem ter fantasias repetitivas acerca do seu salvamento ou acerca da sua procura de vingança. O DSM-IV nota igualmente que é mais provável que as crianças tenham terrores nocturnos ou pesadelos sem conteúdo preciso, do que os adultos. Quando os pesadelos destas crianças têm um conteúdo, é comum que esse conteúdo se

relacione com a morte prematura delas mesmas (Eth, 1989). Além disso, enquanto os adultos podem experienciar *flashbacks* dissociativos, durante os quais se sentem como se a situação traumática estivesse, de novo, a acontecer, nas crianças é mais provável a experimentação apenas de sons ou imagens desse acontecimento. É provável que estes sons e/ou imagens apareçam quando as crianças estão num estado de relaxamento (Pynoos e Nader, 1990).

As crianças mais novas, em particular, são mais dadas a representar o acontecimento ou a inventar jogos associados ao trauma como, por exemplo, o “homicídio” (Armsworth e Holady, 1993). É também provável que as crianças desenvolvam medos específicos associados a estímulos relacionados com a situação traumática, bem como medos mais abrangentes que têm um carácter regressivo, tal como o medo do escuro, de estranhos, ou de dormir sozinho.

## Evitamento

Adulto	Adolescente	Idade escolar	Idade pré-escolar
<b>1. evitamento de pensamentos ou sentimentos acerca da situação traumática</b>	desligar da realidade	desligar da realidade	desligar da realidade
<b>2. evitamento de pessoas, lugares, ou actividades</b>	comportamento fóbico	comportamento fóbico	comportamento fóbico
<b>3. incapacidade em recordar a situação traumática</b>	distorções temporais distorções cognitivas de causalidade	distorções temporais distorções cognitivas de causalidade	confusão cognitiva
<b>4. interesse diminuído em actividades</b>	absentismo	recusa da escola	comportamento regressivo
<b>5. afastamento dos outros</b>	Isolamento; passagem ao acto contra os outros	isolamento face aos pares falta de interesse em brincar	vinculação ansiosa
<b>6. limitações em termos afectivos</b>	tristeza, culpa	tristeza, culpa sentimento de solidão	tristeza, sentimento de impotência
<b>7. expectativas encurtadas face ao futuro</b>	<b>expectativas encurtadas face ao futuro</b>	<b>expectativas encurtadas face ao futuro</b>	<b>expectativas encurtadas face ao futuro</b>

*Nota: Critérios do DSM-IV a negrito.*

*Fontes: Eth (1989); Eth & Pynoos (1994); Ribbe, Lipovsky, & Freedy (1995); Terr (1985; 1991). Em crianças expostas a violência doméstica: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development (pp.166), Robert A.Geffer, PhD; Peter G.Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000*

A segunda categoria inclui um conjunto de sintomas que diferem entre crianças e adultos (ver tabela acima). Por exemplo, enquanto que os adultos podem esforçar-se para evitar pensamentos ou sentimentos associados ao trauma, nas crianças pode verificar-se antes um desligar da realidade (ao invés de evitação activa). Além disso, embora os adultos possam ser incapazes de se lembrar aspectos importantes da situação traumática, as crianças raramente demonstram uma amnésia total relativamente aos acontecimentos traumáticos (Brucks, Ceci, & Hembroke, 1998).

Ao invés, as crianças tendem a demonstrar dificuldades ao nível cognitivo e perceptivo (Eth, 1989). É provável que crianças em idade pré-escolar se sintam confusas relativamente a parcelas importantes das situações traumáticas, um fenómeno conhecido como distorção temporal. Da mesma forma, podem interpretar situações erradamente como tendo sido preditores da situação traumática, algo designado por distorções cognitivas de causalidade (Terr, 1985).

Nas crianças em idade pré-escolar é provável que a diminuição do interesse por determinadas actividades se traduza num comportamento inseguro e que deixem de estar dispostas a sair de casa de forma independente. Podem ficar imóveis ou regredir, querendo que outras pessoas as vistam ou alimentem, perdendo o controlo dos esfíncteres (intestinos ou bexiga), ou apegando-se excessivamente aos cuidadores. Nas crianças mais velhas, pelo contrário, a diminuição de interesse pode manifestar-se sob a forma de recusa à escola ou absentismo na adolescência.

Do mesmo modo, se em crianças em idade pré-escolar, o afastamento dos outros pode resultar em sintomas de vinculação ansiosa, nas crianças de idade escolar é mais provável o afastamento em relação aos pares e aos grupos de brincadeira. Os adolescentes, por sua vez, podem agir contra os outros, por exemplo roubos e agressões. As limitações em termos afectivos provocadas pela PTSD traduzem-se, provavelmente, em depressão ou tristeza nas crianças.

Munson (1995) defende que boa parte das brincadeiras repetidas das crianças não é mais do que uma forma de comunicarem a sua angústia a outros, de forma a ultrapassar sentimentos de solidão. As crianças também lutam contra sentimentos de desamparo, tentando, por vezes, obter uma sensação de controlo através da sua inclusão num evento negativo.

Embora a redução de expectativas face ao futuro esteja listado no DSM-IV como um sintoma geral, este é, na verdade um sintoma que foi primeiramente observado em crianças e que mais facilmente a elas se aplica do que a adultos. Muitas crianças traumatizadas não esperam casar, ter filhos, ou um desenvolvimento normal de vida (Saigh, 1992). Algumas crianças não esperam viver mais do que alguns dias ou meses e têm uma sensação de "ausência de futuro". Alguns dos sintomas de evitamento, como "desligar da realidade", "afastamento", e "confusão", requerem atenção particular porque sugerem provavelmente o recurso à dissociação, uma estratégia defensiva indicativa de sérios problemas de ajustamento por parte de indivíduos expostos a trauma severo e crónico (Putman, Helmers, & Trickett, 1993).

## Aumento de activação

Adulto	Adolescente	Idade escolar	Idade pré-escolar
<b>1. Perturbações do sono</b>	Insónia ou refúgio em sono profundo	Dificuldade em adormecer	Dificuldade em adormecer
<b>2. Irritabilidade</b>	Comportamento zangado ou agressivo	Passagem ao acto com base em comportamentos de oposição	Birras; Passagem ao acto
<b>3. Dificuldades de concentração</b>	Dificuldades escolares	Dificuldades escolares	Desatenção às instruções
<b>4. Hipervigilância</b>	Hipervigilância	Obsessão com detalhes do trauma	Sensibilidade a estímulos auditivos
<b>5. Resposta de alarme exagerada</b>	<b>Resposta de alarme exagerada</b>	<b>Resposta de alarme exagerada</b>	<b>Resposta de alarme exagerada</b>

Nota: Critérios do DSM-IV a negrito.

Fontes: Eth (1989); Eth & Pynoos (1994); Ribbe, Lipovsky, & Freedy (1995); Terr (1985; 1991). Em crianças expostas a violência doméstica: *Current Issues in research, intervention, prevention and policy development* (pp.169), Robert A.Geffer, PhD; Peter G.Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000

Relativamente a este terceiro grupo de sintomas, poucas foram as diferenças de desenvolvimento significativas identificadas. No entanto, vale a pena mencionar que o adolescente pode evidenciar o oposto da insónia e refugiar-se num estado de sono profundo. Nas crianças traumatizadas é particularmente evidente a incapacidade de inibir reacções de alarme mesmo que a exposição ao estímulo seja breve (Ornitz & Pynoos, 1989).

### Fontes:

Armsworth, M. W., & Holady, M. (1993). The effects of psychological trauma on children and adolescents. *Journal of Counselling and Development*, 72, 49-56. In *Children exposed to domestic violence: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development* (pp. 165), Robert A.Geffer, PhD; Peter G.Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000.

Brucks, M., Ceci, S. J., & Hembroke, H. (1998). Reliability and credibility of young children's reports: From research to policy practice. *American Psychologist*, 53, 136-151. In *Children exposed to domestic violence: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development* (pp. 166), Robert A.Geffer, PhD; Peter G.Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000.

- Eth, S. (1989). Post-traumatic stress disorder in childhood. In *Children exposed to domestic violence: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development* (pp. 165, 166), Robert A. Geffer, PhD; Peter G. Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000.
- Kerig, P. K., Fedorowicz, A. E., Brown, C. A., & Warren, M.; *Assessment and intervention for PTSD in children exposed to violence* (pp. 161 – 180). In *Children exposed to domestic violence: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development*, Robert A. Geffer, PhD; Peter G. Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000
- Munson, C. E. (1995). Overview of diagnosis and treatment of psychological trauma children. *Early Child Development and Care*, 16, 149-166. In *Children exposed to domestic violence: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development* (pp. 167), Robert A. Geffer, PhD; Peter G. Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000.
- Ornitz, E. & Pynoos, R. S. (1989). Startle modulation in children with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 866-870. In *Children exposed to domestic violence: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development* (pp. 168), Robert A. Geffer, PhD; Peter G. Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000.
- Putman, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17, 731-741. In *Children exposed to domestic violence: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development* (pp. 167), Robert A. Geffer, PhD; Peter G. Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000.
- Pynoos, R. S. & Nader, K. (1990). Children's exposure to violence and traumatic death. *Psychiatric Annals*, 20, 334-344. In *Children exposed to domestic violence: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development* (pp. 165), Robert A. Geffer, PhD; Peter G. Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000.
- Saigh, P. A. (1992). *About the future*. Unpublished manuscript, Graduate Center of the City University of New York. In *Children exposed to domestic violence: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development* (pp. 167), Robert A. Geffer, PhD; Peter G. Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000.
- Terr, L. C. (1985). Psychic trauma in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 815-835. In *Children exposed to domestic violence: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development* (pp. 166), Robert A. Geffer, PhD; Peter G. Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000.
- Terr, L. C. (1988). What Happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 96-104. In *Children exposed to domestic violence: Current Issues in research, intervention, prevention and policy development* (pp. 165), Robert A. Geffer, PhD; Peter G. Jaffe, PhD; Marlies Sudermann, PhD; The Haworth Press, Inc., 2000.

## Back up the children

### Sintomas

Idade (anos)	Sintomas típicos nas crianças
I: 0-1	Gritar, sinais de alarme exacerbados, diminuição da capacidade de ser tranquilizada ou acalmada, perturbações do sono, perturbações alimentares, crescimento atrofiado
II: 1-3	O mesmo que I e também: fragilidade emocional, hiperactividade, inquietação, apatia, medo, hipervigilância, mutismo, regressões no desenvolvimento, desconfiança nas relações interpessoais em geral
III: 3-6	O mesmo que II e também: uma re-encenação das experiências traumáticas com os brinquedos; possíveis referências a <i>flashbacks</i> , quando questionada; ficar a olhar para o vazio; dores físicas sem evidência de doença; isolamento social; regressões na linguagem; perda de competências já adquiridas, comportamento agressivo
IV: 6-10	O mesmo que II e III e também sintomas adicionais de perturbação de stress pós-traumático: enurese e encoprese nocturnas recentes ou de continuidade, baixos resultados escolares, dificuldades de concentração, uma concepção pessimista do mundo em geral, sentimentos de culpa que atormentam, estado mental depressivo, exposição aos riscos/perigos, magoar-se a si próprio, ideação suicida, comportamento compulsivo, tudo isto acompanhado de um fachada “bastante normal”
V: 10-14	O mesmo que IV e também sintomas adicionais de perturbação clássica de stress pós-traumático: se houve uma experiência de violência repetições e “restabelecimento” da situação traumática em diversas relações (pares, adultos, etc.); perturbações alimentares; magoar-se a si próprio; aumento da ideação suicida; abuso de drogas; outros sintomas de doença psiquiátrica
VI: 14-18	O mesmo que V e também um <i>círculo vicioso de fracasso</i> : baixa auto-consciência, fracasso social e académico, aumento do consumo de drogas, acções perversas, vasto medo existencial face ao futuro

Tabela 1: possíveis sintomas de acordo com a idade da criança (Krüger 2007)

Fonte: Krüger, Andreas (2007): *Erste Hilfe für traumatisierte Kinder*.  
Düsseldorf, Patmos Verlag GmbH & Co.KG

## Qual o impacto no desenvolvimento?

O trauma pode ter um impacto fundamental em todas as áreas do desenvolvimento da criança/jovem.

Sofrer de angústia existencial altera extensivamente o cérebro. Tal tem sido, sem dúvida, confirmado por exames e investigação neurológicos nos últimos anos.

Embora a investigação ao nível cerebral ainda esteja no seu início, já sabemos que:

Aquando do nascimento, todos os cérebros são constituídos por cerca de 100 biliões de neurónios. As ligações primárias entre estes neurónios derivam das **funções corporais básicas**, tais como respirar, ritmo cardíaco e percepções globais.

O jovem, e ainda por terminar de desenvolver, cérebro reage sensitivamente a todas as percepções do seu ambiente.

Tal estimula o crescimento neuronal. **Novas e melhores vias** entre neurónios adjacentes são constantemente formadas e **crecem** numa verdadeira rede de conexões. A sua estrutura é o resultado dos processos de aprendizagem individuais e das experiências da criança, cuja personalidade se vai moldando.

### Como são processadas as experiências?

Cada percepção de algo novo ou inesperado – quer positivo ou negativo – produz estímulos que desencadeiam uma reacção de stress. O cérebro é estimulado para um nível elevado de consciência e atenção.

O **sistema límbico**, o qual é particularmente responsivo a isto, está implicado no controlo das funções vegetativas, do humor e emoção e da memória. A **amígdala** e o **hipocampo** são estruturas importantes do sistema límbico.

A **amígdala**, a qual é o “alarme” ou centro de medo do cérebro, faz uma primeira distinção básica entre o que é perigoso e o que é inofensivo. Se um impulso é interpretado como perigoso segue-se-lhe, de imediato, uma situação de alarme.

Independentemente desta reacção directa, o **hipocampo** é responsável por ordenar cronologicamente e espacialmente as percepções e por transferi-las para a memória, onde é feita uma associação com experiências anteriores.

Ao mesmo tempo, novas reservas energéticas são fornecidas pelo **tronco cerebral**. Tal aumenta ainda mais as actividades do sistema límbico. Todas as soluções anteriores para a resolução da situação são procuradas e o corpo reage em consonância.

Se o resultado desejado ocorre, o sistema normaliza. A experiência de uma reacção de sucesso conduz a novas ou reforçadas conexões no cérebro. Psicologicamente, isto reforça a auto-confiança e a competência emocional.

Mas o que acontece durante uma **experiência traumática**?

Se, para a criança, não existe a possibilidade de terminar a situação de perigo, aumenta a agitação. O corpo é inundado por hormonas de stress. Tal conduz a um estado de hiperactividade, um estado de hiper-activação.

O **hipocampo** bloqueia. Só a **amígdala** trabalha à velocidade máxima.

Angústia e outras sensações aterradoras são agora recordadas **em fragmentos**, sem controlo nem **qualquer coerência**, na memória.

Contudo, a reacção instintiva de “luta ou fuga” é, frequentemente, muito breve nas crianças, particularmente se a hipótese de sucesso é mínima.

O invés, emoções como desamparo, pânico e desespero predominam.

Para lidar com tudo isto, é empregue uma estratégia diferente.

Um fornecimento abundante da hormona **Cortisol** é libertado. Tal pode levar a um estado de entorpecimento mental e físico, designado de “congelar”. Quaisquer sentimentos de identidade, consciência e percepção do ambiente são desligados.

Todavia, este programa de dissociação de emergência desencadeado deixa a vítima a sentir-se insegura por um longo período de tempo após o desaparecimento do perigo real. O corpo permanece em **alerta constante**.

Como regra, todas as rupturas, em qualquer estágio de desenvolvimento cerebral da criança, comportam consequências...

Algumas crianças tentam compensar os sentimentos de insegurança retraindo-se em si próprias ou num mundo inventado. Como tal, influências e estímulos externos são bloqueados. Tal pode, como é óbvio, ter efeitos adversos nas suas competências sociais e de aprendizagem.

Outras crianças comportam-se de um modo “socialmente sobre ajustado”, com o intuito de prevenir novas e, para eles, negativas situações de stress.

O uso recorrente de reacções impulsivas pode, após algum tempo, tornar-se um hábito e, consequentemente, dominar a rotina diária da criança.

Se uma criança é incapaz de analisar impressões simples de um modo tranquilo, tal pode enfraquecer a capacidade de processar impressões complexas. Situações excitantes ou surpreendentes serão sentidas como caóticas, sendo as novas entendidas como ameaçadoras ou fúteis. A procura de orientação e significado na vida torna-se um desafio intransponível.

O **nível de Cortisol** continuamente elevado dificulta o sistema imunitário, entre outros, ou pode mesmo provocar a sua degeneração. A capacidade para acalmar após uma situação de stress é reduzida. É até possível que estruturas neuronais existentes ou “aprendidas” sejam destruídas e, por conseguinte, que coisas já aprendidas sejam esquecidas.

A recuperação só será possível se houver uma ruptura bem sucedida no processo traumático.

## *Back up the children*

# **Quais são os impactos no desenvolvimento infantil?**

### **Diferenças gerais entre crianças e adultos**

Muitas vezes, as crianças demonstrarão sintomas de trauma semelhantes aos dos adultos. No entanto, dado que a sua percepção do mundo é diferente e dado que não têm uma percepção das situações traumáticas igual à dos adultos, a sua reacção pode ser mais espontânea e rodeada de maior vulnerabilidade.

As crianças pequenas não são, normalmente, capazes de falar acerca do que se passou e demonstram comportamentos inesperados naquilo que é um desenvolvimento dito normal: jogos repetitivos, crises de choro, irritabilidade, ansiedade, medo de desconhecidos ou medo de separação dos pais.

Tal como muitos adultos, muitas crianças não gostam de falar acerca das suas experiências traumáticas. É muito comum terem receio de partilhar os seus sentimentos, especialmente se familiares próximos estiverem envolvidos. Podem sentir-se culpadas por não terem conseguido prevenir a situação traumática e o sofrimento dos pais e irmãos.

Cada criança terá a sua experiência e reacção particular em relação à situação traumática. Apesar da sua extrema vulnerabilidade, as crianças têm estratégias próprias para lidar com as situações, estratégias essas que as protegem do medo e do impacto que as situações traumáticas podem originar.

As crianças com esta capacidade criam o seu próprio mundo interior, que é povoado por pessoas ideais, seres poderosos, anjos da guarda e outros personagens ficticiais. No âmbito deste mundo interior são capazes de criar um local seguro onde as situações traumáticas não têm o poder de destruir a sua confiança na vida e nas pessoas de quem dependem.

Esta estratégia é, porém, muito frágil e nada pode garantir que possa evitar que uma criança desenvolva sintomas psicossomáticos, dor e mesmo desordens do foro mental.

*Fonte:*

*National Center for PTSD –*

*Jessica L. Hamblen is the Deputy Director for Education at the National Center for PTSD and Assistant Professor of Psychiatry at Dartmouth Medical School.*

*Dorsch WITZEL, clinical psychologist and psychotherapist for children, Zuerich 2006*

## **Factores de vulnerabilidade**

Existem três importantes factores que podem aumentar a probabilidade de uma criança desenvolver PTSD. Estando presentes antes, durante e depois do acontecimento traumático, estes factores podem influenciar o desenvolvimento da Perturbação de Stress Pós-Traumático:

O primeiro é a severidade do acontecimento traumático e a resposta emocional do indivíduo:

- Trauma interpessoal, como violação ou agressão/assalto, antevê uma elevada taxa de PTSD;
- A resposta emocional do indivíduo no momento do acontecimento traumático;
- Dissociação no momento do acontecimento traumático – dissociação é um tipo particular de resposta a um acontecimento stressante, no qual a pessoa pode mesmo sentir-se separada de si própria e/ou do meio envolvente: sentir-se dormente, perder a noção do tempo, sentir-se como se estivesse a flutuar fora do seu corpo, sem memória sobre determinado período de tempo.

O segundo é a reacção parental ao acontecimento traumático:

- A forma como a criança recebe dos seus pais ou da família, é o determinante mais importante do nível de stress psicológico que ela/ele irá experienciar depois do trauma. O seu apoio valida a experiência da criança e ajuda-a a sentir-se cuidada e compreendida mesmo estando apavorada e oprimida.
- Se existirem problemas psicológicos na história da família, será particularmente visível se estas crianças fossem anteriormente ansiosas ou medrosas.

O terceiro factor, é a proximidade física ao acontecimento traumático:

- A criança vivência uma experiência individual que envolve uma ameaça à sua própria vida ou de outra pessoa, ou à sua integridade física e reage com um medo intenso, impotência ou horror.

Outros factores podem ser considerados:

- Factores de saúde (droga, álcool, depressão...)
- As consequências do trauma, como sinais visíveis após uma lesão;
- Experiências na infância: a vivência de outro acontecimento traumático anterior;
- Factores de personalidade;
- As raparigas e minorias têm níveis mais elevados de sintomas de PSPT, devido a outros factores tais como diferentes níveis de exposição.

Cada factor pode aumentar ou diminuir os sintomas da PTSD de acordo com a influência negativa ou positiva do seu desenvolvimento.

## **Um aumento na incidência de violência doméstica**

A incidência de situações de violência doméstica envolvendo indivíduos que, em crianças, experienciaram uma situação traumática é particularmente perturbadora. Nos rapazes, aumenta consideravelmente a probabilidade de crescerem e agirem violentamente com as suas companheiras. Nas raparigas, aumenta a probabilidade destas aceitarem a violência nos seus namoros ou em relações conjugais. As crianças que cresceram num ambiente violento, “aprendem” que a violência é uma forma eficaz de ganhar poder e controlar os outros. Estas crianças de lares violentos estão mais predispostas para aceitar desculpas para comportamentos violentos e apresentam maior risco de agir violentamente em relação aos seus pares e adultos.

*Fonte:*

*Dorsch WITZEL clinical psychologist and psychotherapist for children, Zuerich 2006*

## **Como reagem as crianças depois do trauma?**

### **Acomodação**

As crianças podem usar a acomodação para lidar com a sua experiência traumática. A mais comum é a dissociação. A criança desenvolve um mecanismo de *coping*, como “isto não está a acontecer”. Para que “isto” não aconteça, as crianças têm de se concentrar em algo que não o que está a acontecer fisicamente aos seus corpos. A criança pode concentrar-se nas cortinas ou nos ursinhos de peluche, ou pode inventar um lugar dentro da sua cabeça para onde possa ir, ou pode fingir que está a dormir. A repetição do mecanismo de *coping*, reforça-o, e uma vez estabelecido como mecanismo de *coping*, é provável que a criança o use sempre que outros abusos ocorram, ou sempre que aconteça algo que a lembre dos acontecimentos abusivos.

Exemplo: algumas crianças que se sabe terem sido abusadas sexualmente por vezes apresentam um fraco controlo da função urinária. Pode tratar-se de uma questão física (por exemplo, uma infecção urinária), mas também pode resultar das estratégias de coping accionadas. Ou seja, perante a mensagem enviada pelo corpo dizendo que precisa de urinar e dado que isso envolve os genitais, a reacção directa da criança é a de recusa dessa situação, optando por não se deslocando do local onde se encontra.

### **Gestão do quotidiano**

Algumas crianças comportam-se de uma forma que sugere que elas não reconhecem as consequências dos seus actos. Aparentam mudar o seu comportamento para se adequar a uma situação imediata.

Exemplo: A criança que está perturbada de alguma forma com um membro da equipa de educadores/técnicos pode sentar-se com ele/a e definir um novo contrato comportamental.

Enquanto o contrato está a ser desenhado, a criança está completamente complacente, concordando com tudo o que é dito e o membro da equipa é atraído para aquela maravilhosa sensação de sucesso. Cinco minutos mais tarde a criança está com alguém partindo para um novo comportamento inaceitável e o membro da equipa sente-se ridículo por ter acreditado que a criança estava na disposição de mudar.

Se compreendermos que a criança está a funcionar no presente, talvez possamos compreender que enquanto esteve connosco, a trabalhar no novo contrato, provavelmente estava a ser sincera em tudo o que concordou fazer. Provavelmente estava a ser honesta, mas isso era na altura, e quando outra pessoa vem e diz “agora vamos fazer isto”, isto é agora, um novo presente, e elas são inclinadas a concordar com esta outra pessoa naquele momento.

Existe um grande problema quando gerimos a nossa vida na vivência do presente: se só pudermos seguir em frente e nunca olhar para trás, bloqueamos o uso de todas as informações e experiências que nos permitem aprender com o passado.

No corte bem sucedido com o passado, a criança também corta aprendizagens muito úteis.

## Efeitos na Aprendizagem

Alguns aspectos da aprendizagem apresentam-se muito difíceis para os sobreviventes, particularmente as aprendizagens com base no passado. Muitas destas crianças e adultos têm grandes dificuldades em temas que exigem uma compreensão da noção de sequência, como a matemática, por exemplo. De forma a prosseguir na compreensão da matemática, e em matemática mais complexa, é, por vezes, necessário voltar atrás a aprendizagens anteriores de processos de resolução.

Regredir para depois avançar é um processo difícil para alguns sobreviventes. Contudo, algumas crianças podem usar os números como forma de escapar a pensamentos mais difíceis sobre o seu passado e assim desenvolvem um fascínio pela matemática.

*Fonte:*

*Jenni WHITEHEAD; This Protecting Children Update article is from November 2006*

## Desenvolvimento da criança

Se nos apoiarmos nos oito estádios de desenvolvimento do indivíduo de Erikson, cinco deles dizem respeito à criança, desde o primeiro ano até aos 20 anos. Diferentes crises psicológicas descrevem como se desenvolve a personalidade. Cada crise tem de ser resolvida através do equilíbrio entre forças opostas; caso contrário, o desenvolvimento da personalidade pode ser comprometido.

	<b>Adequada aprendizagem pela criança</b>	<b>Desadequada aprendizagem pela criança</b>
1º Estádio Entre 0 e 18 meses Esperança	Confiança Básica Nutrida e amada, desenvolve confiança e segurança e um optimismo básico	Desconfiança básica Torna-se insegura e desconfiada
2º Estádio Dos 18 meses até aos 4 anos Vontade	Autonomia Segura de si própria, entusiasmada com o seu recente controlo e orgulhosa A parte inicial desta crise psicológica inclui intempestiva vontade própria, birras, teimosias e negativismo (dizem: não!)	Vergonha Envergonhado
3º Estádio Dos 4 aos 6 anos “Idade de brincar” Intenção	iniciativa Aprende: - A imaginar, ampliar as suas capacidades através de todos os tipos de brincadeira activa, incluindo fantasia - A cooperar com outros - A liderar assim como seguir	Culpa Medroso, ficar à margem dos grupos Continua a depender indevidamente dos adultos Restrições tanto no desenvolvimento da capacidade de brincar como na imaginação

<p>4º Estádio</p> <p>Dos 6 até aos 13 anos “Idade escolar”</p> <p>Competência</p>	<p>Indústria</p> <p>Mestria nas capacidades mais formais da vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciona-se com os pares segundo regras</li> <li>- Evolui do jogo livre, para jogos mais elaborados estruturalmente, com base em regras e que exigem trabalho em equipa mais formal, como o basketball</li> <li>- Dominam os estudos sociais, a leitura, a aritmética</li> <li>- Auto-disciplina</li> <li>- Confiante, autónomo e cheio de iniciativa</li> <li>- Aprenderá facilmente a ser empenhado</li> </ul>	<p>Inferioridade</p> <p>A criança cheia de vergonha e culpa sentir-se-á derrotada e inferior</p>
<p>5º Estádio</p> <p>Dos 13 até aos 20 anos</p> <p>Fidelidade</p>	<p>Identidade</p> <p>Aprende a responder à pergunta “Quem sou eu?”</p> <p>Por vezes vivenciam delinquência menor, rebeldia, dúvidas sobre si mesmos, etc.</p> <p>Amadurecimento da perspectiva de tempo</p> <p>Certeza de si</p> <p>Experimenta diferentes papéis</p> <p>Antecipa a concretização e concretiza</p> <p>Estabelece clara identificação sexual – Masculinidade ou feminilidade</p> <p>Procura a liderança, alguém a inspira e gradualmente desenvolve um conjunto de ideais</p> <p>A Socialização é um processo de aprendizagem-ensino que, quando bem sucedido, resulta na evolução do organismo humano do seu estado infantil de indefesa e total egocentrismo para o estado ideal de adulto assente numa conformidade sensata e criatividade independente.</p>	<p>Difusão de identidade</p> <p>Auto-consciência e dúvida sobre si</p> <p>Adopta uma “identidade negativa”</p> <p>Paralisada por sentimentos de inferioridade ou por perspectiva de tempo inadequada</p>

Fonte:

Erik ERIKSON (1902-1994) *Psychanalyste ‘the eight stages of human development’*

### Literatura adicional :

*J. Douglas Bremner M.D.*

*Dr Bremner is a faculty member of the Departments of Diagnostic Radiology and Psychiatry, Yale University School of Medicine, Yale Psychiatric Institut and National Center for PTSD-VA Connecticut Healthcare System*

## O que pode ajudar?

“Penso que no cerne de cada processo de traumatização encontra-se solidão extrema, desolação extrema.” (Onno van der Hart)

Um trauma afecta sempre a pessoa no seu todo: **corpo, mente e alma**. Recuperar a confiança, o respeito e um sentimento de auto-confiança são os objectivos da intervenção ao nível do trauma.

As crianças que experienciaram um acontecimento traumático precisam, acima de tudo, de pessoas em quem possam confiar e que sejam, claramente, estruturadas, previsíveis e de confiança. Tais pessoas são designadas de “figuras de vinculação”.

A **confiança** perdeu-se através da experiência e precisa de ser reconstruída. Para tal, é necessário abordar a criança **de um modo compreensivo, empático e responsável**.

Com o intuito de construir uma **relação** estável e aberta, o adulto necessita de **paciência, empatia e respeito**.

No trabalho estruturante com as crianças e adolescentes com trauma é fundamental **criar “portos seguros”**. A raiva e o desamparo conduzem ao sentimento de perda de segurança. O mundo envolvente da criança já não é percebido como seguro, o que afecta profundamente o seu sentimento de segurança interno.

Para criar um “porto seguro interno”, primeiro é necessário um **“porto seguro externo”**. Como tal, a criança precisa de **protecção** contra novas experiências traumatizantes, como, por exemplo, violência ou negligência. Num contexto pedagógico é importante clarificar quais os meios disponíveis para criar um “porto seguro externo”.

De modo a serem capazes de lidar com emoções extremas recorrentes de medo, desamparo ou zanga, as crianças com trauma necessitam de **apoio pedagógico**. Através de segurança e abertura no seu quotidiano conjunto, as crianças aprendem, lentamente, a confiar novamente no seu ambiente. Regras bem estabelecidas para o seu dia-a-dia amparam este processo, bem como rotinas e estruturas claras.

Tanto rapazes como raparigas necessitam de ser encorajados para se tornarem estáveis e desenvolverem a sua **auto-percepção, auto-controlo e consciência** de como são percebidos pelos outros.

É fundamental desenvolver, com eles, uma compreensão da situação em que se encontram. Frequentemente, as crianças mais novas têm dificuldade em compreender o que lhes aconteceu nas situações de stress. É importante ajudá-las a reconhecer as suas reacções a essas situações e a apoiá-las no moroso processo de mudança comportamental.

Por conseguinte, podem identificar-se **desencadeadores individuais** e desenvolver estratégias de evitamento dos mesmos entre o pedagogo e a criança.

**Trabalhar com os pais** das crianças com trauma é uma questão delicada, mas essencial para o bem-estar dos jovens.

Antes de mais, a natureza dos papéis dos pais tem de ser pedagogicamente clarificada: sejam os pais ofensores, ou possam ser envolvidos enquanto confidentes ou manter-se numa posição indefinida. Tal significa que os profissionais de ajuda e os cuidadores são confrontados com as seguintes questões:

*Qual é o envolvimento parental no processo traumático?*

*Que competências sociais e emocionais possuem?*

*Qual é a actual relação entre a criança e os pais?*

**Os pais enquanto confidentes** devem estar plenamente informados sobre o trauma dos seus filhos. Eles precisam de um apoio compreensivo enquanto lidam com os seus filhos. Se os pais estão **envolvidos** na experiência traumatizante, a prioridade é a protecção da criança. Deve-se providenciar apoio psicoterapêutico aos pais e, se necessário, terapia de confronto. Em alguns casos, é crucial que os profissionais de ajuda sejam apoiados por outros peritos. A cooperação com os pais deve sempre focar o bem-estar da criança. Basicamente, é fundamental para as crianças com trauma que os adultos assumam a responsabilidade, mas nunca decidam algo sem as consultar.

Os comportamentos seguintes podem desencadear uma influência positiva nas crianças com trauma:

**“Cuidar afectuosamente”**

Sou afectuoso, sensível e reconfortante no meu modo de lidar com a criança – mas dentro dos limites apropriados! É importante oferecer calor e cuidados, mas, simultaneamente, reconhecer e respeitar os limites da criança.

**“As regras desencadeiam segurança”**

Apoio a criança ao promover uma rotina diária bem estruturada através de um sistema de regras claro, estruturas e orientação. Isto também gera um sentimento de segurança.

**“É permitido à criança ser difícil”**

Respeito esta atitude e, ao mesmo tempo, tento manter-me internamente distante e calmo.

**“Todos temos potencialidades e fragilidades”**

Ajudo a criança a descobrir os seus pontos forte e encorajo-a a desenvolvê-los, ao mesmo tempo, que aceito as suas fragilidades. Esta é uma forma de influenciar positivamente a sua personalidade.

**“Falar pode ajudar”**

Se a criança quiser falar sobre a sua experiência traumática, eu oiço e apoio-a, reconforto-a e proporciono-lhe respostas.

Se a criança se encaminha para as suas experiências negativas, eu **interrompo-a** cuidadosamente e reoriento-a novamente para o presente.

As pessoas que são figuras de vinculação para as crianças com trauma têm uma enorme tarefa para alcançar, mas podem conseguir muito na sua interacção quotidiana com a criança.

*Back up the children*  
**Desvendando recursos –  
como pode a imaginação ajudar**

As crianças, tal como os adultos, estão sujeitos ao reexperienciar das memórias traumáticas (flashbacks).

Exercícios simples podem ajudá-las a criar alguma distância face ao trauma e a recuperar a estabilidade mental. Estes exercícios incluem a fantasia e a imaginação.

*“Deixem-nos ver se não conseguimos contrabalançar os diversos maus pensamentos na vossa mente com vários pensamentos bons.”*

### **Arca do Tesouro**

Este é um exercício que pode resultar bem se aplicado nos momentos que antecedem o ir para a cama.

Com a sua ajuda, as crianças mais pequenas constroem uma arca do tesouro (por exemplo, feito a partir de cartão, papel, madeira, gesso, ... e decorado com tinta, pedaços de papel colorido, ...).

“Vamos pôr algo bonito nesta arca do tesouro todas as tardes. Este será um símbolo de algo bom (por exemplo, uma imagem colorida, um recorte de algo engraçado, ...).”

Nos dias particularmente difíceis, ou em qualquer outro, se assim se entender, pode-se pegar nesta arca e explorá-la. Os conteúdos podem funcionar como elementos de conforto.

Aos/às adolescentes pode-se pedir para terem um diário só com experiências positivas.

### **Espanta espíritos**



Muitas crianças traumatizadas sofrem de insónia ou não conseguem, de todo, dormir.

Um espanta espíritos pode ajudar nestas situações. Ajude a criança a fazer um consigo e explique-lhe as suas propriedades.

“Este espanta espíritos vai ser posto sobre a tua cama e vai afastar os maus sonhos. Eles ficam presos nele, como se fosse uma teia, e tu podes dormir descansado.”

Um espanta espíritos pode ser facilmente feito a partir de pequenos galhos, fitas e penas.

## **Exercícios com árvores**

Por vezes, as crianças queixam-se de que não conseguem aproveitar nada o suficiente. Este é um exercício que pode ajudar nessas situações.

“As plantas, como as árvores por exemplo, conseguem tudo o que precisam – sem se esforçarem excessivamente. A Terra e o Sol dão-lhes sempre o sustento necessário.”

O que significam estes pensamentos? Que resultado têm?

“Imagina-te em união com a árvore...”

Qual seria o efeito disso?

As crianças mais pequenas e de idade pré-escolar podem ser convidadas a desenhar uma árvore muito pormenorizada – com lápis, aguarelas ou qualquer outro material. Isto irá ajudar nas suas competências de concentração e de imaginação.

Qual o suporte espiritual, emocional e físico que eu preciso?

## **Libertar-se da bagagem**

Este é um exercício para adolescentes.

“Tenho a sensação de que carregas uma bagagem muito pesada. Achas que a podias pousar por um momento?”

O que significaria isto?

Sentes-te aliviado?

O que é que ainda precisas realmente dessa bagagem?

Será que até já estás preparado para algo novo?

Reddemann, Luise (2001): *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta, 5. Auflage (2002)

## *Back up the children*

### O que pode ajudar?

Quando uma criança desenvolve uma perturbação de stress pós-traumático como resultado de um acontecimento traumático, a sua recuperação depende, frequentemente, do apoio que recebe dos especialistas das várias instituições de apoio. Todos nós queremos ajudar estas crianças mas, contudo, muitos de nós estamos incertos de como fazê-lo do melhor modo. É perfeitamente compreensível que até os profissionais mais experientes tenham algumas dúvidas – estarei a fazer de mais, ou de menos ou, ainda pior, a prejudicar em vez de ajudar? Muitas pessoas pensam que para ajudar pessoas severamente magoadas emocionalmente devem ter treino médico ou psicológico altamente especializado. No entanto, as necessidades de pessoas traumatizadas podem ser muito mais simples do que pensamos. A maioria dos cuidadores compreende intuitivamente o que a criança magoada mais necessita – nomeadamente, **segurança, empatia e paciência**. Este tipo de abordagem é também eficaz com todas as outras crianças sem experiências traumáticas, por isso não há como errar!

Em seguida irá encontrar algumas directrizes práticas que poderão revelar-se úteis aquando do apoio a crianças traumatizadas:

#### **1. Ajude a criança a recuperar o sentimento de segurança**

Uma das palavras-chave quando se procura a recuperação da PSPT é segurança, o criar um “porto seguro” para a criança traumatizada. Este inclui:

- **local seguro,**
- **peçoas seguras e**
- **sentimentos seguros.**

Quando a criança chega à sua instituição, assegure-lhe repetidamente de que se encontra num local seguro. Se for possível, é útil ensinar à criança exercícios de imagética (p. ex. deixe a criança imaginar que está rodeada por um quarto preenchido com segurança, calor e bondade; para além disso, imaginar uma praia solarenga, pássaros a cantar ou o murmurar do oceano pode ter um efeito apaziguador). Utilizar frases que reforçam o sentimento de segurança também ajuda, ex: “*Estou num local seguro, tudo está bem comigo.*”

Faça tudo o que puder para dar razões à criança para também se sentir segura fora da instituição, embora deva, igualmente, indicar quais os limites dessa segurança (ex: violência escolar, visitas a um pai/mãe violento/a). Deverá, ainda, sublinhar que, caso a criança se sinta ameaçada ou insegura (seja por um perigo real ou imaginado), se encontra sempre disponível para ouvi-la, de modo a que ambos possam definir uma solução em conjunto.

## **Noites seguras**

Muitas crianças têm problemas com o dormir porque o silêncio da noite, o escuro e a solidão aumentam os seus medos e ansiedade. Ao ajudar nos problemas de sono da criança, ajuda a criança a descansar o necessário e, conseqüentemente, aumenta a sua estabilidade geral e pode atenuar os sintomas de PSPT. Pode ensinar à criança afirmações positivas sobre o dormir como: “*A minha cama é um local seguro, estou completamente calma/o e tranquila/o, estou a entrar num sono relaxante*”. Muitas vezes, é reconfortante e encorajante para a criança ter um brinquedo maleável na cama. Se a criança estiver muito assustada, pode sugerir que alguém fique junto dela durante a noite ou que vá ter com ela assim que acordar e chamar; para além disso, deve-se permitir que a criança deixe uma luz acesa durante a noite.

Nos casos em que a criança molha a cama, é preferível mudar os lençóis sem prestar muita atenção ao sucedido. Caso seja necessário, recorra a um resguardo de plástico para proteger a cama. Se a criança se mostrar envergonhada, tente confortá-la (ex: “*Está tudo bem, isto acontece, às vezes, com as crianças*”).

## **2. Tente desenvolver a confiança**

A experiência das crianças traumatizadas ensinou-lhes que os adultos podem ser cruéis e, até mesmo, uma ameaça à sua vida. Como tal, não é surpreendente se elas reagirem com desconfiança a expressões de amizade – pelo menos, ao início. Quando perceber que a criança não está preparada para confiar em si, seja paciente – a criança pode necessitar de bastante tempo antes de voltar a recuperar a capacidade para confiar em alguém.

De modo a ajudar a criança a controlar os seus sentimentos, deverá primeiro dar-lhe tempo para se acalmar – não a apresse através de questões ou a enviá-la imediatamente a um psicólogo ou outro profissional. Se possível, deve-se manter um contacto regular entre a criança e um determinado profissional, caso contrário a criança pode sentir que está a ser passada entre profissionais como se fosse um objecto. Contudo, será razoável evitar o desenvolvimento de uma vinculação profunda entre estes dois, quando se sabe que a continuidade deste contacto não será viável (ex: quando a criança tiver de mudar, em breve, de instituição).

## **3. Deixe a criança falar**

Muitas crianças querem falar sobre as suas experiências traumáticas de um modo excessivo e repetitivo, sobretudo imediatamente a seguir ao trauma. Nestas situações não tem de fazer mais nada senão ouvir atentamente, mostrar compreensão e empatia e intervir nos casos em que a criança submergir no reviver do trauma durante a conversa. Paralelamente, pode ajudar se explicar à criança o que se está a passar com ela – explicar o que é um trauma e

quais as possíveis reacções e assegurar que é possível recuperar de um trauma e continuar a viver normalmente.

### Ideias orientadoras para conversar sobre trauma com uma criança

- **Leve a criança a sério.** Por vezes, há coisas que acontecem nas vidas de outras pessoas que nós nem conseguimos imaginar. Podemos, instintivamente, tentarmo-nos proteger através da negação ou descrença. Do mesmo modo, muitas vezes, os pais abusivos afirmam que a criança gosta de fantasiar e que é uma perda de tempo ouvir as suas histórias. No entanto, é melhor manter-se aberto e disponível, para que as vítimas de trauma não sejam ainda mais prejudicadas pela nossa descrença. Deverá ser muito cuidadosa/o sempre que a criança afirmar que foi abusada física ou psicologicamente.
- **Mantenha a sua neutralidade emocional.** Para além da sua compaixão e compreensão, os sobreviventes de traumas precisam da sua neutralidade emocional. Muitos dos acontecimentos que lhe são descritos podem desencadear fortes emoções em si. É completamente apropriado e justificado que sintamos desesperança, zanga, tristeza, medo, choque ou frustração ao ouvir o sofrimento de outra pessoa. Por vezes, até pode ser útil partilhar alguns destes sentimentos, de modo a que a pessoa com quem estamos a trabalhar perceba que estamos em consonância com a sua história. Pode validar os sentimentos da criança dizendo algo como: “*Isso parece mesmo assustador.*”, “*Não me surpreende que tenhas ficado horrorizado*”. Não obstante, na maior parte do seu trabalho de apoio deve-se concentrar em ajudar a criança a superar os sentimentos avassaladores e, para isso, deverá manter uma presença calma e segura, ao invés de muitas reacções emocionais.
- **Use uma escuta activa.** Não tem de ser passiva/o ao ouvir a criança – pelo contrário, é favorável fornecer feedback de tempos a tempos mostrando que ainda está presente e a ouvir. Se for necessário, pode parafrasear algumas das coisas que a criança disse para se assegurar de que compreendeu tudo de modo exacto. Por outro lado, pode também orientar a conversa recorrendo a questões.

### O que fazer se a criança não quiser falar?

Algumas crianças não conseguem falar da sua experiência porque não se recordam, são incapazes de a colocar em palavras ou é demasiado assustador ou avassalador falar sobre o seu trauma. É mais comum nas situações em que a criança vem para uma instituição logo após o trauma – nestas situações a criança pode ser totalmente incapaz de comunicar durante vários dias. Contudo, por vezes, a criança pode recusar o contacto por um período mais longo – mantém-se calma, não responde às perguntas, evita o contacto visual. Nesta situação, o enfoque deverá ser em estabelecer apenas contacto, ao invés de, pelo menos no início, mencionar sequer o trauma. Muitas vezes, simples actividades lúdicas podem ajudar – podem desenhar juntos (ofereça o seu desenho à criança como prenda), ouvir música ou até mesmo cuspirem juntos. Quando conseguir atrair, mesmo que só por um momento, a atenção e interesse da criança, já estará a ser bem sucedido/a na construção de uma ponte

de comunicação. Ainda assim, poderá demorar até a criança estar finalmente capaz de partilhar a sua experiência traumática consigo.

Caso a criança não queira falar sobre o seu trauma, não deverá pressioná-la, mas sinalizar que está disponível para ouvir (*“Muitas vezes as pessoas sentem-se melhor quando falam”, “Quando sentires que estás preparada/o para falar sobre isso, estou aqui para te ouvir”*).

#### **Nota sobre a descrição de detalhes sobre o trauma**

Falar sobre algo que nos magoou é difícil, mesmo para as crianças. Consequentemente, a criança deverá ter controlo absoluto sobre quanto quer ou não revelar. Para ajudar a criança não é necessário saber todos os pormenores da sua história.

#### **Passar os sentimentos para o papel**

Se considerar que se adequa à criança em causa, pode sugerir-lhe que vá construindo um diário sobre os seus sentimentos – alguns sentimentos são demasiado assustadores para serem falados, sendo mais facilmente escritos. (Habitualmente, esta ideia é melhor aceite por raparigas e mais útil com adolescentes.) Esta é uma forma de conseguir passar para o exterior memórias e sentimentos desagradáveis. Pode também sugerir uma pequena magia – queimar ou destruir o papel depois de ter escrito tudo.

### **4. Esteja atento às reacções e sentimentos da criança**

#### **Assegure à criança de que as suas reacções são normais**

Por vezes, tanto a criança traumatizada como nós próprios podemos ter dificuldade em suportar a intensidade dos sentimentos da criança. Assim, é útil quando nos consciencializamos e transmitimos à criança que as suas reacções são normais e normativas. Há um padrão de ajustamento pós-traumático e os pensamentos são uma parte normal deste padrão, embora possam ser dolorosos, assustadores e mesmo incompreensíveis para os indivíduos e profissionais que não estão familiarizados com o comportamento pós-traumático.

#### **O sentimento de estar estigmatizado**

As crianças querem livrar-se do papel em que o trauma os colocou porque os faz sentir estigmatizados: não querem ser “vítimas”, “crianças com problemas comportamentais”, “crianças com PSPT”. Deste modo, pode ser reconfortante para a criança traumatizada saber que não é o única a quem tal aconteceu ou que experimentou tais sentimentos. As seguintes expressões serão apropriadas: “Lidar com uma situação destas não é fácil para ninguém.”, “Outras crianças que passaram por situações parecidas disseram-me o mesmo.”, “Muitos médicos/psicólogos/técnicos têm sido confrontados com este género de coisas no seu trabalho.”. Não obstante, evite fazer parecer que a violência é

tão comum que pode acontecer a qualquer pessoa, senão a criança pode perceber que o mundo é um local em que a segurança é absolutamente impossível. Se for necessário, poderá clarificar: “Coisas como estas acontecem mas, felizmente, poucas vezes”.

### **Sentir-se culpada/o**

As crianças que experienciaram ou testemunharam violência sentem-se, frequentemente, responsáveis por essa violência. Se suspeitar disso, pode expressá-lo directamente: “Muitas vezes as crianças sentem que a violência foi culpa delas. Mas isso não é verdade. Só um adulto pode ser responsável pelas suas próprias acções.” Pode também canalizar a responsabilidade da criança para o maltratante: “A violência contra outra pessoa é crime, é proibido por lei” (pode inclusivamente citar o parágrafo da lei), “Não existe justificação para tal violência”, “Mesmo que uma criança (ou adulto) se comporte de um modo estúpido, ninguém tem o direito de a magoar”. Todavia, não deve condenar o maltratante enquanto pessoa, apenas o que ele/ela fez!

### **Algumas técnicas de apoio à criança através da gestão das suas emoções:**

- **Aceite os sentimentos da criança.** Pode ter a sensação de que a criança se iria sentir melhor se conseguisse poupá-la (e a si) da intensidade dos seus sentimentos. Todavia, este método nem sempre é bem sucedido. Frequentemente, a criança não conseguirá sentir-se melhor antes de reconhecer completamente os seus sentimentos, assim como aceitá-los e procurar um significado para a sua experiência. Assim, é habitualmente melhor manter-se aberto aos sentimentos da criança e estar preparado para falar sobre eles.
- **Evite retraumatizações.** O reviver repetidamente sentimentos intensos pode ser retraumatizante. Como tal, se perceber que a criança está a sentir-se emocionalmente dominada enquanto fala, tente desviá-la do material emocionalmente doloroso. Por vezes, é difícil distinguir “apenas intenso” de “avassalador”. Pistas claras deste último são:
  - **A criança sente que está a abandonar o seu corpo.** Este é um sintoma de dissociação e um sinal de que o sistema nervoso está a tentar desligar-se face à sensação de sobrecarga.
  - **A criança fica quieta de repente, aparentando estar longe, os olhos ficam vazios.** Este é outro sintoma de dissociação.
  - **A criança experimenta distorções perceptivas.** Isto pode-se manifestar em sentir-se repentinamente fria, com calor ou dormente, incapaz de mover partes do corpo, sentindo-se desligada do meio envolvente.

Se estes sinais se manifestarem, deve conduzir imediatamente as percepções da criança e a discussão para o presente. Pode pedir à criança para olhar ou tocar num objecto da sala; por

vezes, olhar-se num espelho pode ajudar porque a criança se pode convencer que ainda está no local presente e não de regresso à experiência traumática.

#### **Nota sobre sintomas de retraumatização**

Se estes sintomas surgirem é altamente recomendado que se consulte um terapeuta experiente.

### **5. Permanença paciente e respeitoso enquanto ajuda**

Devemo-nos recordar que mais importante do que **o que** fazemos é a forma como o fazemos. Queremos ajudar o mais possível estas crianças; contudo a recuperação leva tempo e não podemos saltar etapas. Na maioria das culturas europeias há uma tendência para responder aos traumas dos outros (e mesmo dos nosso) com clichés como: "Não é nada, a vida continua", "O que lá vai, lá vai, porquê falar disso.". Não nos devemos esquecer que só a criança traumatizada pode dizer quando terminou para ela.

Ao mesmo tempo, devemo-nos certificar de que não estamos a fazer demasiado pela criança, de modo a que não se torne dependente de nós – isto pode transformar a sua desesperança traumática em desesperança aprendida. Por um lado, devemos estar atentos, para ver se a criança está preparada e disposta a aceitar a nossa ajuda. Por outro lado, devemos ter o cuidado de não fazer as coisas que a criança consegue ou decidir pela criança.

#### **Toque apenas quando permitido**

As crianças, tal como os adultos que aprenderam a associar o toque à violação, frequentemente não conseguem suportar serem tocados – mesmo que seja com boa intenção. Pode parecer que a melhor forma de mostrar a sua preocupação é através de abraços. Contudo, a criança pode sentir que isso é uma invasão dos seus limites pessoais. Algumas crianças apenas querem que um adulto as segure e abrace, mas para outras isto é completamente inaceitável. Assim, esteja atento e respeite os limites da criança – mesmo que elas próprias tenham a tendência de invadir os seus.

#### **Nota sobre situações de emergência**

Se uma criança estiver em perigo causado por si própria ou outrem, deve agir imediatamente e não esperar a permissão da criança.

### **Recorra a abordagens centradas na solução**

O objectivo deste material de formação não é uma introdução a terapias para processar acontecimentos passados – sugerimos que estas devem ser levadas a cabo apenas por terapeutas especializados. Sempre que tiver a mínima dúvida relativamente à aplicação de

um método terapêutico, é aconselhável não o fazer. O nosso foco recai sobre o que podemos fazer aqui e agora para que a criança se sinta melhor. Houve uma situação traumatizante na vida da criança e agora devemos nos concentrar em ajudar a criança a aceitar o facto de que tal aconteceu e a integrá-lo nas suas experiências anteriores.

É mais fácil para a criança afastar-se do papel de vítima evocado pelo trauma quando sabe que é capaz de controlar a situação. Por exemplo, para este fim, pode ser útil levar a criança a pensar sobre a resposta à seguinte questão: “*Como gostarias de ter resolvido esta situação?*”. A criança pode escrever este resultado ideal (tendo em conta que já possui competências de escrita suficientes) de forma a torná-lo mais real.

### **Apoie a recuperação através de actividades positivas**

Quaisquer actividades prazerosas têm o efeito de atenuar as reacções de stress. Adicionalmente, é razoável focarmo-nos nas potencialidades naturais da criança, ao invés de nas suas limitações pessoais. Assim, como ponto de partida, devemos recorrer às estratégias de *coping* de que a criança já dispõe – por exemplo, se a criança se interessa por desporto ou já praticou, deve-lhe ser dada oportunidade para praticar um desporto adequado. Para além disso, pode-se associar uma função terapêutica directa às actividades: ex: a criança pode exteriorizar a sua zanga através de um saco de boxe ou correr rapidamente; quando a criança gosta de pintar, pode pintar os seus sentimentos mais angustiantes e depois rasgar as pinturas; com crianças mais pequenas pode-se recorrer a brincadeiras criativas como a escultura. A duração das actividades deve atender aos limites apropriados à idade: para crianças até ao pré-escolar, cerca de vinte minutos são normalmente suficientes; crianças mais velhas podem precisar de cerca de uma hora (as crianças com problemas de concentração provavelmente precisarão de menos). Ao concretizar as actividades, o foco deverá ser o apoio do desenvolvimento normativo.

#### **Nota sobre a prática desportiva**

Como regra, qualquer movimentação ajuda a criança traumatizada a sair do “estado de apatia”. Todavia, se a criança estiver numa etapa de hiper-sensibilidade, o desporto ou outro tipo de movimentação (sobretudo, em grupo) pode ser um estímulo demasiado forte – como tal, esteja atento à disponibilidade da criança.

### **Apoie a (re)integração social**

Apoie o desenvolvimento de contactos entre crianças baseados em interesses comuns ou outras semelhanças, mas não pressione. Algumas crianças nunca se atrevem a mostrar iniciativa ao comunicar com os pares, embora no fundo desejem intensamente que alguém comesse a brincar com eles. Encorajá-los pode ajudar, por exemplo: “*Vem ver o que estamos a fazer. Se quiseres, também podes experimentar*”.

## O que fazer se uma criança quiser estar sozinha

A necessidade de estar sozinho surge, principalmente, imediatamente após o trauma (1-2 dias). Se a criança disser: “Só quero estar sozinha/o”, é recomendável que continue, pontualmente, a ir ter com ela e a demonstrar que está interessada/o em como ela está e que está disponível para ela, se necessitar. Nas actividades de grupo (particularmente se exigirem reacções imediatas) pode oferecer a estas crianças o papel de observadores.

## Lidar com os episódios de stress da criança

Paradoxalmente, longos períodos de vida tranquila, estável podem levar a que as crianças traumatizadas se sintam ansiosas porque não conseguem acreditar que seja algo permanente. Tais crianças podem acabar por recorrer a comportamentos provocativos, como serem violentos ou partirem coisas, de modo a aparentemente manterem o controlo e previsibilidade da situação – se não, pelo contrário, pelo menos sabem que o mau comportamento traz um castigo. O “mau” comportamento pode ser apenas uma tentativa de chamar a atenção dos adultos – a criança não é capaz de justificar verbalmente a sua agitação, mas tenta sinalizar que precisa de ajuda à mesma. Deste modo, é habitualmente ineficaz perguntar à criança: “Porque fizeste isso?”. Frequentemente, são incapazes de dar uma explicação racional. Perguntas mais adequadas são as que permitem à criança sentir-se em controlo: “*O que podias fazer agora mesmo para te sentires melhor?*”, “*Como gostavas de resolver esta situação?*” (Estas discussões são possíveis com crianças a partir da idade escolar).

Às vezes, o “mau” comportamento até pode ser um sinal de recuperação – a criança é finalmente capaz de mostrar os seus sentimentos. Contudo, a criança não deve perceber que o trauma que experienciou é uma desculpa para o seu comportamento problemático. Compreendemos porque a criança se comporta desse modo, no entanto temos como objectivo ultrapassar estes problemas comportamentais. A zanga, por si só, é um sentimento natural e, sem dúvida, um sinal de recuperação, mas é importante ajudar a criança a direccionar a sua zanga, de modo a não se magoar a si nem aos outros (ex: esmurrar uma almofada, rasgar papel).

### Nota sobre as “boas” crianças

A experiência de cada criança traumatizada é única, assim como as suas reacções posteriores. As crianças com problemas comportamentais apresentam reacções mais visíveis e destabilizadoras, pelo que podem atrair toda a atenção dos profissionais. Todavia, as crianças mais calmas, com reacções menos visíveis, precisam de uma abordagem semelhante – conversar, escuta empática, incentivo. Com ambos os tipos de criança é essencial reconhecer que o seu comportamento não é, habitualmente, propositado mas sim desencadeado pelo trauma.

Seria muito útil se pudesse ensinar à criança coisas que eles possam fazer para melhor lidarem com os seus episódios de stress – como é óbvio, este trabalho implica tempo e recursos adicionais. Ensine a criança a reconhecer por si própria as fases iniciais da sua reacção de stress e tome medidas para prevenir ou mudar os resultados habituais. É importante reconhecer os sinais comportamentais iniciais que antecedem os episódios de stress. Tal permite que se intervenha antes do episódio atingir o seu pico.

*Exemplo: Se sabe que acontecimentos stressantes desencadeiam sentimentos intensos de perigo na criança e levam-na a atacar outras crianças e adultos; e que suores e respiração acelerada são sinais de que a criança está a atingir esse estado, é aconselhável remover a criança, logo à primeira ocorrência desses sinais, da origem do stress (ex: levar a criança para outra sala) e ajudá-la a lembrar-se do que pode fazer para se acalmar novamente (ex: respirar fundo lentamente – evite hiperventilações!; beber um copo de água; olhar para um espelho). Se for necessário, pode dar à criança breves instruções orais num tom de voz calmo e claro, p. ex: “Senta-te para que possas acalmar-te”, “Sentas os teus pés no chão?”, “Sentas a tua barriga a mexer-se, quando respiras?”. Pode ainda ser útil, a criança poder segurar um urso de peluche nesta situação, uma vez que ajuda a aumentar a sensação de segurança.*

A ideia é evitar episódios de stress repetidos, visto serem uma sobrecarga para a criança e para as pessoas que a rodeiam e apenas levarem ao aumento dos sintomas – até ao ponto em que a criança perde permanentemente a sua capacidade de recuperar a sua estabilidade emocional.

Durante o episódio de stress deve tentar manter-se o mais calma/o possível. É possível que a criança a/o agrida verbalmente ou até fisicamente – é verdadeiramente desagradável, mas deve tentar não os considerar ataques pessoais. Nem sempre é fácil porque estes comportamentos parecem deliberadamente malvados e manipulativos. Pode ajudar se repetir para si próprio que o comportamento da criança é desencadeado por um enorme sentimento de desesperança e ameaça que a criança experiencia devido à sua experiência traumática.

## **6. Cooperação com outras pessoas**

Para assegurar o bem-estar e segurança da criança é deveras importante fazer todos os possíveis para evitar a sua exposição a novas situações traumáticas. Em situações mais sérias, deverá providenciar imediatamente a separação da criança do seu abusador.

### **Cooperação com outros especialistas**

Esteja consciente de que não é, de todo, obrigado a suportar todo o processo de ajuda sozinha/o e fazer mais do que aquilo que pode. Todos temos os nossos limites pessoais e profissionais. Assim, quando não souber o que fazer a seguir, procure colegas e outros

profissionais. Pode ser útil consultar os especialistas de apoio da criança, advogados experientes, terapeutas de crianças e famílias, assistentes sociais, ou outros peritos. Tente tornar a sua rede de apoio o mais eficiente possível – idealmente, poderia ter em cada organização de ajuda relevante a sua própria pessoa de contacto com quem pudesse contar.

Obviamente, deverá ter sempre em atenção as questões de confidencialidade – para preservar a confiança da criança, deverá discutir previamente com a criança o que e quanto irá partilhar com os membros da equipa, por exemplo: *“Eu devia falar com o Sr. X sobre esta situação, ele é mais experiente nestas situações do que eu. Está bem para ti?”*. Do ponto de vista da criança traumatizada, é fundamental que o adulto assuma a responsabilidade, mas que não tome decisões relevantes sem a consultar.

### **Cooperação com os membros da família**

A verdade é que a violência contra a criança cometida por um membro da família, ou assistir a violência cometida por um membro da família contra outro(s) é a principal razão que leva as crianças traumatizadas às instituições de apoio. Existem muito menos casos de crianças traumatizadas pela perda de um progenitor (ou outro membro da família) ou algum tipo de desastre (ex: casa incendiada).

Por conseguinte, deverá procurar perceber em primeiro lugar a qualidade da relação entre a criança e os seus pais e o possível papel dos pais na experiência traumática da criança. Adicionalmente, deverá procurar perceber quais as competências pessoais e emocionais destes pais enquanto figuras de vinculação da criança – não se esqueça de considerar a opinião da criança sobre estas questões. Em casos mais graves (em que o perpetrador é um dos pais) deverá informar a/o mãe/pai das situações em que poderá ser privado da sua responsabilidade parental.

Caso seja possível e viável (sobretudo quando os pais colaboram), forneça informação e conhecimento aos membros da família sobre a natureza, processo e recuperação da PSPT e oriente-os sobre o que podem fazer para apoiar a recuperação da criança. Dê à família apenas as tarefas que eles conseguem realmente cumprir. Explique termos científicos e palavras estrangeiras nos casos em que não tenha a certeza se estão a compreender. Esteja atento a que os pais muitas vezes sobrestimam a intensidade e duração da reacção ao stress da sua criança (ex: pensam que “as crianças não compreendem nada ou esquecem-se de tudo”). Descreva quais são os sintomas que observou na criança e quais as reacções esperadas em caso de PSPT.

A cooperação com os pais deve também ser orientada para a solução. Se um dos pais se começar a auto-acusar ou acusar outra pessoa como causa do trauma, é útil insistir que o nosso objectivo não é encontrar um culpado mas tentar apoiar na continuidade da vida. Nos casos de violência doméstica, encoraje a mãe a procurar ajuda para si própria – para aderir a um grupo de apoio ou procurar um abrigo de mulheres (forneça contactos, se necessário).

### **Nota sobre pais abusivos**

Se um progenitor foi seriamente abusivo para com a criança (abuso físico ou sexual), recomendamos vivamente apenas visitas supervisionadas entre esta/e mãe/pai e a criança (pelo menos, no início) – para além disso, pergunte à criança se está interessada em vê-la/o de todo.

### **Conclusão**

Situações difíceis podem, por vezes, influenciar o desenvolvimento intelectual e emocional da criança de um modo positivo, mas só nos casos em que existem condições favoráveis após o trauma. O material de treino apresentado tem como objectivo fornecer aos especialistas que trabalham com crianças traumatizadas alguns pontos de partida para criar essas condições.

### **Literatura:**

*Herman, Judith Lewis. Trauma and recovery. From domestic abuse to political terror. London 2001.*

*Krill, W. E. (Jr.). The Gentling Approach to PTSD in Abused Children.*  
[http://www.selfgrowth.com/articles/the\\_gentling\\_approach\\_to\\_ptsd\\_in\\_abused\\_children](http://www.selfgrowth.com/articles/the_gentling_approach_to_ptsd_in_abused_children)

*Ochberg, Frank M. Posttraumatic Therapy.*  
<http://www.giftfromwithin.org/html/trauma.html>

*Rosner, Rita; Steil, Regina. Ratgeber Posttraumatische Belastungsstörung. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. München / Frankfurt 2008.*

*Schmookler, Ed. Trauma Therapy Manual. California (2001)*  
<http://www.trauma-pages.com/s/schmookler-manual.php>

## *Back up the children*

### **Possível stress extremo durante a gestação e durante o desenvolvimento pré-linguístico:**

- Stress extremo da mãe durante a gravidez irá fazer mal ao bebé no útero e pode mesmo levar a um aborto espontâneo.
- Trauma relacionado com o nascimento (privação extrema de oxigénio, lesões físicas, separação da mãe, experiência de dor).
- Violência física directa experienciada pela grávida (acidentes; ainda pior: violência humana)
- Tensão extrema da mãe e, conseqüente, cuidado inadequado do bebé devido a um trauma da mãe enquanto criança na relação com a sua própria mãe.
- Sensações avassaladoras (podem ocorrer em todos os órgãos dos sentidos, durante a gestação e também enquanto bebé: dor física, violência física, estímulos físicos extremos, como frio, calor e barulho; mais tarde também sensações visuais como estímulos luminosos exagerados ou total escuridão, cheiros exagerados, etc.).
- Ausência de resposta perante as tentativas de comunicar da criança: ausência de resposta face ao contacto ocular, barulhos, toques, etc.
- Agitação constante.
- Separação dos cuidadores (particularmente sem um acompanhamento adequado, após as adopções, com pais adoptivos, expulsões, fugas, guerras).
- Uma combinação de mais de um stressor.

Fonte: Krüger 2006

### **As observações seguintes referem-se, frequentemente, ao mundo em que as crianças e adolescentes traumatizados vivem:**

- A criança ou adolescente afasta-se das relações sociais com os pares no jardim-de-infância, escola ou actividades de lazer (“O Manuel isola-se sempre nalgum lado, é como se ele já não estivesse lá”, queixou-se um amigo).
- Frequentemente, a comunicação entre amigos anteriores ao trauma e a criança ou adolescente após a experiência termina abruptamente, sem uma razão justificável para os observadores.
- Amizades de longa data e “testadas” são terminadas pela própria criança/adolescente.
- Os próprios amigos de longa data procuram afastar-se da criança traumatizada. Nem sempre estão conscientes do que causou a mudança. Todas as crianças envolvidas tendem a evitar falar sobre as razões para este afastamento ou não sabem como explicá-lo.
- A criança ou adolescente procura os pares que aparentam ser problemáticos. Estas crianças apresentam, frequentemente, comportamentos provocativos ou destrutivos.
- Este grupo de crianças ou adolescentes é marcadamente diferente de outros grupos. O adulto também tem dificuldade em alcançá-los.

- Surge a suspeita que este “novo” grupo de adolescentes consome álcool e drogas.
- Por vezes, crescem também novas relações, alegres e calorosas, entre as vítimas e “novas” crianças.
- Estas relações são, no entanto, frequentemente voláteis e terminam se não tiverem o apoio de adultos competentes.

*Fonte: Krüger 2006*

### **Os seguintes aspectos devem ser considerados se suspeitar que está a lidar com uma criança ou adolescente vítima de abuso:**

- Certifique-se de que tem fortes fundamentos para a sua suspeita! Existiram casos trágicos – por vezes discutidos nos media – que mostraram as desastrosas consequências de uma acusação de abuso familiar sem fundamento para todos os envolvidos. Uma família inteira pode ser destruída por uma suspeita errónea. Existiram até alguns casos em que as crianças acusaram erradamente os seus pais (ou padrastos/madrastas) de abuso e desencadearam a ruptura de toda a família.
- Contudo, até uma acusação “errada” por parte de um jovem contra alguém da sua família é sempre uma expressão de uma necessidade psicológica, mesmo que a acusação de abuso sexual seja infundada.
- A criança ou adolescente precisa de ajuda em qualquer caso.
- Não é incomum que o adolescente considere que a única possibilidade de ser ouvido e receber ajuda é através da acusação, embora na realidade o real maltrato seja, por exemplo, violência física recorrente.
- Uma negligência prolongada ou inactividade face à necessidade da criança, por parte das pessoas responsáveis na escola, nas instituições sociais, etc., pode conduzir a estas acusações desesperadas.

*Fonte: Krüger 2006*

### **Abuso no seio familiar – o que deve ter presente quando trabalha com crianças nestas situações:**

- Primeiro que tudo, observe a criança. Porque reparou na criança? Havia particularidades físicas? Havia sinais de algum ferimento que necessitasse de intervenção médica? A criança mostrava perturbações comportamentais?
- Caso a criança demonstre os referidos sinais de alerta, é frequente estar num estado como que de transe, catatónico, com medo dos adultos e de outras crianças, ou mostra outros sinais de perturbação de stress pós-traumático?
- Não hesite em procurar apoio junto de organizações locais de apoio à infância, das instituições de protecção de menores ou dos seus colegas, caso tenha de lidar com uma criança nesta situação.

- Deverá definir uma estratégia para os próximos passos e clarificá-los com as instituições de protecção de menores locais ou, se possível, com a instituição para a qual trabalha.
- Se decidir estar presente para a criança, não se poderá afastar e abandoná-la na altura em que as suas feridas sejam reabertas. Estes primeiros passos implicam, obrigatoriamente, um acompanhamento constante da criança.
- Tente conseguir ajuda antes de conversar com a criança. Só quando se sentir segura e com controlo, irá a criança ser capaz de falar abertamente e livremente sobre os seus problemas.
- A sua conversa com a criança deve ter lugar num espaço privado e deve fazer as perguntas sobre possíveis pontos de tensão com muito cuidado. Frequentemente a criança não terá nada a dizer ao início. Aí deverá oferecer outras possibilidades de conversa, sem pressão.
- Deverá perguntar especificamente à criança sobre medos ou perguntar se há algo sobre o qual gostaria de falar.
- Deverá oferecer a sua empatia sem dramatismos.
- Esteja atento à possibilidade da criança ter sido ameaçada para se manter em silêncio sobre o abuso. A criança tem medo e, primeiro que tudo, terá de ser tranquilizada de que não irá ser denunciada.
- Se possível, discuta com a criança a proposta de passos seguintes.
- Esteja preparado/a para reacções de choque desencadeadas por memórias avassaladoras (veja a lista de sintomas).
- Deve saber como lidar com a criança em qualquer situação, de acordo com o que foi explicado no início deste capítulo (ver página...)
- Pode ter de lidar com factos que constituem crime. O abuso de crianças é um crime. Seja corajoso/a e fale sobre isso na mesma. Poderá ser a única pessoa que tem consciência do desespero da criança.
- Não está sozinho/a: protecção de menores, centros de juventude e tribunais de família serão responsabilizados legalmente se houver sequer a suspeita de abuso sexual. Se a criança estiver em perigo, poderá sinalizar na comissão de protecção de menores da sua zona, a qual depois seguirá o caso.
- Assegure-se previamente do momento em que irá passar a responsabilidade às referidas instituições oficiais. Deverá, contudo, continuar a estar emocionalmente disponível para a criança.
- Termine uma conversa com incentivos, planeie com antecedência o que deseja dizer e defina uma data específica para a próxima sessão. A criança está a embarcar numa odisseia e não consegue avaliar as consequências dos próximos passos. Permaneça próximo da criança e continue (emocionalmente) disponível.

*Fonte: Krüger 2006*

## **Factores que aumentam a probabilidade de stress pós-traumático:**

- Fases de transição no sentido de um aumento da independência, quando novos inputs precisam de ser processados (aprender a andar, primeiros dias no infantário e na escola, mudança de escolas, um estágio, uma nova relação, mudança de casa).
- Fases finais de desenvolvimento mental e físico (final da fase de gatinhar, final dos “terríveis dois”, puberdade, etc.).
- Um carácter introvertido, baixa auto-estima.
- Baixo nível de inteligência.
- Rupturas (actuais), como mudança de casa, ruptura de uma amizade íntima, separação de irmãos mais velhos, divórcio parental.
- Doenças mentais ou físicas anteriores.
- Conflitos familiares significativos (entre a criança e os seus irmãos, entre a criança e os seus pais, entre os pais, etc.).
- História traumática não resolvida dos pais (pode ajudar se o/a pai/mãe tiver superado com sucesso o seu próprio trauma).
- Falecimentos recentes (pais, irmãos, animais de estimação, pessoas próximas, outras crianças).
- Stress familiar decorrente de desemprego, pobreza, espaço reduzido, pais a trabalhar deslocados).
- Uma combinação de mais do que um stressor.

*Fonte: Krüger 2006*

## **Abuso sexual de crianças significa:**

- Um abuso da disponibilidade da criança para seguir as instruções de um adulto.
- Um abuso da disponibilidade da criança para se responsabilizar pelos seus actos.
- Um abuso da incipiente capacidade da criança em distinguir entre afecto e exploração.

## **Abuso sexual da criança no seio familiar significa:**

- Um abuso da necessidade da criança no que diz respeito ao afecto e ao carinho por parte dos seus pais.
- Confundir os limites inter-geracionais e os papéis entre a criança e os pais.
- Um abuso da disponibilidade da criança em fazer favores aos pais.
- Não só acções físicas com ou em frente à criança, mas também abuso emocional da criança decorrente da linguagem praticada ou de testemunhar conscientemente a sexualidade adulta.

*Fonte: Krüger 2006*

Literatura:

*Andreas Krüger, Erste Hilfe für traumatisierte Kinder; Sept.2006*

## Como nos ajudarmos?

“Todos os dias lidamos com situações muito difíceis”

“Frequentemente não conseguimos dar o apoio que é necessário”

“Não somos suficientes para o que é preciso fazer”

“Muitas vezes não se vêem resultados do nosso trabalho”

“Nem sempre conseguimos ter oportunidade de falar de nós e do que sentimos”

“Não consigo deixar de levar os problemas comigo para casa”

O trabalho com **crianças e jovens em contexto institucional** é, sem dúvida, um trabalho extremamente exigente. Muitas destas crianças e jovens apresentam traumas como resultado das suas experiências anteriores. Os problemas consequentes exigem **elevados níveis de apoio** e atenção e nem sempre são de fácil intervenção.

Uma boa intervenção requer **competências a nível técnico** combinadas com **competências pessoais**, como poucas actividades o exigem. Para além disso, trata-se de uma profissão nem sempre reconhecida e valorizada com merece.

Esta combinação pode conduzir, ao longo do tempo, à desmotivação, insatisfação profissional, cansaço extremo e dificuldades relacionais mesmo fora do local de trabalho. Pode, no fundo, conduzir ao **Esgotamento Profissional**, também conhecido por **Burnout Profissional**.

Os sinais e sintomas do Burnout Profissional podem-se manifestar:

**ao nível emocional:**

apatia, desinteresse, depressão

**ao nível da auto-eficácia:**

sensação de ser ultrapassado pelos outros, incompetente e incapaz de se organizar

**ao nível intelectual:**

dificuldades de memória e de concentração

**ao nível comportamental:**

dificuldades relacionais, instabilidade, isolamento, auto-medicação, absentismo

**e ao nível interpessoal:**

diminuição acentuada da empatia, irritabilidade e agressividade

O stress profissional é uma constante e pode até trazer benefícios. O perigo surge quando o nível de stress é demasiado elevado e prolongado e quando o profissional não tem as estratégias adequadas para lidar com ele.

## **Então, o que pode ser feito?**

A consciência sobre o nosso próprio bem-estar físico e emocional é imprescindível. Embora, muitas vezes, seja algo para o qual é difícil investir tempo. Não obstante, ao estabelecer meios de auto-reflexão podemos nos proteger contra o stress. Tal terá, consequentemente, um impacto positivo no trabalho quotidiano com as crianças e jovens.

Para isto, é essencial conhecer-se a si mesmo, ou seja, **estar consciente** (e aceitar) os seus limites e potencialidades, bem como ser capaz de reconhecer os sintomas do Esgotamento Profissional.

Neste sentido, é fundamental que cada técnico seja um agente activo no seu próprio processo de ajuda.

Em seguida referem-se algumas **sugestões** que podem ser integradas no quotidiano profissional.

### **Gestão do tempo**

Planear actividades para cada dia de forma realista e com espaço para os imprevistos e momentos de pausa.

### **Adequação das expectativas**

Adequar as expectativas à população e às condições de trabalho. Por vezes, grandes avanços são desvalorizados e pequenos insucessos são ampliados.

### **Valorizar a equipa e manter-se atento aos sinais dos colaboradores**

Mostrar disponibilidade para apoiar e reforçar as actividades da equipa, valorizando o positivo e mantendo-se atento a sinais de desconforto entre colegas.

### **Supervisão/Grupos de apoio entre profissionais**

Espaço de partilha de situações de difícil resolução de forma a envolver outros profissionais e perspectivas, assim como um espaço de partilha de emoções e sentimentos relativamente ao trabalho em causa.

### **Investimento no aperfeiçoamento profissional e pessoal**

Quanto mais seguro e eficaz se sentir, mais disponível e capaz será de gerir de modo adequado o trabalho em causa.

Enquanto cuidadores é muito importante não esquecer que existe alguém que espera a nossa atenção: **Nós mesmos!**

*Back Up The Children*  
*Materiais de apoio ao Módulo 6*

## **Esgotamento (*burnout*) profissional**

Nas últimas décadas tem-se dado maior atenção ao impacto do trabalho na saúde física e mental, sobretudo, tendo em conta as consequências que tal pode ter ao nível da própria organização, em termos de qualidade e nível de produção. Foi neste contexto que emergiu a noção de *burnout* profissional, na medida em que veio explicitar grande parte dessas consequências. Apesar de Herbert J. Freudenberger não ter sido o pioneiro neste tema, foram os estudos deste psicólogo americano, na década de setenta do século passado, que impulsionaram a investigação sobre *burnout*, conduzindo à reformulação do próprio conceito inicial, assim como a estratégias de *coping* face ao mesmo.

O *burnout professional* é um conceito frequentemente usado para descrever a exaustão física e emocional vivenciada pelas pessoas como um resultado directo do *stress* relacionado com o trabalho. Este pode causar um impacto significativo a nível físico, emocional, psicológico e espiritual às pessoas afectadas.

Distanciamento emocional, indiferença em relação ao trabalho e/ou às pessoas que beneficiam do serviço, diminuição da realização pessoal, ausência de perspectiva para o futuro, frustração e sentimentos de incompetência e fracasso são possíveis sintomas do esgotamento profissional.

Todavia, é importante realçar que estes sintomas podem aparecer vários meses depois do período crítico que o originou. É fundamental estar-se atento aos sinais e conhecer-se algumas estratégias para lidar com esta situação

Para além disso, é importante estar-se atento ao solo fértil que o *burnout* encontra nas pessoas intensamente envolvidas no seu trabalho, que o encaram como uma prioridade de vida ou como uma missão muito importante. Os factores relacionados com a organização do trabalho (divisão de tarefas, divisão de tempo de execução da tarefa, ritmos e duração dos períodos de trabalho, remuneração e estrutura hierárquica) são considerados como tendo uma grande importância na prevalência deste tipo de perturbação (Maslach et al, 2001). Estudos mais recentes têm evidenciado a importância de factores de personalidade e temperamento como factores de risco para o *burnout* (Thoresen et al, 2003). As pessoas intensamente envolvidas no trabalho, perfeccionistas e com dificuldade em delegar tarefas, assim como pessoas inseguras, com baixa auto-estima e com dificuldade em gerir sentimentos de frustração, são exemplos de pessoas mais vulneráveis ao esgotamento profissional.

## **Traumatização secundária ou vicariante**

Adicionalmente, é importante estarmos conscientes de que os profissionais que trabalham directamente com vítimas de traumas podem desenvolver um quadro de traumatização secundária ou vicariante.

Este quadro refere-se ao risco que estes profissionais têm de desenvolver sintomas idênticos aos das pessoas directamente afectadas pelos traumas, ainda que de um modo menos intenso, nomeadamente no que diz respeito ao reexperienciar. Tal tem por base um mecanismo assente na empatia e identificação que o profissional pode desenvolver face à vítima e à sua situação. Nestes casos, o profissional pode submergir em pensamentos sobre como seria se esses acontecimentos tivessem ocorrido consigo. Alguns sintomas mais específicos desta situação são: zanga, tristeza, luto prolongado, ansiedade, agressividade e depressão – ao nível emocional; letargia e dores de cabeça e de estômago – ao nível físico; e isolamento, alterações de humor e irritabilidade – ao nível pessoal.

Tal como foi identificado para o *burnout*, o primeiro passo para prevenir este quadro assenta na tomada de consciência da sua existência e sintomatologia associada. Posteriormente, existem modificações comportamentais específicas que o profissional pode implementar no seu quotidiano, as quais se assemelham às sugeridas neste módulo para o esgotamento profissional.

## **Informações de apoio à apresentação do módulo/vídeo**

Este módulo final, contrariamente a todos os outros, dirige-se directamente ao profissional de ajuda. Neste sentido, pretende atender a questões relacionadas com a manutenção de um contínuo bem-estar mental e físico que permitam uma postura profissional plena e eficaz.

O Módulo 6 está estruturado em duas partes fundamentais:

A primeira parte apresenta uma sequência de frases. Estas frases foram transmitidas pelos profissionais de ajuda nas entrevistas iniciais realizadas, as quais serviram de identificação das suas necessidades e problemas. As referidas frases contêm ideias mais ou menos recorrentes no trabalho quotidiano, quer ao nível de competências do próprio, de expectativas, resultados e, até mesmo, ao nível de questões mais organizacionais da própria instituição. Demonstram, em muitos casos, as dificuldades diárias nem sempre expressas e/ou compreendidas.

O objectivo de introduzir o módulo com estas frases é o de criar empatia e aceitação nos formandos/as. Pretendem mostrar que o formador/a está consciente que estes pensamentos e dificuldades são comuns nestes contextos de trabalho e que surgem muito mais frequentemente do que, por vezes, queremos admitir. Por outro lado, pretende criar, desde logo, uma

identificação dos/as formandos/as para com o módulo, na medida em que vêm espelhado e aceite estes sentimentos e pensamentos.

Para além das frases incluídas no vídeo, podem-se referir várias outras, como sejam:

- “Não sei o que fazer quando são agressivos.”
- “Sinto que não tenho tempo para nada.”
- “Sinto que o nosso trabalho não é reconhecido por ninguém.”
- “Ficamos ligados a eles e depois partem.”
- “É difícil ver que não conseguem alcançar objectivos.”
- “Acho que não temos preparação para algumas situações.”
- “É frequente estar assoberbado de trabalho.”
- “Torna-se difícil cumprir apenas o horário estipulado.”
- “As condições físicas de que dispomos não facilitam o nosso trabalho.”

O/A formando/a pode, deste modo, sentir que as suas dificuldades são legítimas, tornando-se possível orientar o grupo para a procura de soluções.

Na segunda parte do vídeo pretende-se contextualizar a emergência destas questões, no quadro do Esgotamento Profissional ou Burnout Profissional. Assim, é fundamental que o/a formador/a transmita a noção de que estes contextos de trabalho são extremamente desafiantes e exigentes, quer a nível pessoal, quer técnico. Para além disto, é importante “naturalizar” o problema, tornando claro que qualquer pessoa pode, em qualquer momento, sofrer de esgotamento profissional, sendo este o resultado da combinação entre as condições do trabalho e as características individuais.

Um dos principais objectivos desta parte é a de capacitar os/as formandos/as no reconhecimento dos sintomas do Burnout Profissional. Como tal, procedeu-se à apresentação dos principais sintomas e sinais do mesmo, sendo que neste documento poderá complementar com mais alguns para além dos contidos no vídeo:

- **ao nível emocional** (aborrecimento, decepção emocional, desesperança);
- **ao nível intelectual** (dificuldades de atenção);
- **ao nível do relacionamento interpessoal** (desapego emocional);
- **ao nível psicossomático** (fadiga acumulada, insónia, cefaleias, problemas funcionais e alergias).

Com base neste reconhecimento, é intenção do Módulo 6 promover a ideia de que existem algumas alterações que se podem introduzir no dia-a-dia do profissional de ajuda, as quais permitem quer a prevenção deste quadro quer a redução dos seus sintomas, se já existentes. Simultaneamente, é essencial que o/a formador/a valide a dificuldade natural inerente a este processo de mudança, pois reconhecemos que, em muitos casos, são de difícil aplicação e requerem alguma disciplina pessoal.

Não obstante, caberá também ao/à formador/a realçar que são indispensáveis para um trabalho mais eficaz e positivo e, sobretudo, para a melhoria da qualidade de vida.

Para além das sugestões incluídas no vídeo, é importante destacar as seguintes:

- **Controlar as horas de trabalho** – evitar prolongar o horário de trabalho de forma sistemática e generalizada, procurando rentabilizar os dias e delimitar o seu tempo de duração.
- **Ser assertivo** – estabelecer limites claros e transmiti-los aos outros, entre as solicitações que realmente pode cumprir e as que estão fora do seu alcance e que apenas o irão sobrecarregar.
- **Não levar trabalho para casa** – o trabalho deve ficar no trabalho, mesmo no que se refere às preocupações. Estratégias para evitar a preocupação para além do local de trabalho são, por exemplo, diversificar interesses e assuntos de conversa.
- **Desenvolver actividades de prazer** – diversificar relações sociais, actividades de ar livre ou outras no quotidiano é imprescindível para quebrar a monotonia e promover a higiene mental dos profissionais.
- **Manter padrões de sono regulares** – o descanso ao nível do sono é vital para que aumentar os níveis de energia e capacidade de resiliência para fazer face às exigências do quotidiano.

Para além destas sugestões, o/a formador/a deverá destacar que, em alguns casos, é essencial que o próprio profissional de ajuda recorra a um processo terapêutico. Tal poderá ajudá-lo a lidar melhor com os seus traumas e/ou dificuldades pessoais, prevenindo que os mesmos interfiram no processo de ajuda às crianças vítimas de trauma.

Em anexo, encontram-se alguns instrumentos que podem apoiar a modificação de alguns comportamentos.

## Bibliografia

Bride, B. (2004). The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. *Trauma and Crisis*, 7, 29-46.

Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 23 (3), 319-339.

Demerouti, E., Mostert, K., Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(3), 209-222.

Fawcett, J. (2003). *Stress and trauma handbook: Strategies for flourishing in demanding environments*. World Vision International.

Fong, T.L. (2005). Burnout and psychological health in residential childcare workers of emotionally disturbed children. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66(3-B), 1715.

*Caregivers of clients with special needs are vulnerable to the effects of job stress given the nature of their work role and the specific characteristics of the client population they serve. The burnout syndrome is the most widely utilized construct that measures the effects of job stress among human service professionals, with emotional exhaustion as the strongest burnout component. However, the consequences of work stress also include psychological distress that may not be captured by the burnout construct. This study examined the relationship between emotional exhaustion and psychological distress among residential caregivers (N = 46) who provide services to emotionally disturbed children. Emotional exhaustion, psychological distress and PTSD symptoms were measured using the Maslach Burnout Inventory and the Los Angeles Symptom Checklist. Results indicated that emotional exhaustion scores were positively and significantly correlated with general psychological distress and PTSD symptoms. With regard to quantitative job characteristics, the number of direct and crisis contact hours were also significantly related to emotional exhaustion scores. However, when direct and crisis contact hours were entered into a multiple regression with the demographic variable of age, age contributed significant unique variance to the regression on emotional exhaustion. Although this study acknowledges the conceptual distinction between emotional exhaustion and psychological distress, it documents their strong relationship. This study highlights the vulnerability to both emotional exhaustion and psychological distress among those who provide services to trauma survivors, and calls for additional training and support for those who work with high-risk populations. (PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved).*

Kadambu, M.A. (2004). Counseling and the Professional: Vicarious trauma, burnout and rewards from clinical practice. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 65(1-B), 441.

*Three papers relating to the enriching and detrimental aspects of providing counselling on mental health professionals are presented in this dissertation. The first paper reviewed current literature surrounding the phenomenon of vicarious trauma among mental health professionals. This examination revealed that further investigation was needed to examine the applicability of the construct among professionals working outside the area of trauma and to clearly differentiate vicarious trauma from burnout. It was suggested by the review that the majority of mental health professionals cope well with the demands of their work, yet little research has been undertaken to understand this resilience. To address these issues, two separate empirical studies were conducted. The first study was a quantitative investigation of trauma related distress, burnout and spiritual health among three groups of professionals (N = 221) providing counselling to individuals affected by sexual violence, cancer diagnoses or students at university counselling centers. Participants completed four dependent measures: The Traumatic Stress Institute Belief Scale-Revision M, the Impact of Events Scale, the Maslach Burnout Inventory and the Spiritual Well Being Scale. Contrary to expectations, no significant differences were found between groups on dependent measures. The findings from this study highlighted concerns related to the construct and*

*divergent validity of vicarious trauma. The second study was a concept mapping investigation of professionals' experience of reward in working with sex offenders. A concept map depicting professionals' experience of the rewarding aspects of sex offender treatment was developed to clarify the domain and scope of their experience. A central belief regarding the effectiveness of treatment connected the seven distinct cluster themes that were identified. Practices to facilitate rewarding aspects of treating sex offenders were proposed and ideas for additional research were presented. Commonalities noted between the two empirical studies were the apparent importance of social and collegial support in mitigating the negative aspects of providing counselling and the likely role of empathy as a key determinant in professionals' responses to clinical practice. Future research investigating how empathic connections influence professionals' responses to their work may contribute to a more comprehensive and balanced understanding of the positive and negative repercussions of providing counselling. (PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved)*

Keim, J., Olguin, D. L., Marley, S. C., Thieman, A. (2008). Trauma and burnout: Counselors in training. In G.R. Walz, J.C. Bleuer, R.K. Yep (Eds.), *Compelling counseling interventions: Celebrating VISTAS' fifth anniversary*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Killian, K.D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44.

Leiter, M.P., & Maslach, C. (2005). *Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Maslach, C. (2001) What have we learned about burnout and health?. *Psychology & Health*, 16(5), 607-611

Maslach, C. (2003). Job burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science (Wiley-Blackwell)*, 12 (5), 189-192.

Maslach, C. (2005). Understanding Burnout: Work and Family Issues. In D.F. Halpern, & S.E. Murphy (Eds.), *From work-family balance to work-family interaction: Changing the metaphor*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Maslach, C., & Leiter, M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-423.

*Burnout is a prolonged response to chronic emotional and interpersonal stressors on the job, and is defined by the three dimensions of exhaustion, cynicism, and inefficacy. The past 25 years of research has established the complexity of the construct, and places the individual stress experience within a larger organizational context of people's relation to their work. Recently, the work on burnout has expanded internationally and has led to new*

*conceptual models. The focus on engagement, the positive antithesis of burnout, promises to yield new perspectives on interventions to alleviate burnout. The social focus of burnout, the solid research basis concerning the syndrome, and its specific ties to the work domain make a distinct and valuable contribution to people's health and well-being.*

Norcross, J.C., & Guy, J.D. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. New York: Guilford Press.

Ostberg, V., & Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: The importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 197-204.

Rogentine, K. L. (1997). Interacting with trauma: Child protective service workers with child abuse and neglect. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(10-B), 6590.

Rothschild, B. (2006). *Help for the helper*. New York: Norton.

Stevens, M., Higgins, D. J. (2002). The influence of Risk and Protective Factors on Burnout Experienced by Those who Work with Maltreated Children. *Child Abuse Review*, 11 (5), 313-331.

Terri, L. (2007) An investigation into vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout across groups in the helping professions. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(9-B), 5429.

*This study investigated whether differences exist across occupations typically classified as "helping professions," in the development of secondary traumatic stress or vicarious traumatization. Specifically, this study examined the levels of self-reported symptoms of secondary traumatic stress and burnout across three groups, first responders, mental health professionals, and volunteers and ancillary staff, regardless of "client type." Additionally, the impact of length of tenure was investigated to determine if experience impacted the development of secondary traumatic stress and burnout symptoms. The results of this investigation indicated no significant differences between the groups in relation to the development of secondary traumatic stress. Significant differences were found in the reported frequency of items measuring burnout between the groups, with first responders reporting fewer symptoms than mental health professionals and volunteers and ancillary staff. Additionally; significant differences were found between groups in components of burnout. First responders reported lower levels of emotional exhaustion than did mental health professionals and volunteers and ancillary staff. Further, significant differences were found between groups in that first responders reported lower levels of personal accomplishment than did mental health professionals. (PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved)*

Thomas, C.H, & Lankau, M.J. (2009). Preventing burnout: the effects of LMX and mentoring on socialization, role stress, and burnout. *Human Resource Management*, 48(3), 417-432.

Wicks, R.J.J. (2007). *The resilient clinician*. New York: Oxford University Press.

## **Additional bibliography on vicariate trauma**

Courtois, C. A., & Ford, J.D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: Guilford Press.

Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel

Hernandez, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family Process*, 46 (2), 229-241.

Pearlman, L.A., & McKay, L. (2009). *Understanding and addressing vicarious trauma*. On-line self-study module, Headington Institute, Pasadena, CA. <http://www.headington-institute.org/Default.aspx?tabid=2646>

Pryce, J.G., Shackelford, K.K., Price, D.H. (2007). *Secondary traumatic stress and the child welfare professional*. Chicago: Lyceum Books, Inc.

Saakvitne, K., & Pearlman, L. (1996) *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. New York: W.W. Norton

Stamm, B.H. (1999). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed.). Lutherville, MD: Sidran Press.

Trippany, R.L., White Kress, V. E., & Wilcoxon, S.A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & development*, 82, pp. 31 – 37.

Wilson, J. P., & Thomas, R. B. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD*. New York: Brunner-Routledge

## Formação Back Up The Children

### ESTABELECEER PRIORIDADES

Na agitação do quotidiano, as tarefas por realizar multiplicam-se de tal modo que, frequentemente, temos dificuldade em saber por onde começar. Isto faz com que o trabalho vá aumentando substancialmente e o nosso sentimento de auto-eficácia diminua de igual modo. Resultado: mais stress!

Para ajudar a orientar esta dificuldade tão comum, sugerimos um modelo de análise das tarefas de acordo com o seu grau de urgência e importância, como a seguir se pode ver:

<b>G</b> <b>R</b> <b>A</b> <b>U</b> <b>D</b> <b>E</b> <b>U</b> <b>R</b> <b>G</b> <b>Ê</b> <b>N</b> <b>C</b> <b>I</b> <b>A</b>	<b>U</b> <b>R</b> <b>G</b> <b>E</b> <b>N</b> <b>T</b> <b>E</b>	<b>TAREFAS A</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A implementar, imediatamente, por mim próprio(a)</li></ul>	<b>TAREFAS C</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ a delegar</li><li>▪ possivelmente, a implementar eu próprio(a)</li></ul>
	<b>N</b> <b>Ã</b> <b>O</b> <b>U</b> <b>R</b> <b>G</b> <b>E</b> <b>N</b> <b>T</b> <b>E</b>	<b>TAREFAS B</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ a definir uma data limite</li></ul>	<b>TAREFAS D</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ a abandonar</li><li>▪ a descartar</li></ul>
		<b>IMPORTANTE</b>	<b>SECUNDÁRIO</b>
<b>GRAU DE IMPORTÂNCIA</b>			

*O Princípio de Eisenhower*  
adaptado de Carina Stabauer

*Back up the children*  
**Programação semanal de actividades**

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							
Resultado							

**Observações:**



Com o apoio financeiro do Programa de Direitos Fundamentais e Cidadania da União Europeia



# Avaliação da Formação Back Up The Children

No final desta formação é, para nós, muito importante conhecer as suas opiniões e sugestões. As respostas são confidenciais e, desde já, agradecemos a sua colaboração.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

1. Em termos gerais, como avalia a formação. Utilize, para o efeito, uma escala de 1 a 7 (1 é o valor mínimo e 7 o valor máximo).

1      2      3      4      5      6      7  
\_\_\_\_\_▶

2. Na sua opinião, os temas tratados foram úteis para a sua prática profissional?

a) Sim      b) Não      Comentários \_\_\_\_\_  
       \_\_\_\_\_

3. Na sua opinião, deveria haver mais formação sobre este tema?

a) Sim       b) Não

Justifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. As suas expectativas iniciais face à formação foram satisfeitas?

- a) Totalmente
- b) Em grande parte
- c) Razoavelmente
- d) Não foram satisfeitas

5. Quais considera terem sido os aspectos positivos e os aspectos menos positivos da formação?

Aspectos positivos	Aspectos menos positivos
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**6. Como classifica o vídeo apresentado?**

- e) Muito bom
- f) Bom
- g) Razoável
- h) Fraco

**7. Considera que a formação teve a duração adequada?**

- Sim
- Demasiado curta
- Demasiado longa

**8. Gostaríamos que partilhasse connosco, neste espaço, eventuais sugestões para futuras formações.**

---

---

---

---

---

**Muito obrigado/a pela sua colaboração!**

# Back up the children Pilot training 25/26 November 2010

Place – CESIS – Centro de Estudos para a Intervenção Social  
Rua Rodrigues Sampaio n31 s/l dta  
1150-278 Lisboa

## Objective

- To sensitize technical staff/educators for PTSD in children and youngsters.
- To disseminate the DVD.

## Specific objectives

- To show all the modules of the DVD
- To obtain comments on the materials produced
- To discuss in group the usefulness of the training materials

## Target-group

- Technical staff of shelter homes for abused/abandoned children that have been interviewed in the beginning of the project

Predicted duration – 3 hours (3.5 hours)

10.00

## Content

- Introduction

## Commentary

- Brief introduction/presentation of the trainer
- Presentation of the Project Back up the Children –initial idea, partnership, objectives and materials produced
- Objectives of the session.

## Material

10.20

## Content

- Presentation of the participants

## Commentary

- Dynamics of individual presentation
- Functions of each participant
- Knowledge/openness for the theme of PTSD

## Material

10.50

Content

- Presentation of module 1 “How it all began”

Commentary

- Visualization of the DVD
- Brief commentary
- Group commentaries

Material

- DVD player + beamer

11.00

Content

- Presentation of module 2 – “What is PTSD”

Commentary

- Visualization of the DVD
- Brief commentary
- Group commentaries

Material

- DVD player + beamer

11.15

- Break

11.30

Content

- Presentation of module 3 - Symptoms

Commentary

- Visualization of the DVD
- Brief commentary
- Group commentaries

Material

- DVD player + beamer

11.45

Content

- Presentation of module 4 – “What are the impacts on development

Commentary

- Visualization of the DVD
- Brief commentary
- Group commentaries

Material

- DVD player + beamer

12.00

Content

- Presentation of module 5 – “What may help”

Commentary

- Visualization of the DVD
- Brief commentary
- Group commentaries

Material

- DVD player + beamer

12.20

Content

- Presentation of module 6 – “How to help ourselves”

Commentary

- Visualization of the DVD
- Brief commentary
- Group commentaries

Material

- DVD player + beamer

12.45

Content

- General commentary

Commentary

- Group discussion
- Questioning regarding the aspects to consider

- Proposals and comments

Material

13.15

Content

- Evaluation

Commentary

- Fulfilling of the evaluation tool

Material

- Evaluation sheet

13.30 - End

**Formação Back Up The Children**  
Grelha de observação para o/a formador/a

	Foi possível apresentar todos os módulos? Quais os módulos apresentados?	Quais os módulos mais desenvolvidos	Tempo dispendido em cada módulo	Coerência dos conteúdos no todo da formação	Outros materiais usados	Dificuldades sentidas pelo formador
<b>Conteúdos da formação</b>						
	Participação durante a formação	Temas que mais despertaram a atenção	Interesse demonstrado	Principais questões colocadas	Satisfação percebida	Outros aspectos
<b>Características do grupo</b>						

**Formação Back Up The Children**  
Grelha de observação para o/a formador/a

**Conclusões**

O preenchimento desta grelha visa orientar a reflexão do/a formador/a sobre o modo como decorreu a acção.  
As células devem ser preenchidas incluindo informação objectiva e a apreciação justificada do formador/a.