



Ajudar as famílias adotivas e de acolhimento a lidar com o trauma¹

As famílias adotivas e de acolhimento têm por vezes dificuldades em compreender e apoiar os seus novos filhos(as)/crianças que acolhem. Como essas crianças terão frequentemente sofrido traumas significativos antes de chegarem à nova família, tendem a ver e reagir a pessoas e a acontecimentos de maneiras que talvez pareçam incomuns, exageradas ou irracionais aos olhos dos outros. Avanços recentes na ciência do desenvolvimento revelaram como a adversidade precoce altera tanto a maneira como o genoma é lido quanto a forma como o cérebro se desenvolve. Deste modo, o trauma na primeira infância é biologicamente incorporado, influenciando a aprendizagem, o comportamento e a saúde ao longo da vida.

O objectivo deste guia é o de apoiar as famílias adotivas e de acolhimento, tornando os pediatras mais capazes de:

- 1) Identificar crianças vítimas de experiências traumáticas;
- 2) Educar as famílias sobre o stress tóxico e sobre as possíveis manifestações biológicas, comportamentais e sociais da vivência de experiências traumáticas na primeira infância e
- 3) Encorajar/capacitar as famílias para que estas consigam dar resposta ao comportamento dos seus filhos(as) ou das crianças que acolhem de maneira a reconhecerem o trauma passado, mas promovendo a aprendizagem de novas reacções adaptativas ao stress.

¹ Traduzido com autorização da American Association of Pediatrics. «Helping Foster and Adoptive Families cope with trauma.» https://www.aap.org/en-us/Documents/hfca_foster_trauma_guide.pdf A responsabilidade da tradução é nossa.

Este material pode ser reproduzido livremente, mediante referência à American Association of Pediatrics e a adoptareacolher.pt.

Contexto

Como podem os pediatras ajudar uma família adotiva ou de acolhimento a compreender e a responder melhor às necessidades específicas das crianças?

Praticamente todas as crianças que se encontram no sistema de protecção de menores sofreram abuso e/ou negligência. Embora possam ter sofrido lesões físicas, essa será frequentemente só a ponta do icebergue. As crianças que sofreram maus-tratos geralmente desenvolvem maneiras diferentes de perceber e de reagir ao mundo, que muitas vezes se mostram desadequadas num ambiente normativo. Os pais adoptivos e as famílias de acolhimento que não compreendem essas diferenças correm o risco de se sentir frustrados e de sentir algum ressentimento quando se esforçam para compreender e educar os seus filhos(as) ou as crianças que acolhem. O stress resultante dessas dificuldades pode colocar em risco a integração das crianças e, eventualmente, levar a resultados desfavoráveis nas suas vidas.

Uma investigação superficial das estatísticas sobre as crianças em acolhimento mostra que esta população tem necessidades específicas. A exposição intra-uterina ao álcool e a drogas provoca dificuldades cognitivas, sensoriais e emocionais nas crianças¹. As crianças em acolhimento têm uma incidência alta de atrasos de desenvolvimento, que nalgumas faixas etárias chega a 25%^{2,3}. Foram relatados índices altos, até 25%, de perturbação de stress pós-traumático. Mais de 80% das crianças que cresce numa instituição tem um problema psiquiátrico⁴. Até as decisões do próprio sistema de protecção de menores podem ser traumáticas, resultando em várias mudanças de casa/ /transições e na separação entre irmãos, às vezes em etapas diferentes do acolhimento.

As consequências do trauma precoce ao longo da vida são muitas vezes graves. Os investigadores descobriram que os problemas de saúde letais mais comuns, como a obesidade, doenças cardíacas, alcoolismo e uso de drogas, se encontram directamente relacionados com as experiências de adversidade vividas na infância. O custo financeiro para a sociedade é enorme e os custos pessoais são incalculáveis⁵.

Os esforços para ajudar as famílias adoptivas e de acolhimento exigem uma compreensão dos efeitos a longo prazo dos maus-tratos no desenvolvimento do cérebro e não só. Os sistemas social/comportamental, neuroendócrino e até genético são influenciados pelas experiências de abuso e negligência precoce e interagem à medida que o indivíduo cresce e se desenvolve. Se a interacção ajuda ou não o indivíduo a superar os efeitos do trauma depende de muitos factores.

Os últimos anos trouxeram grandes avanços na nossa capacidade de compreender o desenvolvimento do cérebro saudável, bem como uma melhor percepção do que acontece quando o ambiente não propicia um bom crescimento. Surgiram várias conclusões importantes:

O CÉREBRO NÃO SE ENCONTRA ESTRUTURALMENTE COMPLETO NO MOMENTO DO NASCIMENTO

- A mielinização, a proliferação das ligações sinápticas e o desenvolvimento dos sistemas de apoio glial e circulatório continuam a desenvolver-se muito tempo depois de a criança chegar ao mundo. A natureza dá às crianças a hipótese de se adaptarem às necessidades específicas apresentadas pelo ambiente em que nasceram.

MOMENTO DE APRENDIZAGEM

O desenvolvimento ideal do sistema neuroendócrino depende, entre outras coisas, de uma nutrição adequada e da ausência de toxinas como chumbo, mercúrio, álcool e outras drogas.

O DESENVOLVIMENTO ESTRUTURAL É GUIADO POR PISTAS AMBIENTAIS

- O cérebro da criança adapta-se ao que vê, ouve e sente. Os investigadores demonstraram que existem «períodos críticos» para o desenvolvimento eficaz de muitos sistemas cerebrais.

MOMENTO DE APRENDIZAGEM

O crescimento estrutural adequado depende de um ambiente estimulante, que prepara a criança para as circunstâncias futuras.

A INTERACÇÃO COM OUTRAS PESSOAS FAVORECE UM AMBIENTE ESTIMULANTE

- Não se espera que as crianças sejam capazes de fornecer a sua própria estimulação de alta qualidade. Todas as pessoas que uma criança encontra são, em certo sentido, seus professores/educadores.

MOMENTO DE APRENDIZAGEM

As outras pessoas devem estar presentes e ser suficientemente atentas e consistentes/previsíveis para ensinar as lições de que o cérebro em desenvolvimento precisa.

A EXPRESSÃO GÉNICA DETERMINA O SISTEMA NEUROENDÓCRINO E É FORTEMENTE INFLUENCIADA PELA EXPERIÊNCIA

- A pesquisa genética identificou uma variedade de alelos genéticos que parecem proteger contra ou predispor a sequelas de stress traumático a longo prazo, através da variação de sensibilidade dos receptores das hormonas de stress no sistema límbico^{6,7}. Um número crescente de dados aponta para o facto de a experiência inicial de vida poder desencadear modificações epigenéticas, mudando efectivamente a estrutura cerebral ao alterar a transcrição genética^{8,9}.

MOMENTO DE APRENDIZAGEM

A adversidade precoce pode resultar em mudanças a longo prazo ao alterar a maneira como o modelo genético de um indivíduo é lido, influenciando assim a sua resposta ao stress.

OS SISTEMAS DO CORPO INTERAGEM

- As interacções sociais (ou a falta delas) podem afectar o desenvolvimento neuroendócrino, o que pode alterar os comportamentos observados (v. Figura 1). O comportamento, por sua vez, produz *feedback* social, o que estimula uma resposta neuroendócrina (uma resposta fisiológica) e, se

As crianças estão a fazer o melhor que sabem.

esta for grave, pode causar modificações nas estruturas cerebrais (uma resposta anatómica). Outra palavra para esse sistema complexo de interações é: aprendizagem. Foi demonstrado que a aprendizagem em condições de stress extremo produz modificações epigenéticas na transcrição dos genes e causa alterações estruturais no cérebro em desenvolvimento¹⁰. Esse caminho é circular: os genes e as modificações epigenéticas na sua transcrição determinam a estrutura do cérebro, e é a estrutura do cérebro que governa o comportamento. Essa cascata interactiva de respostas entre os sistemas social/comportamental, neuroendócrino, e genético/epigenético foi recentemente designada como modelo de eco-biodesenvolvimento¹¹.

MOMENTO DE APRENDIZAGEM

Quanto mais presentes estiverem as emoções numa situação de aprendizagem, maior a probabilidade de ela resultar em modificações a longo prazo.

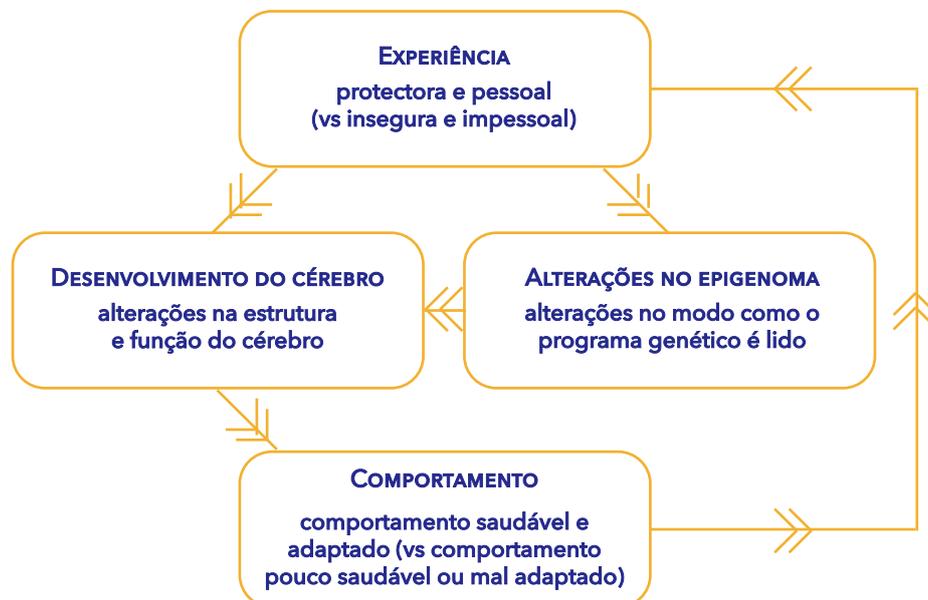


Figura 1

O desenvolvimento resulta de interações contínuas e cumulativas entre a experiência, a biologia e o comportamento. Quando as experiências são protectoras e pessoais na primeira infância, tendem a surgir capacidades de adaptação saudáveis. Se as experiências iniciais são inseguras ou impessoais, é mais provável que surjam capacidades de adaptação inadequadas ou prejudiciais.

O PAPEL DO STRESS

O stress em si não é necessariamente nocivo. Assim como o stress que a criança pequena sente quando tenta andar ajuda a guiar o crescimento ósseo e muscular, esta precisa de viver algum stress emocional para desenvolver mecanismos de adaptação saudáveis e desenvolver a capacidade de resolver problemas. Shonkoff¹² classifica o stress **positivo**, que ajuda a guiar o crescimento; o **tolerável**, que, embora não sendo útil, não causa danos permanentes; e o **tóxico** (v. Figura 2). O stress tóxico consegue exceder os mecanismos de adaptação não desenvolvidos da criança e levar ao seu comprometimento a longo prazo.

A definição de stress traumático da *The National Children's Traumatic Stress Network* (NCTSN) inclui as *respostas físicas e emocionais* de uma criança a acontecimentos que ameaçam a sua vida ou integridade física ou as de alguém extremamente importante para ela (como um pai ou irmão). Essa reactividade fisiológica fora de controlo é a marca do stress que se torna traumático e pode levar à má adaptação. Embora um acontecimento único, como um desastre natural ou um ataque de um estranho, possa criar stress tóxico, os efeitos multiplicam-se quando o trauma é prolongado, seja pela repetição de stress semelhante (como acontece num ambiente de violência doméstica ou no abuso de drogas pelos pais) ou pela acumulação de acontecimentos díspares. O efeito pode ser particularmente grave quando o trauma ocorre na rede de cuidados primários da criança. Esta reacção, denominada **trauma complexo** pela NCTSN, desenvolve-se com o tempo, à medida que os acontecimentos subsequentes reforçam as lições aprendidas anteriormente.

É importante notar que esse stress é necessariamente subjectivo, variando de criança para criança. Enquanto uma criança pode não se perturbar com ameaças sérias, outra pode ficar traumatizada com ameaças menores. É a reactividade fisiológica que faz a diferença, e isso é determinado pelas percepções da criança. Essa variabilidade é multifactorial; pode depender do histórico anterior de trauma da criança, da sua rede de apoio social e até mesmo da sua predisposição genética.

O trauma não precisa de deixar lesões visíveis. Os maus-tratos psicológicos podem ser traumáticos e stressantes¹³. A negligência também pode ser traumática e é quase sempre crónica, pois implica a ausência de resposta no dia-a-dia a necessidades básicas como comida, abrigo ou segurança emocional. A negligência é de longe a razão mais comum para a entrada numa instituição ou numa família de acolhimento, e quando tem lugar em conjunto com o abuso pode ser excepcionalmente grave: 71% das mortes de crianças por maus-tratos são devidas à negligência exclusiva ou em combinação com outro tipo de maus-tratos¹⁴.

Embora o stress e o trauma tóxico precoce sejam quase universais em crianças que foram adoptadas, que se encontram em acolhimento familiar ou foram institucionalizadas, os acontecimentos podem ter ocorrido num passado distante e a história da criança foi muitas vezes escondida ou não foi documentada em registos antigos. A exposição pré-natal que influenciou o desenvolvimento cerebral pode não ter sido detectada em registos obstétricos. Factos significativos e detalhes podem ter-se perdido nas transferências de cuidadores que são comuns na burocracia que diz respeito à adopção e ao acolhimento. Os pediatras devem compreender que o défice de atenção, a desregulação emocional e os comportamentos de oposição podem ter as suas raízes no abuso ou na negligência precoces, reconhecendo que a adversidade precoce tem o poder de afectar as percepções e as respostas da criança perante novos estímulos.

Os maus-tratos precoces podem resultar em mudanças comportamentais a longo prazo. Estas, por sua vez, originam respostas naqueles que se encontram à volta da criança-adaptada-ao-trauma, respostas estas que podem ser protectoras ou dificultar as tentativas da criança de se adaptar ao mundo não traumático (v. momentos de aprendizagem nas pp. 2-3). As respostas que são consistentes e respeitam a adaptação prévia da criança facilitam a sua aprendizagem e podem eventualmente permitir a sua readaptação e recuperação. As respostas que não o são podem servir para lembrar a criança do ambiente passado

traumático, desencadeando a hipervigilância que é característica do stress pós-traumático e, inadvertidamente, reforçando os comportamentos inadaptados.

É melhor considerar que toda a família, e não apenas a criança vítima de experiências traumáticas, é um paciente. Felizmente, os pediatras estão na posição perfeita para ajudar as famílias a sobreviver a este processo desafiante. As secções que se seguem discutem o papel do pediatra na identificação das crianças com experiências passadas de trauma, examinando as consequências do stress tóxico e promovendo intervenções eficazes, que permitem educar e capacitar os pais/acolhedores.

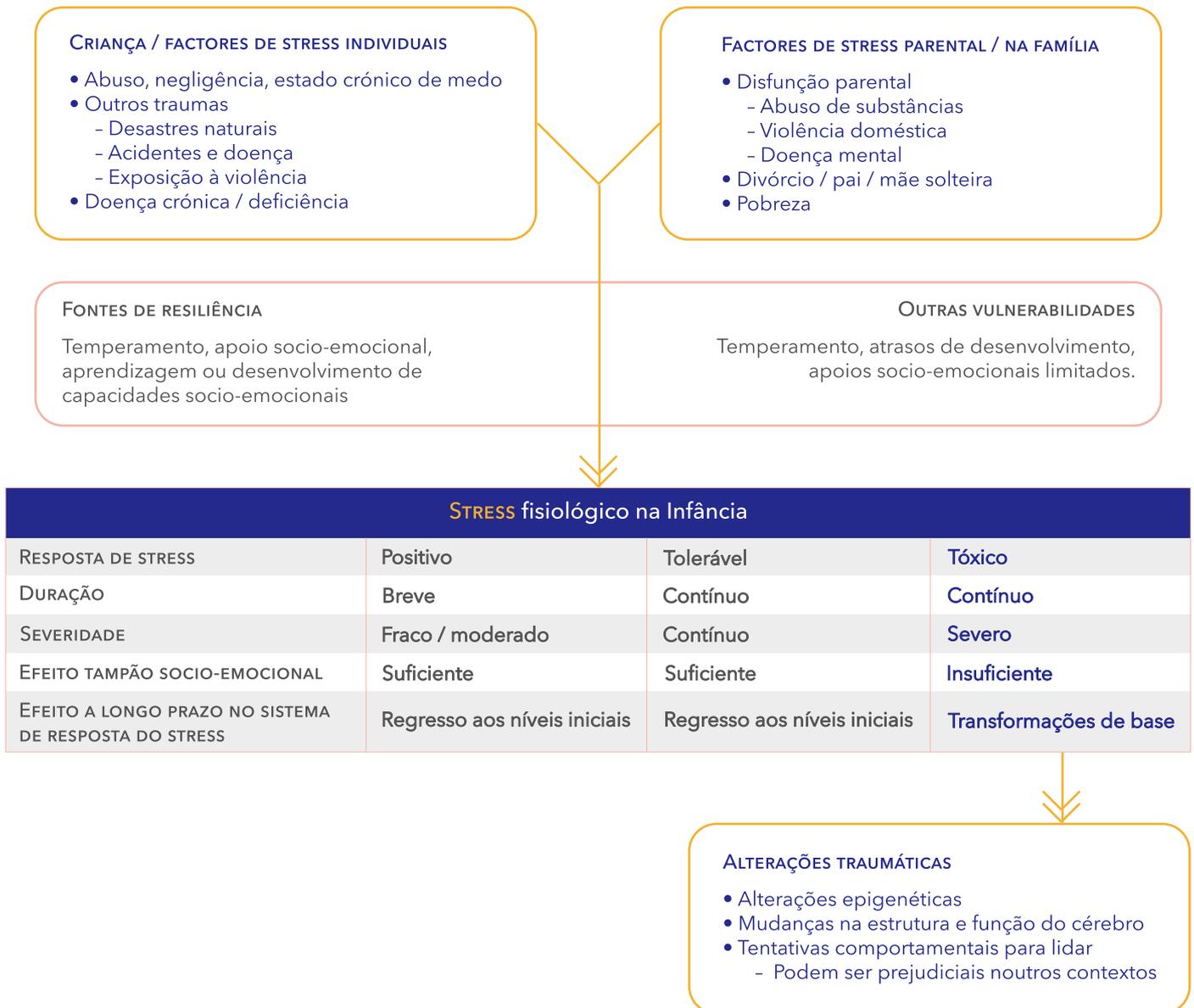


Figura 2. Consequências que precipitam o stress fisiológico na infância

As adversidades significativas na infância, tanto a nível do stress individual quanto familiar, precipitam uma resposta fisiológica ao stress. A resiliência, por um lado, ou outras vulnerabilidades, por outro, são capazes de mitigar ou exacerbar a resposta fisiológica ao stress. Com níveis suficientes de amortecimento socio-emocional, a resposta ao stress pode ser positiva (e criar realmente resiliência) ou tolerável (e não resultar em alterações duradouras). Com níveis insuficientes de amortecimento socio-emocional, a resposta fisiológica ao stress pode manter-se, agravar-se ou tornar-se tóxica, resultando em alterações potencialmente permanentes no epigenoma, na estrutura cerebral e no comportamento. Essas alterações traumáticas podem, na verdade, ser adaptativas em ambientes ameaçadores ou hostis, mas geralmente são inadequadas noutros contextos menos ameaçadores.

Enfrentar o stress tóxico

Faz parte de ser pediatra

O STRESS TÓXICO E AS RAÍZES PRECOSES DA DOENÇA, DA MORTE E DAS DISPARIDADES AO LONGO DA VIDA

O Estudo *Experiências Adversas na Infância* (EAI) é uma das maiores investigações já realizadas para avaliar a associação entre os maus-tratos na infância e a saúde e o bem-estar na vida adulta. A investigação estudou principalmente pessoas brancas e com boa formação académica do Plano de Saúde Kaiser em San Diego. O estudo encontrou uma forte relação dose-resposta entre a extensão da exposição ao abuso, negligência ou disfunção familiar durante a infância e várias causas principais de morte em adultos, incluindo depressão, cardiopatia isquémica, doença hepática e acidente vascular cerebral¹⁵. Além da associação forte com comportamentos de risco e adopção de estilos de vida pouco saudáveis, as EAI também são uma fonte directa de lesão biológica, levando a alterações na função imunológica e a marcadores inflamatórios elevados. Quase dois terços dos participantes do estudo relataram pelo menos uma EAI. As disparidades persistentes de saúde associadas à pobreza e aos maus-tratos infantis podem ser reduzidas com o tratamento e alívio das EAI na infância.

PROMOVER A SAÚDE E PREVENIR DOENÇAS, IDENTIFICANDO E ABORDANDO O STRESS TÓXICO

Quando o stress tóxico e as EAI são identificados, existem intervenções e recursos bem-sucedidos que permitem reduzir as respostas excessivas da criança ao stress ambiental e levá-la a retomar uma trajectória normativa de desenvolvimento. A identificação do stress tóxico e a capacidade de sugerir formas de tratamento às famílias terá um impacto positivo na saúde e na prosperidade da criança ao longo da vida. Os pediatras são os guardiões da linha de frente do desenvolvimento saudável da criança, e os pais/cuidadores confiam neles para diagnosticar e tratar problemas de desenvolvimento e comportamento. Além disso, os pediatras devem abordar preocupações complexas que não são estritamente de natureza médica: a sua responsabilidade profissional inclui não apenas a saúde física, mas também o sucesso da criança nos domínios emocional, educacional e social.

Os pediatras estão numa posição única para intervir através de:

- Interações regulares com as crianças;
- Apreciação pelo importante papel que as famílias e as comunidades desempenham no bem-estar infantil;
- Abordagem da saúde do ponto de vista do desenvolvimento;
- Compreensão das vantagens de prevenir ao invés de remediar;
- Consciência da importância crítica de uma advocacia eficaz para promover mudanças em sistemas bem estabelecidos que influenciam a saúde e o desenvolvimento.

Ao questionar as famílias sobre a exposição ao stress e os possíveis sintomas que lhe são associados:

- Comunica às famílias que o stress tóxico é um problema comum;
- Permite começar a reduzir o isolamento associado a comportamentos problemáticos que as vítimas de stress tóxico desenvolvem;
- Comunica que existem soluções, como tratamentos adaptados ao trauma, que podem ajudar as crianças a retomar uma trajectória de desenvolvimento saudável e ajudar as famílias a recuperar;
- Transmite que o trauma ameaça o crescimento e o desenvolvimento saudável das crianças e tem consequências prejudiciais ao longo da vida.

As crianças com uma história de stress tóxico podem chegar ao pediatra com problemas de sono, problemas de higiene, raiva, comportamentos agressivos, depressão ou dificuldades de concentração. O conhecimento da relação entre esses problemas de comportamento e as experiências stressantes anteriores é importante para que os pediatras saibam sugerir a intervenção mais eficaz. A não compreensão dessa relação pode resultar em intervenções ineficientes, ineficazes ou até contraproduativas. A identificação precoce do papel do stress tóxico nesses sintomas permitirá ao pediatra mobilizar os recursos comunitários disponíveis e mitigar os efeitos deletérios na subsequente socialização e desenvolvimento da criança. Isso economizará, em última análise, o tempo do pediatra e o esforço fútil despendido no tratamento de problemas sem abordar a sua raiz.

PARTA DO PRINCÍPIO DE QUE TODAS AS CRIANÇAS QUE FORAM ADOPTADAS OU ESTÃO EM ACOLHIMENTO SOFRERAM EXPERIÊNCIAS DE TRAUMA/ADVERSIDADE

Os pediatras que cuidam de crianças antes, durante e após as experiências traumáticas devem ser hábeis a identificar as muitas formas do stress tóxico. Assuma que todas as crianças que foram adoptadas ou estão em acolhimento sofreram experiências traumáticas. Assim como nem todas as crianças expostas à tuberculose desenvolvem hemoptise, febre e perda de peso, nem todas as crianças expostas ao stress acabam por desenvolver sintomas de trauma. Apesar disto, o protocolo em prática indica que todas as crianças expostas à tuberculose ou ao trauma devem ser examinadas e testadas, dado que, com a tuberculose, alguns daqueles que foram expostos à doença não mostrarão doença clínica, outros terão uma doença latente e outros ficarão doentes. Os mesmos três resultados aplicam-se à exposição ao trauma. O pediatra deve partir do princípio de que essa exposição pode ter um impacto profundo na criança e deve socorrer-se da descrição da sua história, fazer perguntas de vigilância e usar ferramentas de triagem para avaliar com precisão o impacto do trauma.

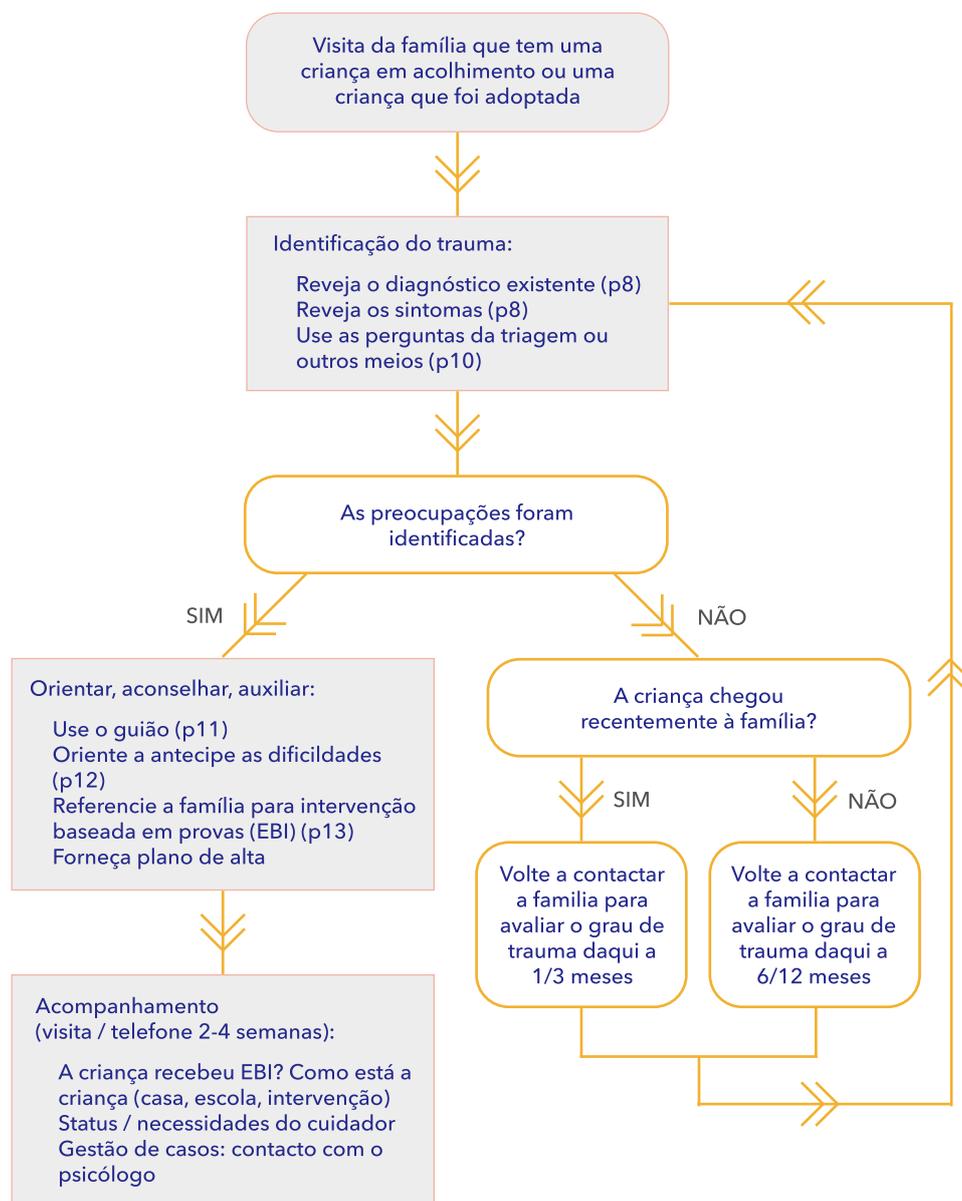


Figura 3. Algoritmo para a identificação e avaliação de trauma

Como identificar o trauma

A influência do trauma no cérebro resulta em alterações nas funções corporais, que podem ser avaliadas rapidamente:

Resposta ao trauma: funções corporais		
FUNÇÃO	CAUSA CENTRAL	SINTOMA(S)
Sono	Estimulação do sistema de activação reticular	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade em adormecer 2. Dificuldade em continuar a dormir 3. Pesadelos
Comida	Inibição do centro de saciedade, ansiedade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentação rápida 2. Falta de saciedade 3. Acumulação de alimentos 4. Perda de apetite
Higiene	Aumento do tónus simpático, aumento das catecolaminas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constipação 2. Encoprese 3. Enurese 4. Regressão de hábitos de higiene

A influência do trauma no cérebro pode resultar em comportamentos passíveis de serem diagnosticados erradamente. Para evitar erros de diagnóstico, deve ser tido em atenção um alto índice de suspeita de trauma:

Resposta ao trauma: comportamento ^{15,16}			
CATEGORIA	MAIS COMUM EM	RESPOSTA	IDENTIFICADO COMO E/OU COMÓRBIDO COM
Dissociação (dopaminérgica)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo feminino • Crianças pequenas • Trauma/dor permanente • Incapacidade de se defender 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de vinculação • Torpor / letargia • Resignação • Fantasia 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão • Perturbação de hiperactividade / défice de atenção (PHDA) • Atrasos de desenvolvimento
Estimulação (adrenérgica)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo masculino • Crianças mais velhas • Testemunhas de violência • Incapacidade de lutar ou fugir 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipervigilância • Agressão • Ansiedade • Respostas exageradas 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbação de hiperactividade / défice de atenção (PHDA) • Transtorno Opositor Desafiador • Transtorno bipolar • Dificuldades a gerir raiva

NOTA: As alterações provocadas pelo trauma nas funções e nos comportamentos corporais podem ser protectoras quando as crianças estão numa situação ameaçadora. No entanto, essas mesmas funções e comportamentos tornam-se inadequados quando as crianças são removidas da situação de stress. Quando as crianças não são lidas à luz do contexto de vivência de experiências passadas de trauma, os seus comportamentos podem ser mal interpretados e considerados patológicos.

A exposição ao trauma afecta áreas do desenvolvimento da criança e pode complicar o desempenho na escola:

- O trauma inibe o desenvolvimento do hipocampo e do córtex pré-frontal no cérebro - áreas responsáveis pela função executiva, composta por:
 - Memória de trabalho;
 - Controlo inibitório;
 - Flexibilidade cognitiva.

- Essas são as capacidades necessárias para aprender, funcionar em ambientes sociais e manter a concentração, permitem-nos ter autocontrolo, concluir tarefas apesar das distrações e manter uma ideia na nossa cabeça à medida que aprendemos a próxima etapa de um processo. Essas capacidades desenvolvem-se através da prática e são fortalecidas pela experiência.

Resposta ao trauma: desenvolvimento e aprendizagem^{15,16}

IDADE	IMPACTO NA MEMÓRIA FUNCIONAL	IMPACTO NO CONTROLO INIBITÓRIO	IMPACTO NA FLEXIBILIDADE COGNITIVA
Creche, pré-escolar	Dificuldade em atingir os marcos do desenvolvimento.	Birras grandes e frequentes. Agressivo com outras crianças. A vinculação pode ser afectada.	Facilmente frustrado.
Idade escolar	Dificuldade na aquisição de conhecimentos na escola. A perda de pormenores na memória pode levar a confabulações, vistas por outros como mentiras.	Com problemas frequentes na escola e com colegas, que interrompe e com quem discute.	Dificuldades organizacionais. Pode parecer ter problemas de aprendizagem, hiperactividade ou défice de atenção.
Adolescente	Dificuldade em acompanhar os estudos à medida que os desafios académicos avançam. Dificuldade em manter o trabalho escolar e a vida doméstica organizados. Confabulação cada vez mais interpretada por outros como questão de integridade.	Acções impulsivas que podem ameaçar a saúde e o bem-estar. Estas acções podem levar ao envolvimento das forças de segurança e a consequências cada vez mais sérias.	Dificuldade em assumir tarefas da idade jovem e adulta que exigem interpretação rápida de informações: por exemplo, conduzir, trabalhar.

Deve partir-se do princípio de que todas as crianças que foram adoptadas ou estiveram em acolhimento sofreram experiências traumáticas.

OPÇÕES DE TRIAGEM

Perguntas abertas: o pediatra pode pedir informações sobre factores de stress tóxico de maneira não ameaçadora, mas informada. As perguntas darão uma resposta a questões de que os membros da família se podem ter esquecido ou não têm a certeza de que o pediatra gostasse de saber:

«Sabe de alguma coisa realmente assustadora ou perturbadora que tenha acontecido (ao seu filho/a) antes ou depois de ter vindo morar consigo?»

«Desde a última vez que viu (o seu filho/a), aconteceu-lhe algo realmente assustador ou perturbador? Ou a alguém da sua família?»

Perguntas direccionadas: Ao tentar identificar violência doméstica, abuso de substâncias, *bullying*, trauma ou abuso infantil, pode ser necessário ser mais directo. Lembre-se de que os pais, o responsável ou a criança se devem sentir seguros para responder à pergunta sem medo de serem agredidos. Usando o que sabemos sobre o efeito das experiências de trauma no corpo e nos comportamentos, o pediatra pode definir as suas preocupações.

«Disse-me que o seu filho/a está a ter alguns problemas de agressividade, comportamento, atenção e sono. Assim como a febre significa que o corpo está a lidar com uma infecção, quando esses comportamentos têm lugar, podem significar que o cérebro e o corpo estão a responder a um stress ou ameaça. Tem alguma preocupação de que o seu filho/a tenha sido exposto a uma ameaça ou esteja a sentir-se stressado?»

«Os comportamentos que descreve e os problemas que a criança está a ter na escola e de aprendizagem são frequentemente sinais de alerta de que o cérebro está a tentar controlar o stress ou aquilo que percepciona como sendo uma ameaça. Às vezes, as crianças respondem dessa maneira se estão a ser magoadas ou se viram outras pessoas de quem gostam ser magoadas. Sabe se o seu filho/a viu ou testemunhou violência na escola, com amigos ou em casa?»

Ferramentas formais de vigilância / triagem: O uso de uma ferramenta formal de triagem é útil se houver suspeita de exposição ao trauma, relatada pelo cuidador ou paciente durante o histórico, ou se os sintomas forem identificados pelo histórico ou pela revisão dos sistemas. A ferramenta pode fornecer ao pediatra dados mais objectivos para partilhar com o psicólogo.

Ferramentas de vigilância / triagem de trauma						
FERRAMENTA	DESCRIÇÃO	NÚMERO DE ITENS E FORMATO	GRUPO ETÁRIO	TEMPO DE ADMIN E PONTUAÇÃO	CONSIDERAÇÕES CULTURAIS	CUSTO E QUEM DESENVOLVE
UCLA PTSD-RI: Índice de Reacção à Perturbação de Stress Pós-Traumático *	Avalia a exposição ao trauma e ao impacto dos acontecimentos	20-22 itens, dependendo de se a versão é para a criança, para os pais ou para jovens	Filho/a e mãe/pai: 7 a 12 anos; jovens com 13+	20 a 30 minutos para administrar; 5-10 min para marcar	Inglês, espanhol	Disponível para membros da International Society for Traumatic Stress Studies
UCLA abreviado PTSD RI	Desencadeia sintomas relacionados com o trauma	9 itens para criança 6 itens para adulto	8-16 anos 3-12 anos	2-5 minutos	Inglês, espanhol	Disponível para membros da International Society for Traumatic Stress Studies
TSC-C	Desencadeia sintomas relacionados com o trauma	TSC-C: 54 itens TSC-YC: 90 itens, relatório do cuidador para crianças pequenas	8-16 anos 3-12 anos	15-20 minutos	Inglês, espanhol	\$172-\$230 por kit

Adaptado com autorização. Triagem de saúde mental e ferramentas de avaliação para cuidados primários. In: www.aap.org/mentalhealth/screeningchart. Revisão em Janeiro de 2012. Acesso em 7 de Novembro de 2012.

* Uma versão curta do UCLA PTSD-RI pode ser encontrada no seguinte artigo:

Cohen JA, Kelleher KJ, Mannarino, AP. Identificação, tratamento e encaminhamento de crianças traumatizadas: o papel dos profissionais de pediatria. *Arch Pediatr Adol Med.* 2008; 162 (5): 447-452. Disponível em <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=379539>

Como responder

Pode ser extremamente desafiante ter um filho/a ou acolher uma criança com experiências passadas de trauma. Compreensivelmente, os cuidadores podem ficar frustrados, irritados e exaustos ao tentarem gerir os comportamentos reactivos das crianças. No entanto, aquilo que oferece à criança a hipótese de se estabilizar e curar são as respostas calmas e consistentes de um cuidador. É importante explicar às famílias que, por mais preocupante que seja o comportamento dos seus filhos/as/crianças acolhidas, este representa uma reacção normal a ameaças não saudáveis que resultaram em estratégias de reacção adaptativas e não adaptativas. Embora os problemas de sono e a agressividade possam ser difíceis de gerir no ambiente familiar onde agora vivem, esses comportamentos podem ter sido protectores numa casa onde os pais bebiam à noite e se tornavam violentos. O pediatra e a família devem explicar à criança que essas respostas e

comportamentos são normais e esperados. O cérebro e o corpo estão a fazer exactamente o que devem para manter a criança, que teve, no passado, experiências traumáticas, em segurança. As respostas da criança indicam que ela está a fazer o melhor que pode com as únicas ferramentas que possui. Com tempo, paciência e prática, o cérebro e o corpo da criança aprenderão maneiras novas e mais adequadas de responder a um ambiente novo e seguro.

Guiões para ajudar as famílias a perceber o trauma e o seu impacto

EXPLICAÇÃO DE QUE A RESPOSTA DO TRAUMA É UMA RESPOSTA ADAPTATIVA A UMA AMEAÇA NÃO SAUDÁVEL	Os sintomas (dificuldade em dormir, agressão, impulsividade, birras, etc.) são a maneira de o corpo se proteger contra as ameaças.
DESCREVER A PATOFISIOLOGIA DA RESPOSTA AO TRAUMA	<p>Os nossos corpos são feitos para nos ajudar a viver no mundo selvagem, onde precisamos de ser capazes de lidar com os perigos como um tigre faminto - foi assim que aprendemos a proteger os nossos corpos.</p> <p>Os nossos corpos e cérebros estão preparados para lutar, correr ou para se esconderem em momentos de ameaça, NÃO para aprenderem ou se lembrarem de factos sobre o acontecimento.</p> <p>Essas respostas foram pensadas para serem fortes, mas para acontecerem em breves explosões. Depois da ameaça, o corpo deve conseguir relaxar.</p>
AJUDE O CUIDADOR A RECONHECER A SENSACÃO DE TRAUMA	<p>Deve-se lembrar os pais e as crianças mais velhas de um momento em que se sentiram ameaçados ou ansiosos (acidente de carro, discussão/luta) e recordar como se sentiam no seu corpo. O coração disparou, os músculos estavam prontos para a acção.</p> <p>Embora se lembrem muito bem dos minutos que antecederam o acidente ou a ameaça, podem ter pouca memória do tempo assustador real.</p>
AJUDE O CUIDADOR A ADAPTAR A SUA EXPERIÊNCIA À SITUAÇÃO DE STRESS TÓXICO	Os pais devem pensar que é como se «o tigre» estivesse em casa. Isso causa uma resposta de luta, ou de fuga, mas que, em vez de durar apenas por um curto período de tempo, permanece.
RESPOSTA DO CÉREBRO	<p>Quando um bebé está a aprender a andar, vai fazendo várias tentativas e um dia consegue andar sem pensar, porque os circuitos cerebrais são muito fortes.</p> <p>A resposta ao trauma é idêntica. Depois de os vínculos cerebrais terem sido estabelecidos e fortalecidos, basta algo pequeno para causar uma resposta forte.</p> <p>As partes do cérebro que respondem ao trauma aumentam e as ligações crescem. As partes do cérebro usadas na aprendizagem e na lógica diminuem.</p>

UMA NOTA SOBRE MEDICAMENTOS:

A medicação usada para tratar problemas severos de comportamento podem ter um lugar no tratamento de crianças que estão a lidar com o trauma. Embora uma discussão completa sobre o modo como se receitam medicamentos esteja além dos objectivos deste panfleto, as famílias geralmente têm dúvidas sobre o uso de medicamentos para ajudar os seus filhos/as ou as crianças que acolhem. **É importante ajudar a criança e a família a compreender que estes medicamentos podem aliviar os sintomas, mas que o verdadeiro trabalho de intervenção é realizado em terapia. Pode-se pensar nesses medicamentos como tendo a mesma função do gesso nas crianças com uma fractura, ou seja, ajudam a estabilizar a criança para que a cura possa ter lugar.** Para obter mais informações sobre medicamentos, visite o site das Iniciativas de Saúde Mental da AAP em www.aap.org/mentalhealth.

ORIENTAÇÃO

As crianças estão a fazer o melhor que sabem. Os pediatras podem ajudar, dando estratégias práticas para que os pais/cuidadores consigam abordar os comportamentos e os desafios da criança vítima de experiências traumáticas.

Orientação específica para o trauma		
O QUE VAI VER	PORQUE ACONTECE	COMO PODE A FAMÍLIA RESPONDER
<p>As crianças vítimas de experiências passadas de trauma responderão a qualquer coisa que considerem uma ameaça mais rapidamente e com maior intensidade do que as outras crianças.</p> <p>As crianças vítimas de experiências traumáticas são mais propensas a interpretar mal pistas faciais e não verbais e vêem ameaças onde elas não existem.</p>	<p>As áreas do cérebro responsáveis por reconhecer e responder a ameaças estão activadas. A isto chama-se atrofia cerebral.</p> <p>O cérebro não reconhece que essa nova situação não contém as mesmas ameaças.</p>	<p>Não leve estes comportamentos a peito.</p> <p>Ajudar a criança a compreender a sua expressão facial ou o tom da sua voz ajudará a diminuir a hipótese de o comportamento da criança escalar em situações que, de outra forma, não pareceriam ameaçadoras.</p>
<p>As crianças vítimas de experiências traumáticas precisam de ser redireccionadas ou o seu comportamento pode começar a escalar.</p>	<p>Responder agressivamente fará com que o cérebro da criança regresse ao modo de ameaça.</p> <p>Os centros lógicos do cérebro desligam-se e são substituídos pela reacção de lutar, fugir ou esconder-se.</p>	<p>Evite gritar e bater.</p> <p>Baixe o tom e a intensidade da sua voz.</p> <p>Desça ao nível dos olhos da criança, segure suavemente na sua mão e use palavras simples e directas. Dê instruções sem usar emoções fortes.</p>
<p>As crianças nem sempre sabem dizer o que estão a sentir. Pode ser-lhes difícil encontrar as palavras adequadas. Frequentemente, não sabem se o que sentem é bom ou mau.</p>	<p>Os centros de emoção e linguagem não estão bem interligados. Os centros de memória para guardar as palavras estão bloqueados.</p>	<p>Diga à criança que é bom sentir o que sente e demonstrar as suas emoções.</p> <p>Dê à criança palavras para nomear as suas emoções.</p>
<p>As crianças vítimas de experiências traumáticas não têm a capacidade de auto-regulação ou de se acalmarem depois de se zangarem.</p>	<p>As crianças tiveram que estar constantemente vigilantes ao perigo. As partes do cérebro que nos mantêm alerta permaneceram activas, mas as partes dos seus cérebros usadas para a auto-regulação e tranquilização não cresceram com a criança.</p>	<p>Desenvolva técnicas para respirar, melhorar a capacidade de relaxar ou mostre exercícios que a criança pode fazer quando fica zangada.</p> <p>Elogie a criança quando consegue exprimir os seus sentimentos ou acalmar-se.</p> <p>Guie a criança no início e depois lembre-a de que pode usar as suas novas estratégias quando começa a ficar zangada.</p>
<p>As crianças vítimas de experiências traumáticas desafiam o cuidador, geralmente de formas que ameaçam a sua permanência em casa.</p>	<p>As crianças chegam à sua nova família com crenças e expectativas negativas sobre si mesmas (não têm valor, não têm poder) e sobre o cuidador (não é confiável, acabará por rejeitá-las).</p> <p>As crianças geralmente reencenam ou recriam velhos relacionamentos com novas pessoas. Fazem isso para obter as mesmas reacções nos cuidadores que viveram com outros adultos, porque levam a reacções familiares.</p> <p>Esses padrões ajudaram a criança a sobreviver no passado, a provar as suas crenças negativas, ajudaram-na a expressar frustração e a dar-lhe um sentido de controlo.</p>	<p>Dê mensagens que indicam que a criança está segura, que é desejada, capaz e que vale a pena, e que você, como cuidador, está disponível, é confiável e receptivo.</p> <p>Elogie até o comportamento neutro.</p> <p>Esteja ciente das suas respostas emocionais ao comportamento da criança.</p> <p>Corrija quando necessário num tom calmo e sem emoção.</p> <p>Repita, repita, repita.</p> <p>Não leve estes comportamentos a peito.</p>

PARA ONDE DIRECCIONAR AS FAMÍLIAS:

As crianças e as famílias que tentam lidar com o trauma na sua vida precisam da ajuda de profissionais de saúde mental treinados para responder ao trauma. Use o formulário deste guia como uma ferramenta de referência para comunicar com especialistas em saúde mental, como um resumo para familiares e como um resumo para o pediatra. O pediatra pode preencher o formulário marcando os resultados da avaliação, explicando quaisquer problemas médicos ou de desenvolvimento, seleccionando recomendações específicas e marcando uma data para uma consulta de acompanhamento. O pediatra pode personalizar o formulário adicionando nomes e números de telefone específicos na área de recomendação e incorporando

recursos locais na caixa de recursos. Este formulário pode ser preenchido electronicamente (www.aap.org/traumaguide), impresso e fornecido à família para que esta se sinta confiante e forneça as informações correctas ao profissional. Quando disponíveis na sua área geográfica, as crianças devem ser encaminhadas para um psicólogo especialista em trauma que utilize terapias específicas, quer estas sejam cognitivo-comportamentais (como TF-CBT) ou didácticas (melhores para crianças pequenas, como CPP ou PCIT). As crianças que sofreram experiências traumáticas mais severas podem beneficiar de tratamentos como o ARC, que visam aumentar os modelos de TCC.

Terapias para a Criança com Experiências Passadas de Trauma

IDADE	TERAPIA	OBJECTIVOS
Criança 0-5 anos	<ul style="list-style-type: none"> • PCIT - Terapia interactiva pais-filho/a • CPP - Psicoterapia dos Pais e Filho/as 	<p>Trabalha com cuidadores e crianças para abordar os comportamentos infantis observados durante a hora de brincar.</p> <p>Uma intervenção diádica que visa o impacto do trauma no relacionamento entre pais e filhos/as e indica aos pais como podem providenciar segurança emocional à criança.</p>
Crianças mais velhas	<ul style="list-style-type: none"> • TF-CBT - terapia comportamental cognitiva focada no trauma (para crianças de 5 anos ou mais) • CBITS - Intervenção Cognitivo-Comportamental para Trauma nas Escolas (para jovens em idade escolar). 	<p>Treina crianças e famílias em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relaxamento; • Capacidades e linguagem para gerir as emoções; • Psicoeducação. <p>A criança é orientada a criar uma narrativa do trauma. A criança desenvolve / escreve uma história sobre o que lhe aconteceu.</p> <p>Quando a criança é capaz de contar ou ler essa história ao seu cuidador, isso indica que o trauma deixou de definir a criança. Apesar de o trauma ser uma história do que lhe aconteceu, perdeu o poder de continuar a prejudicá-la.</p>
Para crianças pequenas e mais velhas com problemas complexos de trauma / vinculação	<ul style="list-style-type: none"> • ARC - Vinculação, auto-regulação e competência 	<p>Apoiar relacionamentos saudáveis entre crianças e os seus sistemas de prestação de cuidados para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dar recursos de apoio e segurança aos membros adultos da família; • desenvolver a capacidade de todos os membros da família gerirem sentimentos, sensações corporais e comportamentos; • melhorar as capacidades de resolução de problemas; • apoiar o desenvolvimento saudável da identidade; • apoiar a criança no processamento / integração de experiências stressantes da vida.

Materiais de consulta

AAP Healthy Foster Care America:
www.aap.org/fostercare

AAP Mental Health Initiatives:
www.aap.org/mentalhealth

AAP Early Brain and Child Development:
www.aap.org/ebcd

AAP Medical Home for Children and Adolescents
Exposed to Violence:
www.aap.org/medhomecev

AAP National Center for Medical Home
Implementation:
www.medicalhomeinfo.org

AAP Web Site for Parents:
www.healthychildren.org

National Child Traumatic Stress Network:
www.nctsn.org

Center on the Developing Child at Harvard University:
www.developingchild.harvard.edu

Child Trauma Academy:
www.childtrauma.org

SAMHSA National Center for Trauma-Informed Care:
www.samhsa.gov/nctic

The Adolescent Brain: New Research and its
Implications for Young People Transiting From
Foster Care (Jim Casey Youth Opportunities Initiative)
www.jimcaseyyouth.org/filedownload/639

Responding to Childhood Trauma: The Promise
and Practice of Trauma Informed Care (Gordon R.
Hodas, MD, Pennsylvania Office of Mental Health and
Substance Abuse Services)
[www.dpw.state.pa.us/ucmprd/groups/public/
documents/manual/s_001585.pdf](http://www.dpw.state.pa.us/ucmprd/groups/public/documents/manual/s_001585.pdf)

A Message From A Child Formerly in Foster Care:
www.aap.org/fostercare/MIA

Agradecimentos

Um agradecimento especial aos membros da American Academy of Pediatrics (AAP) que dedicaram o seu tempo e perícia ao desenvolvimento deste guia: *Heather Forkey, MD, FAAP Andy Garner, MD, PhD, FAAP Lisa Nalven, MD, MA, FAAP Samantha Schilling, MD, John Stirling, MD, FAAP.*

Uma versão online deste guia encontra-se em:
www.aap.org/traumaguide

1 Salisbury AL, Ponder KL, Padbury JF, Lester BM. Fetal effects of psychoactive drugs. *Clin Perinatol.* 2009;36(3):595-619. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2767264/pdf/nihms149863.pdf Accessed November 16, 2012.

2 Jee SH, Szilagyi M, Ovenshire C, et al. Improved detection of developmental delays among young children in foster care. *Pediatrics.* 2010;125(2):282-289.

3 Greeson JK, Briggs EC, Kisiel CL, et al. Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare.* 2011;90(6):91-108.

4 Salazar AM, Keller TE, Gowen LK, Courtney ME. Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care [published online ahead of print August 17, 2012]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* doi:10.1007/s00127-012-0563-0.

5 Franey K, Geffner R, Falconer R, eds. *The Cost of Child Maltreatment: Who Pays? We All Do.* San Diego, CA: Family Violence & Sexual Assault Institute; 2001.

6 Binder EB. The role of FKBP5, a co-chaperone of the glucocorticoid receptor in the pathogenesis and therapy of affective and anxiety disorders. *Psychoneuroendocrinology.* 2009;34(suppl 1):S186-S195.

7 Amstadter AB, Koenen KC, Ruggiero KJ, et al. Variation in RGS2 is associated with suicidal ideation in an epidemiological study of adults exposed to the 2004 Florida hurricanes. *Arch Suicide Res.* 2009;13(4):349-357. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760049/pdf/nihms127420.pdf Accessed November 16, 2012.

8 McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci.* 2009;12(3):342-348. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2944040/pdf/nihms233892.pdf Accessed November 16, 2012.

9 Weinstock M. Sex-dependent changes induced by prenatal stress in cortical and hippocampal morphology and behaviour in rats: an update. *Stress.* 2011;14(6):604-613.

10 Mehta MA, Golembi NI, Nosarti C, et al. Amygdala, hippocampal and corpus callosum size following severe early institutional deprivation: the English and Romanian Adoptees study pilot. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50(8):943-951.

11 Shonkoff JP, Garner AS; and American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics.*

2012;129(1):e232-e246. <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/e232.full> Accessed November 16, 2012.

12 Hibbard R, Barlow J, Macmillan H; and American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Child Maltreatment and Violence Committee. Psychological maltreatment. *Pediatrics*. 2012;130(2):372-378. <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/2/372.full> Accessed November 16, 2012.

13 US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. Child Maltreatment 2011. Children's Bureau Web site. www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/child-maltreatment-2011 Published December 2012. Accessed January 29, 2013.

14 Felitti V, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-258.

15 Perry BD. Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: clinical applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *J Loss Trauma*. 2009;14(4):240-255. www.childtrauma.org/images/stories/Articles/traumaloss_bdp_final_7_09.pdf Accessed November 16, 2012.

16 Perry BD, Pollard RA, Blakely TL, Baker WL, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: how "states" become "traits". *Infant Mental Health J*. 1995;16(4):271-291. www.childtrauma.org/images/stories/Articles/state_trait_95.pdf Accessed November 16, 2012.