

As experiências adversas na infância e sua relação com o desenvolvimento biopsicossocial da criança/adolescente – uma revisão bibliográfica

Adverse childhood experiences and their relation to child/adolescent biopsychosocial development - a literature review

 <https://doi.org/10.56238/sevedi76016v22023-019>

Scheila Santos de Carvalho

Mestranda em Intervenção Psicológica no Desenvolvimento e na Educação, pela Universidad Europea del Atlantico

1 INTRODUÇÃO

A partir da atuação profissional enquanto assistente social do Judiciário, junto às famílias na Vara da Infância e Vara de Família, observou-se crianças e adolescentes em vivência de sofrimento com suas famílias de origem ou na experiência de rompimento de vínculos familiares nas instituições de acolhimento, que apresentavam comprometimento no seu desenvolvimento biopsicossocial integral.

Para além do que lhes era consciente, manifestavam alterações nos seus comportamentos, que tendiam para autodestrutivos e/ou confrontadores, nas suas emoções, nas suas autoavaliações/autoimagem, e na vivência da sexualidade.

Diante dessa constatação, surgiu o questionamento: qual a relação entre a vivência de experiências adversas na infância e o desenvolvimento integral e saudável de uma criança e/ou adolescente? Dedicou-se, então, ao estudo das repercussões das experiências adversas na infância e a relação delas com o desenvolvimento integral e saudável de uma criança ou adolescente.

Dedicou-se, então, ao estudo conceitual das experiências adversas na infância – EAI [Adverse Experiences in Childhood-ACE, termo cunhado por Felitti et al. (1998)], das repercussões e a relação delas com o desenvolvimento integral e saudável de uma criança ou adolescente, ou seja, as implicações do ambiente interrelacional da criança e seu desenvolvimento biopsicossocial integral, o que será tratado nesse artigo. É consenso na literatura consultada que a vivência de eventos traumáticos nos primeiros anos de vida, com atenção especial ao contexto familiar, pode impactar negativamente o desenvolvimento infantojuvenil em seu funcionamento emocional, comportamental, cognitivo, social e físico.

Entretanto, os estudos pesquisados também apontaram que a resposta aos estímulos negativos, traumáticos, apresentava variações significativas de uma criança/adolescente para outra, o que estava relacionado, pela perspectiva da teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, com a interação das

influências individuais biopsicossociais, familiares e sociais mais amplas (Brás & Ribeiro, p.1). Segundo os estudos pesquisados, a resposta individual à determinada situação adversa dependerá da correlação desses fatores, motivo pelo qual o mesmo evento pode ter efeito traumático para um indivíduo e não para o outro.

Segundo MacMillan (2011), em *Enciclopédia Sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância (ESDPI)*, “maus tratos na infância são um importante problema de saúde pública que afeta tanto as crianças quanto a sociedade como um todo” (pp. 5), sendo as famílias o contexto principal de aprendizado de comportamentos sociais, para as crianças.

Portanto, vivenciar experiências de maus tratos na infância, segundo Pollak, (2004; In MacMillan, 2011), está relacionado com problemas na regulação da emoção e do estresse, como depressão, ansiedade, uso abusivo de drogas, mas também, envolvimento com a criminalidade, problemas de saúde na vida adulta relacionados com as causas mais frequentes de morte, além de outras formas de comportamento emocional mal-regulado. E assim, nessa revisão bibliográfica, será tratado como as experiências adversas na infância impactam negativamente o desenvolvimento biopsicossocial infantojuvenil integral.

AS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA E SUA RELAÇÃO COM O DESENVOLVIMENTO BIOPSISSOCIAL DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Diversas áreas do saber, entre elas, a Neurociência, a Biologia Molecular, a Psicologia do Desenvolvimento e as Ciências Sociais e Comportamentais, têm se dedicado a estudar as implicações do ambiente interrelacional da criança, com destaque ao contexto familiar, em seu processo de desenvolvimento integral saudável, envolvendo aspectos biopsicossociais (Alarcão, 2002; Correia, 2018; Costa & Duarte, 2000; Favero & Góis, 2014; MacMillan, 2011; Maia e Williams, 2005; Papaia & Feldman, 2013; Penso & Costa, 2008; Perry et al., 1995; entre outros).

Em especial, destaca-se, para este trabalho de pesquisa, a Epigenética e a Psicologia do Desenvolvimento, ampliando as descobertas relativas à neuroplasticidade cerebral, “capacidade do sistema nervoso modificar sua estrutura e função em decorrência dos padrões de experiência” (Haase & Lacerda, 2004, p.1), e períodos de maior vulnerabilidade na formação do nosso cérebro, constatando que até as estruturas físicas do cérebro humano podem ser modificadas pelas experiências vividas (positivas ou negativas), em especial na infância.

Nesse sentido, a exposição a eventos traumáticos e/ou experiências adversas nos primeiros anos de vida, impacta o desenvolvimento infanto-juvenil em seu funcionamento emocional, comportamental, cognitivo, social e físico.

Segundo MacMillan (2011), em *Enciclopédia Sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [ESDPI]*,

Maus tratos na infância são um importante problema de saúde pública que afeta tanto as crianças quanto a sociedade como um todo ... e podem ser agrupados em quatro categorias principais: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional (incluindo a exposição à violência doméstica) e negligência. As famílias são contexto principal no qual as crianças aprendem que tipos de comportamentos sociais devem esperar dos outros. Assim como, interpretar e enviar sinais emocionais para os outros. Em famílias que praticam o abuso, as crianças estão expostas a formas desajustadas de comunicação e de comportamento emocional e recebem modelos deficientes de autorregulação adaptativa. (pp. 5,17)

Os estudos analisados nesta pesquisa consideraram o indivíduo na perspectiva metodológica da Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, que tem no psicólogo russo Urie Bronfenbrenner um dos seus maiores expoentes. Nela, o desenvolvimento humano é produto das variáveis genéticas do indivíduo e sua interação com o meio ambiente, em níveis de sistemas nos quais está inserido.

Segundo este modelo, a realidade familiar, social, econômica e cultural funcionam como um todo, que se articulam de uma forma dinâmica entre si, ou seja, é a maneira como cada ser humano vai sendo moldado pelas diferentes interações que estas realidades têm sobre ele (Brás & Ribeiro, p.1).

Como acima destacado, a família se constitui no principal ambiente de aprendizagem na infância, motivo pelo qual as experiências nesse contexto assumem extrema relevância para a temática em questão.

1.1 CARACTERIZANDO AS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA - EAI

Experiências adversas na infância (EAI), ou Adverse Childhood Experiences, (ACE), é o termo desenvolvido pelos pesquisadores Vincent Felitti, Robert Anda e seus colegas do Centers for Disease Control and Prevention- CDC Kaiser Permanente, em seu estudo seminal realizado de 1995 a 1997, envolvendo, inicialmente, 13.494 adultos, da Kaiser Permanente's San Diego Health Appraisal Clinic, na Califórnia-EUA, referindo-se a um subconjunto de experiências potencialmente traumáticas que ocorrem antes dos dezoito anos de idade.

No presente trabalho, será utilizado o termo Experiências Adversas na Infância – EAI referindo-se ao conceito original Adverses Childhood Experiences – ACE (utilizado em Felitti et al, 1998; Anda et al., 2006; Perry et al, 1995; Van der Kolk, 2014; entre outros), por ser o mais comum nos textos estudados traduzidos para o português.

Os pesquisadores do estudo, do Centro de Controle de Doenças Kaiser (CDC-Kaiser) (Felitti et al, 1998), observaram, na primeira fase ou onda, a correlação entre 7 (sete) categorias de adversidades na infância, ocorridas entre os primeiros dezoito anos de vida - abuso (emocional, físico e sexual), e desafios domésticos (ter uma mãe que foi tratada com violência; morar com alguém que era doente mental; morar com alguém que abusou de álcool ou drogas; e encarceramento de um membro da família), com os 10 (dez) fatores de risco para as principais causas de morte na vida adulta, nos Estados Unidos. Estatisticamente, são eles: tabagismo, obesidade, inatividade física, humor depressivo, tentativas de suicídio, alcoolismo, uso abusivo de drogas ilegais, uso de drogas injetáveis, sexo inseguro com muitos parceiros e histórico de

doenças sexualmente transmissíveis. Posteriormente, o CDC-Kaiser, incluiu nas pesquisas as categorias de adversidades da infância relacionadas à negligência (física e emocional) e separação/divórcio dos pais.

O CDC-Kaiser mantém coleta de dados contínua, com informações sociodemográficas, cujos dados alimentam um Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamental (BRFSS), compartilhado entre muitos Estados norte-americanos, a fim de balizar ações e políticas públicas preventivas.

Desde a publicação do referido estudo seminal, o termo ACE/EAI passou a ser adotado para descrever várias listas de adversidades, envolvendo as três categorias: abuso, negligência e desafios domésticos (incluindo “violência de parceiros íntimos” junto à categoria de “separação/divórcio dos pais”). Alguns estudos acrescentaram experiências de desvantagem social, como por exemplo, dificuldades econômicas, falta de moradia, violência na comunidade, discriminação, bullying, desastres naturais, experiências de refugiados ou de guerra e testemunhar ou vivenciar atos de terrorismo.

As principais descobertas do estudo sobre ACE/EAI do grupo de pesquisadores (Felitti et al., 1998) revelaram, em primeiro lugar, a expressiva abrangência das EAI: quase dois terços dos participantes/entrevistados relataram terem vivenciado pelo menos uma, e mais de um para cada cinco relataram três ou mais EAI; com a ressalva de que algumas populações são mais vulneráveis às EAI, devido às condições socioeconômicas de sobrevivência (envolvendo as condições de moradia, trabalho, lazer, educação).

Descobriram também uma “forte relação dose-resposta entre o número de exposições na infância e cada um dos dez fatores de risco para as principais causas de morte em adultos” (Felitti et al., 1998, p. 250, tradução nossa), ou seja, elas possuem forte e cumulativo impacto. Para pessoas que experimentaram quatro ou mais EAI, alguns dados que mais se destacaram, referentes à vida adulta, foram: 12,2 vezes mais propensão ao suicídio; 10,3 vezes, para uso de drogas injetáveis; 7,4 vezes mais probabilidade para desenvolver alcoolismo; 4,6 vezes para depressão; 3,9 para bronquite crônica ou DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica); 2,2 mais probabilidade para doença isquêmica cardíaca; 1,9 para câncer e 1,6, para diabetes; quando comparados com pacientes com escore zero para EAI (Felitti et al. 1998). Depreendeu-se, portanto, que essas experiências adversas na infância podem resultar em impactos de longo prazo, possivelmente permanentes, na saúde física e mental delas.

Os impactos duradouros observados a partir desse estudo abrangiam as categorias: saúde mental (depressão, ansiedade, suicídio, transtorno de estresse pós-traumático - TEPT); lesões (trauma cerebral, lesões, fraturas, queimaduras); saúde materna (gravidez involuntária, complicações na gravidez, morte fetal); doenças infecciosas (HIV, doenças sexualmente transmissíveis - DST's); doenças crônicas (câncer, diabetes); comportamentos de risco (abuso de álcool e drogas, sexo inseguro); oportunidades de vida comprometidas (educação, ocupação/trabalho, renda).

Os resultados apresentados no Estudo da CDC-Kaiser encontram consonância com diversas pesquisas internacionais posteriores, numericamente destacadas as norte-americanas, (Bick & Nelson,

2016; Gaskill & Perry, 2012; Kendall-Tackett, 2012; MacMillan, 2011; Nelson III, 2014; Perry et al., 1995; Perry, 2005; Schaefer et al., 2016; Van der Kolk, 2014; entre outros), cuja alta prevalência de experiências adversas na infância na população tem sido correlacionada com maior propensão a comportamentos de risco e impactos nas condições de saúde, oportunidades para a vida e consequente menor produtividade econômica na vida adulta, assim como quanto mais prolongado o tempo de exposição, maiores as desordens neuropsíquicas e efeitos deletérios perpetrados:

Entre os eventos estressantes concomitantes estão o abuso físico e emocional; história psiquiátrica dos pais; história parental de envolvimento legal; acolhimento; doença mental de um dos pais; discórdia conjugal parental; história familiar de violência; e uso de álcool e drogas na família. Evidências de pesquisas em neurobiologia e epidemiologia sugerem que essas experiências adversas no início da vida causam mudanças de longo prazo em experiências de vários sistemas cerebrais. Pior, as frequências crescentes de experiências adversas na infância na vida de uma criança estão altamente correlacionadas com a disfunção cerebral duradoura e também estão ligadas a efeitos danosos na saúde e na qualidade de vida. (Anda et al., 2006; citado por Gaskill & Perry, 2012, p. 29, tradução nossa.)

Vivenciar experiências de maus tratos na infância, segundo Nelson III (2014) e Pollak, (2004; citado por MacMillan, 2011), está relacionado com problemas na regulação da emoção e do estresse, como depressão, ansiedade, uso abusivo de drogas, mas também, envolvimento com a criminalidade e situações de violência, problemas de saúde na vida adulta associados às causas mais frequentes de morte, além de outras formas de comportamento emocional mal-regulado.

Entre os elementos estressores do ambiente familiar propulsores de experiências adversas na infância, destacam-se também os conflitos violentos intrafamiliares, responsáveis por acentuado nível de desorganização na criança, segundo Kitzmann (2007; citado por MacMillan, 2011) semelhantes à vivência de abuso físico diretos contra ela (p.73). A autora também relata a existência de evidências crescentes da correlação entre exposição à violência doméstica e desenvolvimento de problemas psicossociais e acadêmicos.

Nesse sentido, Silva (2016) destaca os estudos acerca da Teoria do Aprendizado Social para explicar a possibilidade de transmissão intergeracional de comportamentos violentos e reprodução do ciclo de violência em crianças expostas à violência intrafamiliar, através da aprendizagem por observação/imitação/modelagem dos padrões de comportamentos de seus cuidadores/pais. Dessa forma, se a criança é exposta a contexto familiar com violência doméstica, elas tendem a perceber a agressão como uma forma apropriada de manejar o estresse, resolver conflitos ou obter controle; e, por conseguinte, podem ser privadas da oportunidade de aprender nessas relações sociais primárias métodos positivos de resolução de conflitos, baseados na comunicação efetiva, negociação, argumentação verbal, escuta ativa e táticas de autocontrole.

Segundo a autora, a “criança que cresce numa família que enfrenta o estresse e a frustração com raiva e agressividade apresenta um risco maior para exibir o mesmo comportamento, ao qual foi exposto direta ou indiretamente, quando se tornar adulto” (Mihalic & Elliott, 1997; citado por Silva, 2016, p. 58).

Um estudo publicado pelo The National Academies Press, o “New Directions in Child Abuse and Neglect Research”, dedicou um capítulo às “Consequências do Abuso e Negligência Infantil” (Nelson III, 2014), resultado de uma série de pesquisas voltadas ao tema, sob coordenação do Committee on Child Maltreatment Research, Policy and Practice for the Next Decade. Nessas pesquisas, em congruência com as postulações acima, restou comprovado, segundo o autor, que as referidas consequências não ficam circunscritas ao presente da criança e sua faixa etária, mas em:

...risco maior para uma série de consequências problemáticas no desenvolvimento, saúde e saúde mental, incluindo problemas de aprendizagem (por exemplo, problemas com a falta de atenção e deficiências nas funções executivas), problemas relacionados com os colegas (por exemplo, a rejeição pelos pares), sintomas de internalização (por exemplo, depressão, ansiedade), sintomas de externalização (por exemplo, transtorno desafiador opositivo, transtorno de conduta, agressão) e transtorno de estresse pós-traumático -TEPT. (p.3)

No âmbito das repercussões possíveis correlacionadas a essas vivências, está o desenvolvimento de Transtorno Pós-Traumático ou TEPT, caracterizado por um conjunto de sintomas após um evento traumático que, segundo a American Psychiatric Association-APA (2014, citado por Schaefer et al., 2016), são agrupados em: (a) evitação e entorpecimento, (b) excitabilidade aumentada, (c) revivência, (d) alterações no humor, (e) alterações em cognições (p.113). Com o incremento do TEPT, acentuam-se as consequências deletérias das experiências vividas devido ao desencadeamento de disfunções biopsicológicas que, entre elas, Kendall-Tackett (2012) destaca, singularmente, síndromes de dor crônica (fibromialgia e síndrome do intestino irritável, são as mais frequentes em casos de abuso), síndrome de fadiga crônica e sensibilidade química múltipla. Schaefer et al. (2016), destacam que os efeitos do TEPT também podem “promover ou inibir a maturação funcional de estruturas neurais responsáveis pelo processamento cognitivo, bem como circuitos neurobiológicos envolvidos na resposta endócrina e imune ao estresse” (p.113).

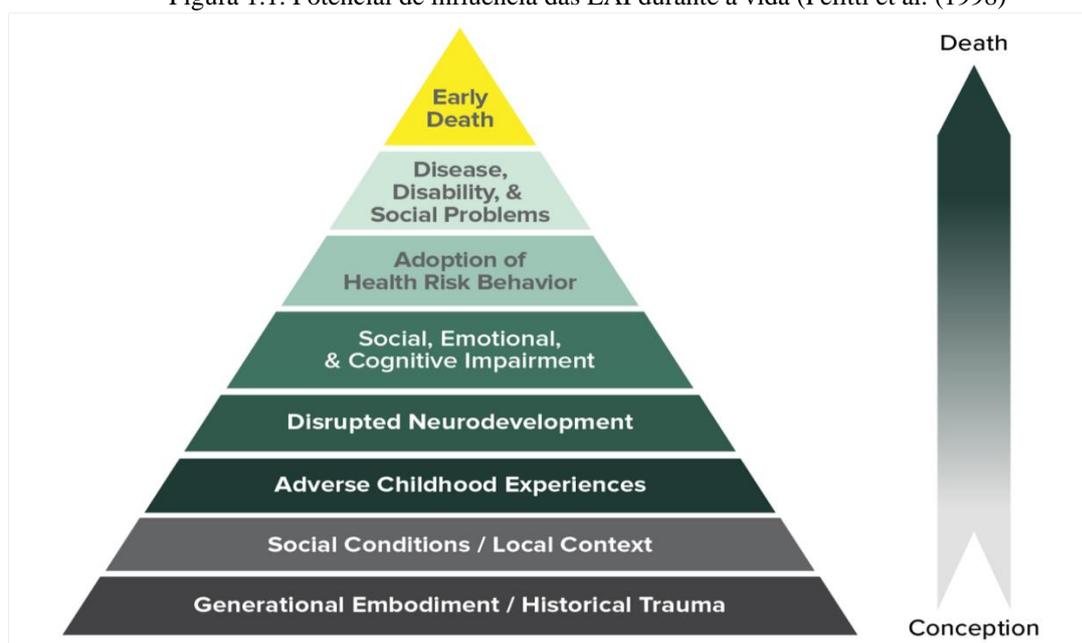
Segundo indicaram os resultados do estudo “Adverse Childhood Experiences – ACE”, termo traduzido pelo autor (Nelson III, 2014) como Experiências Adversas na Infância, há maior risco também para “doença hepática, câncer de pulmão e doença isquêmica do coração entre adultos que relatam várias experiências adversas na infância” (Brown e outros, 2010; Dong e outros, 2003; Dong e outros, 2004; citados por Nelson III, 2014, p. 35).

Também foram apontados por Nelson III (2014) estudos que sugeriram correlação entre a vivência de estresse tóxico, definido como o estresse prolongado, ininterrupto ou repetitivo, que ocorre nos casos de maus tratos, abusos ou negligências (NCPI, 2016), afetando a regulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), e a ocorrência de encurtamento dos “telômeros”, que são as extremidades de proteção dos cromossomos, no DNA. Essas estruturas diminuem todas as vezes que as células se dividem, fenômeno comumente relacionado com o envelhecimento, mas também com o estresse (Nelson III, 2014; Papaia &

Feldman, 2013). Estudos apontados por Nelson III (2014) indicaram que crianças expostas a negligência e as institucionalizadas apresentaram telômeros mais curtos.

Na pesquisa realizada sobre EAI (ACE), Felitti et al. (1998) descreveram como as experiências adversas na infância podem influenciar a saúde e o bem-estar durante toda a vida útil do indivíduo, o que restou denominado “Pirâmide ACE”, apresentado na Figura 1.1.. Observou-se a inter-relação de fatores desde a concepção, com as condições pessoais e individuais conjugadas a possível histórico familiar de traumas, que em determinadas condições sociais do contexto local da criança, esta pode vir a ser exposta a experiências adversas em sua infância, que podem comprometer seu neurodesenvolvimento, que por sua vez podem incorrer em deficiências sociais, emocionais e cognitivas, assim como adoção de comportamentos de risco à saúde no decorrer da sua vida útil, resultando, em problemas de saúde, sociais e até deficiências permanentes, que podem, ainda, levar o indivíduo adulto à morte precoce (Felitti et al. 1998).

Figura 1.1. Potencial de influência das EAI durante a vida (Felitti et al. (1998)



Nota. Mecanismo pelo qual as EAI influenciam a saúde e bem-estar através da vida útil do indivíduo. Adaptado de Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, de Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P. & Marks J.S., 1998, American Journal of Preventive Medicine, 14(4), pp. 245-258. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8. PMID: 9635069

Os resultados evidenciados pelos grupos de pesquisadores, da influência do ambiente na determinação das condições de desenvolvimento do indivíduo, encontram fundamentação teórica, conforme Costa (2018) na perspectiva dos “processos epigenéticos”. Costa (2018) explica que “o termo epigenética refere-se à alteração na expressão gênica sem modificar a sequência no DNA, isto é, pela ativação (expressão) ou inibição (silenciamento) da expressão de um gene” (p. 56), decorrente da interação de nossa natureza genética com fatores ambientais externos. Assim, através das modificações na expressão

gênica, os estímulos externos do ambiente (ou ausência deles) podem modelar o comportamento, preferências e habilidades.

Segundo estudos experimentais com ratos, de Roth et al. (2009; citado por Alves, 2020), constatou-se que, através da epigenética, também pode ocorrer a transferência transgeracional de comportamentos ansiosos e depressivos, podendo afetar, inclusive, as próximas gerações com os efeitos positivos ou deletérios das experiências.

Bick e Nelson (2016), Costa (2018), Gaskill e Perry (2012), MacMillan (2011), Papaia e Feldman (2013), Perry et al. (1995), Shonkoff (2011), entre outros, comungam com Costa (2018) ao considerarem que o desenvolvimento do cérebro ocorre pela interação das características genéticas individuais com as experiências de vida, e dele dependerá tudo o que nos tornaremos. A essa “capacidade do sistema nervoso de se modificar em resposta a flutuações da atividade neural (por estímulos internos e/ou externos)”, Costa (2018; fundamentado em Arnsten, Paspalas, Gamo, Yang, & Wang, 2010; DeFina et al., 2009; Francis & Song, 2011; Hallett, 2005; J Stiles, 2000; Joan Stiles & Jernigan, 2010) denomina “plasticidade ou neuroplasticidade”. Papaia e Feldman (2013) acrescentam que a aprendizagem é possibilitada por essa capacidade cerebral.

Destaca-se que decorrente dessa neuroplasticidade, o cérebro humano pode ser afetado/modelado positiva ou negativamente, a depender da qualidade de experiências sensoriais, ou pela ausência delas, em especial na primeira infância, período que vai desde o nascimento até os seis anos de idade. Estudos (Bick & Nelson, 2016; Carlos, 2018; Gaskill & Perry, 2012; MacMillan, 2011; NCPI, 2016; Nelson III, 2014; Papaia & Feldman, 2013; Perry et al., 1995; Perry, 2005, Shonkoff, 2011 e 2012) apontam esta faixa etária como sendo um período sensível para o desenvolvimento de diversas habilidades devido à elevada plasticidade cerebral característica dessa fase (especialmente os primeiros vinte e quatro meses), em maior nível que qualquer outra da vida. Nela, o cérebro está mais sensível aos estímulos e experiências, quando são desenvolvidas as habilidades fundamentais para o desenvolvimento de outras mais complexas nas fases seguintes, como por exemplo, as funções executivas, atribuídas à região cortical, cuja funcionalidade total é alcançada na puberdade.

1.2 MECANISMO DE ATIVAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO

Como apresentado, à luz das constatações de Felitti et al. (1998), outros estudos foram sendo desenvolvidos e suas descobertas têm constituído um campo científico sólido de evidências que explicam o impacto deletério das EAI sobre a saúde de suas vítimas, com repercussões imediatas, mas também a médio e longo prazo. Esses estudos abrangem os possíveis efeitos de abusos e negligências no contexto do desenvolvimento do cérebro da criança sobre as estruturas cerebrais em formação, contribuindo para ajudar a explicar o aparecimento de determinadas consequências negativas.

Gaskill e Perry (2012) descrevem o processo de desenvolvimento do cérebro humano, a partir da vida uterina, dividindo-o em três regiões, cada qual responsável por um conjunto de funções, que são desenvolvidas progressiva e hierarquicamente, tornando suas funções a cada etapa mais sofisticadas e eficientes. A primeira, regiões cerebrais inferiores, formada pelo tronco cerebral e diencefalo, inicia seu desenvolvimento no útero materno e alcança funcionalidade antes da pré-escola, responsável pelas funções ligadas à sobrevivência, pois controlam funções básicas de suporte de vida: respiração, frequência cardíaca, sangue, pressão, entre outras. As regiões cerebrais mais altas, responsáveis pelas funções complexas, cuja funcionalidade completa é alcançada na puberdade, abrangem as regiões límbicas, com destaque à amígdala, que exercem a função de regulação emocional, apego e regulação do afeto; e as regiões corticais, que mediam as funções complexas do pensamento e cognição abstratas e linguagem complexa (Gaskill & Perry, 2012; Papaia & Feldman, 2013; Perry et al. 1995).

“Em última análise, é o cérebro humano que processa e internaliza experiências traumáticas (e terapêuticas). É o cérebro que medeia todo o funcionamento emocional, cognitivo, comportamental, social e fisiológico” (Perry et al, 1995, p. 273, tradução nossa)

1.2.1 Na ativação de resposta à ameaça

Gaskill e Perry (2012) definem o sistema de processamento neural das informações sensoriais como sequencial, iniciando no tronco cerebral e no diencefalo (“regiões inferiores”), passando pelo sistema límbico, até as regiões corticais, responsáveis pela última etapa de integração e processamento. Porém, cada nível atua com base em padrões previamente armazenados, com base nos quais, interpreta e emite resposta.

Perry e Pollard (1998, citados por Gaskill & Perry, 2012) descrevem esse sistema de processamento neural, partindo da ativação do sistema nervoso periférico ao receber o estímulo(s) sensorial(is) do ambiente interno (glicemia, pressão arterial, níveis de dióxido de carbono-CO²) ou externo (pelos cinco sentidos), o(s) qual(is) é(são) conduzido(s) até a medula espinhal. Em seguida, alcançam as regiões cerebrais inferiores regulatórias e motoras do tronco cerebral e diencefalo, cuja atividade neural se estabelece com base em impulsos separados e pré-conscientes, ou seja, estão indisponíveis à consciência, nesse estágio.

Mesmo nesse nível sensorial, o trabalho de classificação, integração, interpretação e resposta é iniciado, antes de alcançar os níveis superiores cerebrais, responsáveis pela interpretação da experiência. “Apenas informações novas, significativas ou ameaçadoras são passadas para níveis cerebrais mais altos para maior atenção” (Van der Kolk, 1994, citado por Gaskill & Perry, 2012, tradução nossa), ou seja, a maioria desses processamentos sensoriais ocorrem fora do estágio de consciência, apenas interpretando os estímulos, a partir de padrões de ativação anteriores armazenados, e iniciando uma resposta.

Assim, se um estímulo for associado com sinais previamente identificados como ameaça, mesmo que seja ameaça potencial, uma resposta de alarme é iniciada nos níveis mais primitivos do cérebro (inferior e médio), ativando automaticamente o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), que estimulam secreções

hormonais, preparando o corpo para “luta ou fuga”. Nesse estágio, as funções superiores do córtex são “desligadas”, e a resposta imediata à ameaça segue coordenada pelas funções subcorticais. Perry (2006; citado por Gaskill & Perry, 2012) denomina essas associações como “memória de estado”, uma associação que ocorre no plano ilógico, inconsciente, antes do processamento e interpretação completas pelo córtex.

Experiências adversas com potencialidade traumática, segundo os estudos consultados (Bick & Nelson, 2016; Gaskill & Perry, 2012; Perry et al., 1995; Shonkoff, 2011) ativam regiões cerebrais que desencadeiam emoções intensas, mobilizam acentuadamente o sistema nervoso simpático, para uma resposta adrenérgica de luta ou fuga, e, conseqüentemente, diminuem a ativação de todas as funções não críticas, “envolvidas na integração da entrada sensorial, atenção, memória, consolidação da memória, modulação da excitação fisiológica e a capacidade para se comunicar com palavras” (Van der Kolk, 1994; citado por Gaskill & Perry, 2012, p.30, tradução nossa).

Van der Kolk (2006; citado por Gaskill & Perry, 2012) afirma que quase dois terços das crianças que sofrem trauma apresentam sintomas de atividade adrenérgica aumentada. Entre os sintomas relatados das respostas fisiológicas envolvidas estão: aumento da frequência cardíaca, pressão arterial, respiração, liberação de açúcar armazenado, aumento do tônus muscular, glândulas sudoríparas estimuladas, inibição de processos gastrointestinais, ansiedade ou sensação de hipervigilância, (Gaskill & Perry, 2012; Perry et al., 1995). “Finalmente, respostas tão intensas às experiências estressantes diminuem a capacidade da criança de organizar um comportamento de reação modulado e estar engajada no presente” (Hooper et al., 2006; Perry, 2008; Van der Kolk, 2006; citados por Gaskill & Perry, 2012, p.30, tradução nossa).

Além da ativação do sistema nervoso simpático, em se materializando a ameaça, dispara-se uma resposta completa envolvendo um conjunto complexo de processos interativos, que incluem a ativação do sistema nervoso autônomo periférico controlado centralmente, o sistema imunológico, o eixo hipotálamo-hipofisário, com uma liberação periférica concomitante de hormônio adrenocorticotrófico e cortisol, e outros sistemas neurais de resposta ao estresse no cérebro, como o locus coeruleus (LC), que é o principal mediador do sistema “luta ou fuga” à ameaça (Perry et al., 1995).

O núcleo tegmental ventral (VTN) também desempenha um papel na regulação dos núcleos simpáticos na ponte/medula, a resposta de hiperexcitação “sensibilizada”. Se uma criança confrontada com uma ameaça responde com uma resposta de hiperexcitação, haverá um aumento dramático na atividade de LC e VTN. Essa liberação aumentada de norepinefrina regula a resposta total do corpo à ameaça. (Perry et al., 1995, p. 77, tradução nossa).

Com a ativação frequente ou contínua desse “sistema de alarme”, Nelson III (2014) aponta os sistemas neurobiológicos essenciais cuja atividade sofre alteração em consequência de exposição a experiências adversas no início da vida:

... o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) do sistema de resposta ao estresse; a amígdala, envolvida no processamento da emoção e no controle emocional; o hipocampo, envolvido na aprendizagem e memória; o corpo caloso, envolvido na integração de funções entre os hemisférios; e o córtex pré-frontal, envolvido em funções cognitivas de ordem superior (p.9).

Como visto, as atividades cerebrais reagem aos estímulos que são identificados a partir de experiências anteriores, cuja repetição vai modificando as conexões neuronais o que se entende como “atividade ou processo dependente de uso”, através do qual é criado o aprendizado e memórias (Perry & Hambrick, 2008; citado por Gaskill & Perry, 2012; Shonkoff, 2011 e 2012). Em casos de exposição repetida a experiências adversas e traumáticas, esse sistema será reativado a cada lembrete do evento, de forma autônoma e em níveis progressivos de sensibilização, seja através de uma simples lembrança do evento, sonho, ou algum estímulo que remeta a criança ao ocorrido. Assim, apesar de não estar mais em situação de ameaça ou do trauma original, o sistema de resposta e reação ao estresse do cérebro da criança é repetidamente ativado.

Essa ativação dependente do uso dessas áreas leva à sensibilização, e a sensibilização dos sistemas de catecolaminas (LC/VTN-amigdalóide) leva a uma cascata de alterações funcionais associadas em funções relacionadas ao cérebro... As regiões do cérebro envolvidas na resposta de hiperexcitação induzida por ameaças desempenham um papel crítico na regulação da excitação, vigilância, afeto, irritabilidade, locomoção, atenção, resposta ao estresse, sono e resposta de sobressalto... Como as áreas cerebrais envolvidas na resposta aguda ao estresse também mediam uma variedade de outras funções, a sensibilização desses sistemas pela repetição repetitiva de um evento traumático leva à desregulação dessas funções (Perry et al., 1995, pp. 277, 278, tradução e grifos nossos).

Dessa forma, a criança, que foi exposta a situações traumáticas, poderá apresentar alterações comportamentais (hiperatividade motora, ansiedade, impulsividade comportamental, problemas de sono), anormalidades neuroendócrinas, e, a longo prazo, problemas emocionais, comportamentais, cognitivos e alteração no próprio sistema de resposta ao medo, tornando-se “hiperreativas e excessivamente sensíveis” (Perry et al., 1995, p. 278, tradução nossa), pois a criança se mantém em um “estado de medo persistente (que agora é um ‘traço’). Além disso, isso significa que a criança passará muito facilmente de uma ansiedade leve para uma sensação de ameaça ou de terror” (Ibidem, p. 278).

Esses achados corroboram com os estudos apresentados por Nelson III (2014), os quais apontam que essas “dificuldades comportamentais e emocionais são consistentes com os efeitos sobre a amígdala”, manifestando “problemas de internalização, grande ansiedade e reação emocional, e déficits no processamento emocional” (p.20).

Em relação ao hipocampo, que desempenha importante papel no aprendizado, memória e regulação do sistema de resposta ao estresse, devido à ação dos hormônios do estresse (como o cortisol) repetidamente liberados pelo eixo HPA, nas situações de abuso na infância, os estudos apresentados por Nelson III (2014) mostraram diminuição do volume dessa estrutura, quando na fase adulta, associada aos efeitos dessas experiências, em especial ao TEPT. Essa diminuição, sugere o autor, pode prejudicar seu papel como regulador do sistema de resposta ao estresse, bem como em seu papel na elaboração da memória.

Outra possível consequência, nesses estudos, associada a altos níveis de cortisol, liberado nas respostas ao estresse pelo eixo HPA, é a possibilidade de encurtamento dos telômeros (nas extremidades dos cromossomos do DNA). Quando encurtam demais, as células ficam velhas (“senescentes”) ou passam

a apresentar problemas no seu funcionamento. Nessa mesma direção, estudo recente da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, constatou a ocorrência de encurtamento dos telômeros, inferido por Nelson III (2014), em mulheres adultas e adolescentes da cidade de São Paulo (Brasil), que foram vítimas de estupro, ocasionado por processo inflamatório leve e duradouro decorrente do desenvolvimento de quadros de TEPT, posterior à violência sexual sofrida (Zorzetto, 2022).

Nelson III (2014) apresenta ainda trabalhos apontando alterações funcionais no córtex pré-frontal e regiões do cérebro associadas, decorrentes de alterações na regulação do controle inibitório, derivadas de experiências de abuso e negligência na fase infantil.

Infelizmente, a sintomatologia decorrente das vivências traumáticas (ansiedade, depressão e impulsividade comportamental) encontram similaridade com outros transtornos e psicopatologias, como apontado por Perry (2003) e Van del Kolk, (2014). Os autores destacam a relevância de que seja considerada possível vivência progressiva de situações traumáticas e as alterações centrais que se refletiram, durante a avaliação diagnóstica por profissionais da saúde, como medida preventiva de diagnósticos equivocados, a exemplo de casos relatados sobre TDAH (transtorno do déficit de atenção e hiperatividade), transtorno de ansiedade, transtorno de conduta, transtorno depressivo e outros similares do DSM IV. O mesmo em relação a problemas de saúde na fase adulta, cuja origem pode resguardar relação com vivências traumáticas progressivas na infância e que tendem a não ser consideradas (Harris, 2014).

Perry et al. (1995), confirma essa hipótese de que crianças que passaram por experiências traumáticas podem ter seu comportamento ou sintoma confundido com psicopatologias diversas, ao explicar que

... diante da ameaça persistente e, dependendo da idade da criança e da natureza da ameaça, a criança se moverá ao longo do continuum de hiperexcitação (a versão infantil de "lutar ou fugir") ou no continuum dissociativo. Uma primeira reação diante da ameaça contínua pode ser congelar. ... As crianças que foram traumatizadas e desenvolveram uma hiperexcitação "sensibilizada" ou um padrão dissociativo "sensibilizado" costumam usar esse mecanismo de congelamento quando se sentem ansiosas. Isso é muitas vezes rotulado de comportamento desafiador de oposição (p. 279, tradução nossa).

Continuum dissociativo ou dissociação, segundo o autor, é “simplesmente se desvincular dos estímulos do mundo externo e atender a um mundo ‘interno’. Sonhar acordado, fantasia, despersonalização, desrealização e estados de fuga são exemplos de dissociação” (Perry et al., 2015, p. 280, tradução nossa). Quando essas crianças, que desenvolveram o padrão dissociativo como resposta ao estresse, se encontram em situação de profunda ansiedade, devido a algum estímulo evocativo inconsciente, Perry et al. (1995) afirmam que elas “tendem a se sentir um pouco fora de controle e irão congelar cognitivamente (e muitas vezes fisicamente)” (p. 280, tradução nossa), devido a se sentirem ameaçadas e/ou aterrorizadas, sendo equivocadamente interpretado pelos adultos.

1.2.2 Nas privações sensoriais

Enquanto a exposição a situações de abusos (emocional físico, sexual) ativa a resposta do cérebro à “ameaça”, considerando que a arquitetura de desenvolvimento neural de uma criança ainda está incompleta e que seu cérebro é muito mais sensível e maleável para experiências que de um adulto, a vivência de privação de experiências críticas, em situações de negligência física e emocional, é apontada por estudiosos com potencial ainda mais prejudicial para a organização cerebral:

A privação de experiências críticas durante o desenvolvimento pode ser a área mais destrutiva e menos compreendida dos maus-tratos infantis. Ao contrário dos ossos quebrados, o desenvolvimento final irreversível das áreas cerebrais mediadoras da empatia resultante da negligência emocional na infância não é facilmente observável (Perry et al., 1995, p. 276, tradução nossa).

Nos períodos sensíveis e críticos do desenvolvimento, em que diferentes áreas do sistema nervoso central estão se organizando, a deficiência de estimulação para os sistemas neurais pode resultar em impossibilidade de formação ou destruição de neurônios, que podem se tornar permanentes (Gaskill & Perry, 2012; Papaia & Feldman, 2013; Shonkoff, 2011), resultando em um cérebro mal desenvolvido (com déficits no neurodesenvolvimento) e com funcionamento desorganizado, em que a criança poderá manifestar menor capacidade intelectual, verbal ou emocional de responder às experiências.

Nesse período, reforça Perry et al (1995), extremos de privação sensorial, como por exemplo a carência de experiências de apego (positivas) no início da vida, podem resultar em impactos no neurodesenvolvimento dependente de uso, causando “desorganização e função comprometida em funções mediadas pelo cérebro, como humor, empatia, apego e regulação de afeto” (p. 276, tradução nossa).

Dada a sua relevância, importa conceitualizar o termo “apego” utilizado. Segundo J. Bowlby (1989) criador da Teoria do Apego (TA), o “comportamento de apego” é um mecanismo básico dos seres humanos considerado como um sistema de controle homeostático inserido em outros sistemas de controle comportamentais, estabelecido com uma figura de cuidador primário, os pais, com a função biológica de proteção. A partir da qualidade da interação entre o cuidador-criança, será construído um vínculo afetivo, no qual interagem as capacidades cognitivas e emocionais da criança, a consistência dos procedimentos de cuidado, a sensibilidade e responsividade dos cuidadores. São mais propensos a desenvolver um padrão de “apego seguro” [nomenclatura desenvolvida posteriormente por Ainsworth (Mendes & Rocha, 2016)], crianças cujos cuidadores são sensíveis às suas necessidades e consistentemente responsivos às suas sugestões.

Nelson III (2014), ao relatar consequências psicossociais e comportamentais decorrentes das EAI, além das descritas por Perry et al. (1995), ressalta a correlação entre desenvolvimento de um “padrão inseguro” ou “desorganizado” de apego (Casullo & Fernández Liporace, 2004; Mendes & Rocha, 2016) e a vivência de abuso e negligência, especialmente quando na primeira infância. Situação essa que, segundo estudos apresentados pelo autor, podem inibir a capacidade de a criança pequena formar laços seletivos e

de confiança em relação aos pais/cuidadores, incidindo em transtornos do apego infantil distintos, incluídos na classificação do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição - DSM-V: transtorno de apego reativo e transtorno de relacionamento social desinibido (American Psychiatric Association, 2013; citado por Nelson III, 2014). Nos estudos de Zeanah et al. (2004; citado por Nelson III, 2014) foi relatada a incidência de 38-40% de transtornos de apego em 94 (noventa e quatro) dos bebês em situação de acolhimento institucional, cuja ocorrência de abusos e negligências fora comprovada, motivando a intervenção protetiva.

Segundo Nelson III (2014), Papaia e Feldman (2013), Perry (2008; citado por Gaskill & Perry, 2012), e Shonkoff (2011), do ponto de vista neurobiológico, as experiências adversas e traumáticas na infância, prolongadas e em excesso, alteram o padrão de funcionamento e regulação de diversos sistemas corporais, podendo resultar em novos padrões cerebrais disfuncionais, influenciando e comprometendo funções de áreas cerebrais mais altas, e, posteriormente, psicopatologias. Pontua ainda que, devido à especial condição de desenvolvimento da criança, as experiências tornam-se a “arquitetura neural” do cérebro infantil, que, quanto mais nova, mais vulnerável ao trauma.

A Dr^a Harris (2014), médica pediatra responsável pelo Office Of Child Abuse Prevention-OCAP (Escritório de Prevenção ao Abuso Infantil), braço do Departamento de Serviços Sociais da Califórnia, com destacada trajetória de liderança no reconhecimento do impacto significativo das EAI no desenvolvimento, saúde e trajetória de vida de uma criança, resume:

Agora, entendemos melhor do que jamais pudemos antes, como a exposição à adversidade precoce afeta os cérebros e corpos de crianças em desenvolvimento. Ela afeta áreas como o núcleo accumbens, o centro de prazer e recompensa do cérebro que está envolvido na dependência de substâncias. Ela inibe o córtex pré-frontal, o qual é necessário para o controle de impulsos e para funções executivas como julgamento, e é também uma área crítica para o aprendizado. E em exames de ressonância magnética, vemos diferenças mensuráveis na amígdala, centro de resposta de medo do cérebro. Portanto, há razões neurológicas reais do porquê as pessoas expostas a altas doses de adversidade são mais propensas a se envolver em comportamentos de alto risco, e isso é importante saber. ... As crianças são especialmente sensíveis a essa ativação repetida do stress, porque seus cérebros e corpos estão apenas se desenvolvendo. Altas doses de adversidade não só afetam a estrutura e função do cérebro, que por sua vez, afeta o sistema imunológico em desenvolvimento, o que acaba complicando o desenvolvimento dos sistemas hormonais e até mesmo a maneira como o DNA é lido e transcrito.

Ou seja, os efeitos deletérios das situações traumáticas vivenciadas, ao afetarem o modo “como o DNA é lido e transcrito”, através dos processos epigenéticos, poderão resultar em transmissão de problemas de saúde entre gerações (Shonkoff, 2012).

Quase a totalidade dos estudos pesquisados ou contextualizam a experiência adversa sofrida na infância ao ambiente familiar, ou a consideram indistintamente, sem especificá-lo. Bick e Nelson (2016) por sua vez, estabeleceram distinção entre resultados obtidos em contextos familiares e os obtidos com crianças na vivência de acolhimento institucional, como medida protetiva aplicada mediante alguma

violação de direito pertinente à retirada do contexto adverso familiar (não consta informação do motivo da aplicação da medida).

Os autores apontam similaridade entre as alterações no neurodesenvolvimento apresentadas entre crianças expostas a circunstâncias de privação psicossocial na vivência de acolhimento institucional e crianças expostas a maus tratos nos contextos familiares, ambas relacionadas com a possibilidade de ocasionarem dificuldades emocionais e cognitivas. Citando os trabalhos de Zeanah et al. (2003; citado por Bick & Nelson, 2016) acerca do estudo randomizado realizado com crianças institucionalizadas e colocadas em lares adotivos de Bucareste, Romênia, os autores inferem que os efeitos deletérios apontados foram constatados em histórias de institucionalização mais prolongada.

Nessa mesma direção, Nelson III (2014) cita estudos retrospectivos/transversais de Sheridan e outros (2012), que acompanharam crianças entre 8 e 11 anos de idade e constataram “um volume total menor de massa branca e cinzenta e um volume menor de corpo caloso posterior entre crianças que estiveram em instituições [de acolhimento], em comparação com crianças que nunca passaram por instituições” (p. 18), atribuindo as alterações estruturais do corpo caloso ao abuso e negligência sofridos.

Nelson III (2014) ressalta que o corpo caloso exerce a função de comunicação entre os dois hemisférios do cérebro, e, sendo assim, essas alterações relatadas podem estar “associadas a um funcionamento cognitivo menos eficiente entre crianças” que sofreram EAI (p.18). Esse déficit foi constatado em estudos que submeteram crianças institucionalizadas a exames dos padrões de atividade elétrica cerebral (EEG), os quais evidenciaram grandes reduções na atividade cerebral, sugerindo que “formas extremas de negligência estão associadas a um atraso no amadurecimento ou a um déficit no desenvolvimento cortical” (p.20), o que aumenta o “risco de problemas na regulação da atenção e de TDAH, baixo QI e pior desempenho escolar” (p.32).

Bick e Nelson (2016), Gaskill & Perry (2012), Nelson III (2014) e Perry et al (1995) ressaltam a heterogeneidade nos resultados das alterações no neurodesenvolvimento apontadas em seus trabalhos, independente do ambiente estudado, que, segundo eles, pode ser resultado da correlação de um conjunto de fatores: sexo da criança; a idade de início; gravidade, cronicidade e duração da exposição aos maus tratos; ou do acolhimento institucional quando da remoção do cenário adverso; e se a referida exposição ocorreu em período do desenvolvimento mais sensível ou não. Além da correlação de fatores individuais e ambientais, que podem contribuir como protetivos ou agravantes do risco, os quais serão abordados no próximo capítulo.

A despeito das consequências de EAI observadas e a amplificação científica desse campo de estudos, internacionalmente, os estudos de Bick e Nelson (2016) e Nelson III (2014) fazem referência a aspectos que carecem, na perspectiva deles, de aprofundamento em estudos mais abrangentes e longitudinais: os chamados "efeitos adormecidos". Segundo os autores, dizem respeito aos resultados de uma experiência precoce que podem se manifestar apenas em fase posterior do desenvolvimento, ou seus

efeitos interagirem com estressores prolongados acumulados por todo o processo de desenvolvimento de um indivíduo.

1.3 CENÁRIO BRASILEIRO

Evidenciado o cenário de valorização da temática em nível internacional, como alguns dos estudos expostos neste trabalho, em contraponto, em termos nacionais, observa-se carência de pesquisas voltadas à realidade brasileira (Stochero et al., 2021; Ximenes, 2021). A maior parte das produções encontradas, apesar de focar aspectos da violência contra a criança e o adolescente, não estabelecem correlação entre a exposição a experiências adversas na infância e os problemas de saúde e comportamentos de risco nas fases posteriores.

Os estudos pesquisados concentram-se, em sua maioria, no âmbito das repercussões na saúde mental e no possível desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático – TEPT. Portanto, concorda-se com Ximenes (2021) sobre a relevância em se promover pesquisas que ampliem nosso conhecimento a respeito das EAI presentes em nosso contexto cultural, social e econômico, assim como a necessidade de se abordar a relação existente entre essas EAI e problemas de saúde na vida adulta, em produções científicas brasileiras, a fim de fundamentar intervenções efetivas e protetivas para esta temática.

Dentre os estudos brasileiros pertinentes à temática, foram encontradas pesquisas envolvendo (1) a relação entre ocorrência de EAI e comportamentos de risco, como de uso abusivo de substâncias psicotrópicas: álcool, tabaco e drogas ilícitas (Gonçalves et al. (2016); (2) EAI e efeitos deletérios na saúde psíquica de jovens e adultos (incluindo a correlação com tentativas de suicídio) com representação demográfica de distintas regiões do país: (2.1) Waikamp & Barcellos Serralta (2018), realizado com pacientes adultos de psicoterapia psicanalítica, de uma capital do sul do Brasil, (2.2) Ximenes (2021), envolvendo jovens adultos do norte do Ceará, na região nordeste, e (2.3) Coêlho et al. (2016), abordando a população geral da Região Metropolitana de São Paulo-SP, no sudeste; também (3) os efeitos deletérios na saúde psíquica de crianças expostas à violência intrafamiliar (Silva, 2016), realizado com pares de mães-filhos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de um Distrito, na região nordeste do país; além de (4) estimativa da prevalência e coocorrência de EAI relacionada a aspectos sociodemográficos realizado com adolescentes de escolas públicas e privadas da Região Administrativa do Rio de Janeiro-RJ, sudeste do país (Stochero et al., 2021).

Todas elas apresentaram dados compatíveis com os achados nas pesquisas internacionais e atual discussão do campo científico, confirmando a hipótese do impacto deletério das EAI sobre a saúde física e mental dos indivíduos, imediata e a médio e longo prazo, correlacionando-o com ampla variedade de sintomas psicopatológicos, frequentemente associados a comportamentos de risco e comorbidades, como condensado na sequência.

Gonçalves et al. (2016), realizaram estudo com 4230 adolescentes da cidade de Pelotas-RS, no sul do país. Quase 30% dos adolescentes tinham pelo menos uma EAI, e 10,2% referiram duas ou mais EAI. As EAI avaliadas foram abuso físico, abuso sexual, negligência física, negligência emocional e violência doméstica, sendo negligência emocional a mais relatada (20,2%), seguida por violência doméstica (10,4%) e abuso físico (7,1%). A hipótese da relação dose resposta foi confirmada nesse estudo, entre o escore de EAI e quase todos os tipos de substância, particularmente drogas ilícitas. Os resultados desse estudo sugerem associação positiva entre múltiplas EAI e uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas entre adolescentes de 15 anos.

Visando contribuir para o aprofundamento da temática, Ximenes (2021) desenvolveu sua pesquisa pelo programa de Mestrado da Universidade Federal do Ceará, em Sobral-CE (Brasil). Sua dissertação integra-se à pesquisa “An Internacional Study of Pro/Antisocial Behavior in Young Adults: Cross-Cultural Research” (Basto-Pereira, Queiroz-Garcia, Maciel, Leal, & Gouveia-Pereira, 2019), vinculada no Brasil ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, sob título: “Estudo Internacional sobre Comportamentos Pró/antissociais no início da idade adulta (SOCIALDEVIANCE1820) – Brasil 2018”. O objetivo principal do referido estudo foi investigar e aprofundar o entendimento do efeito de experiências adversas na infância e adolescência nos comportamentos e atitudes pró/antissociais.

Os resultados encontrados na revisão de literatura de Ximenes (2021) confirmaram a hipótese de incremento na predição de ocorrência de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse em indivíduos que foram expostos às EAI, apontando para um efeito negativo das diversas formas de EAI sobre os sintomas depressivos, ansiosos e de estresse na fase adulta.

Entre as EAI correlacionadas, a negligência emocional e o abuso emocional ocuparam a centralidade nas relações de probabilidade entre essas variáveis [em 46% dos estudos pesquisados, entre eles, o de Waikamp & Barcellos Serralta (2018)], enquanto que em 23% dos estudos, houve a incidência da associação de abuso físico e sexual com os transtornos depressivos, ansiosos e de estresse e, em 30,8%, correlacionaram todas as formas de EAI, confirmando a hipótese de que todas elas possuem efeito deletério, cumulativo e crônico, sobre a saúde mental do indivíduo adulto.

Waikamp & Barcellos Serralta (2018), realizaram pesquisa com 201 pacientes (69,2% do sexo feminino e 30,8%, do sexo masculino) do banco de dados do estudo maior ao qual se vincula, com idade média de 32 anos e diferentes níveis de escolaridade, todos pacientes de psicoterapia psicanalítica, de uma capital do sul do Brasil. O referido estudo de origem buscou examinar a relação entre as vivências traumáticas e o padrão de apego na infância com as disfunções da personalidade na vida adulta, bem como investigar o efeito destas variáveis no processo e nos resultados de psicoterapia psicanalítica.

Aproximados 95% dos participantes relataram pelo menos uma EAI, sendo abuso emocional e negligência emocional as prevalentes, relatadas por 88% dos pacientes, enquanto abuso físico, negligência física e abuso sexual, respectivamente por 77,8%, 65% e 46% desses.

Os resultados encontrados pelos pesquisadores confirmaram a relação positiva e significativa entre as diferentes EAI e uma ampla variedade de sintomas psicopatológicos, sendo obsessões-compulsões e depressão os mais destacados; e que todas as formas de EAI vivenciadas (negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, negligência física e abuso sexual) influenciaram significativamente o nível de seu sofrimento psicológico no presente.

Na mesma direção de Van del Kolk, (2014) e Perry (2003), Waikamp & Barcellos Serralta (2018) sugerem, com base nos achados de seus estudos no sul do Brasil, a necessidade de os profissionais de saúde mental se atentarem para a investigação da vida pregressa dos seus pacientes e para a identificação de possíveis EAI que podem estar relacionadas ao sofrimento psicológico presente, com vistas ao estabelecimento de um diagnóstico assertivo.

Dos 5.037 indivíduos maiores de dezoito anos avaliados por Coêlho et al. (2016), da população geral de uma região metropolitana do sudeste do país, com objetivo de identificar possível correlação entre EAI e tentativas de suicídio, 53,6% experimentaram adversidades pelo menos uma vez durante a infância ou adolescência. As adversidades infantis mais comuns foram morte de pai (16,1%) e abuso físico na infância (16,0%). A comorbidade também foi comum e 48,4% dos entrevistados experimentaram duas ou mais adversidades.

Entre os indivíduos que relataram tentativas de suicídio, a ocorrência de EAI foi maior (em torno de 80%), embora não foi encontrada consistência da correlação entre a maioria das EAI e a tentativa de suicídio. Entre as adversidades na infância pesquisadas, o abuso físico emergiu como a adversidade infantil mais consistentemente associada às tentativas de suicídio e ideação suicida.

Os achados dessa pesquisa também confirmaram a hipótese de correlação dose-resposta entre o número de adversidades infantis e tentativas de suicídio ao longo da vida na amostra total para duas ou três EAI, assim como, no geral, a relação de frequência-gravidade evidenciadas no comportamento suicida e cognições.

O objetivo do estudo de Silva (2016), realizado com 614 pares de mães-filhos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de um distrito, na região nordeste do país, foi investigar as consequências da exposição da criança à violência contra a mãe cometida por parceiro íntimo - VPI, para o seu desenvolvimento psicossocial. Na pesquisa, foi utilizada a perspectiva de Holden (2003; citado por Silva, 2016), que defende a consideração da VPI como maus-tratos psicológicos.

Entre as mulheres participantes, 52,0%; referiram algum tipo de violência (psicológica, física ou sexual) em algum período (durante a gravidez, no pós-parto ou nos últimos 7 anos - do momento da pesquisa). Violência durante a gravidez foi referida por 28,0% das mulheres e dessas, 55% relataram continuidade da violência nos últimos sete anos.

Foram avaliados dez tipos de exposição da criança à VPI, sendo que 60,6% delas foram expostas a algum tipo. Entre as consequências para o desenvolvimento psicossocial dessas vítimas, os resultados

apontaram para uma incidência de 46,7% de problemas de comportamento e 15,3% de depressão nas crianças. Os achados desse estudo também corroboraram com a hipótese de correlação dose-resposta entre a probabilidade significativamente maior em apresentar sintomas e problemas psicossociais e a vivência de múltiplos tipos de exposição à VPI.

A autora sugere correlações entre teorias consagradas nas ciências sociais e psicológicas: do apego, do trauma e do aprendizado social, e as implicações constatadas; as considerações tecidas pela autora foram compatíveis com os estudos apresentados na primeira parte deste capítulo.

Stochero et al. (2021), por sua vez, realizaram pesquisa com 681 indivíduos. Teve como objetivos: estimar a prevalência de EAI, investigar o seu perfil de coocorrência e sua distribuição de acordo com características individuais, familiares, socioeconômicas e escolares de adolescentes de escolas públicas e privadas de uma Região Administrativa do Rio de Janeiro. Dos participantes, 70% foram expostos a pelo menos uma EAI, 35% duas ou três e 9%, quatro ou mais EAI.

Dos dez tipos de EAI pesquisadas, os resultados indicaram que as mais comuns foram abuso e negligência emocionais e dissolução da família biparental, sendo que cerca de 20% vivenciou abuso e negligência e 9% a coocorrência de abuso, negligência e ausência de pelo menos um genitor durante a infância.

Destacaram a necessidade de que as políticas voltadas à prevenção e ao acolhimento de vítimas sejam abrangentes e multissetoriais, dada a alta prevalência e perfil de ocorrências encontrados, apesar de restar evidenciado, para os pesquisadores, que as meninas, os filhos de mães adolescentes, os que não moravam com ambos os pais, os de escola pública e os de baixa renda compõem os subgrupos mais vulneráveis.

Analisando os elementos encontrados nos estudos nacionais referenciados, foram encontradas variações significativas na prevalência de ocorrência de EAI entre as pesquisas, decorrentes das distintas regiões, populações, períodos e procedimentos metodológicos abrangidos. Contudo, resguardam similaridade com a relevância apontada nos estudos internacionais previamente discutidos neste trabalho, pois atingem parcela significativa da população, conferindo-lhe status de importante problema de saúde pública também na circunscrição nacional.

Em contrapartida, um estudo recente merece destaque em sua singularidade no âmbito nacional: o da Universidade Federal de São Paulo-Unifesp (Zorzetto, 2022), acerca do sofrimento psíquico e o processo inflamatório deste derivado, inferindo sua relação com o aceleração do envelhecimento (pelo desgaste dos telômeros), em decorrência do estresse causado pelo trauma sexual sofrido.

Participaram do referido estudo 86 mulheres adultas e 31 adolescentes, vítimas de estupro, da cidade de São Paulo (Brasil), que desenvolveram TEPT posterior à violência sexual, sendo que apenas 58 completaram a maioria dos exames, propiciando a avaliação dos dados obtidos. Segundo o artigo,

aproximadamente metade das mulheres e adolescentes acometidas por esse tipo de violência (sexual), com ou sem penetração, desenvolve TEPT.

Os pesquisadores desse estudo, do ambulatório do Programa de Pesquisa e Atenção à Violência e ao Estresse Pós-traumático (Prove) da Unifesp, coordenados pelo criador do grupo, o psiquiatra Marcelo Feijó de Mello, têm investigado as transformações psíquicas e fisiológicas relacionadas ao TEPT. Foi possível identificar, segundo os pesquisadores, que o TEPT desenvolvido nesses tipos de trauma apresenta características diferentes das constatadas quando gerado por outros motivos.

Entre as diferenças, está um quadro de depressão em 96,5% das mulheres, o qual não seria uma comorbidade, mas parte desse tipo específico de TEPT; uma alteração no padrão de dois hormônios associados ao estresse: o adrenocorticotrófico (ACTH), e o cortisol, resultando na liberação prolongada de substâncias inflamatórias no organismo; e o desenvolvimento de uma inflamação leve e duradoura (persistindo após um ano dos exames iniciais), com potencial de acelerar o envelhecimento do organismo, constatado a partir do encurtamento dos telômeros, que é relacionado com o envelhecimento das células. Esse encurtamento foi mais significativo entre as mulheres com um sintoma específico do TEPT, a revivência. A revivência é caracterizada pela lembrança espontânea do evento que gerou o trauma e pesadelos frequentes com o ocorrido (Zorzetto, 2022).

As participantes do estudo também apresentaram maior dificuldade de compreensão, raciocínio e atenção em comparação com mulheres e adolescentes que não sofreram trauma sexual. E 72% de vinte e nove mulheres analisadas, apresentaram sintomas compatíveis com o acionamento da amígdala em situações de medo extremo: a “imobilidade tônica”, que paralisa os músculos diante da ameaça, impossibilitando de gritar ou fugir. Devido a essa reação de defesa, profissionais de segurança e serviços de saúde não especializados têm incorrido em interpretações equivocadas das vítimas, segundo o estudo, causando incremento no sofrimento delas.

Esses achados corroboram com a hipótese de que a vivência de trauma sexual, tem probabilidade significativa de gerar um efeito de longo prazo, possivelmente permanente, na saúde física e mental das vítimas. Além da necessidade de que os profissionais dos serviços de atendimento de saúde e segurança recebam capacitação adequada para casos desse tipo, a fim de que as vítimas não sofram mais uma violência, a institucional.

A partir da escassez de estudos mencionada, percebe-se, amplo nicho de pesquisa a ser explorado. Contudo, os fundamentos do ordenamento jurídico brasileiro acerca dos direitos da criança e do adolescente, expresso na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal 8069/1990, por exemplo, coadunam com os pressupostos evidenciados no arcabouço teórico das pesquisas internacionais. Semelhante a esses, as referidas leis consideram a vulnerabilidade específica desse grupo etário, a exemplo da doutrina de proteção integral à criança e ao adolescente, da qual decorre o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.

1.3.1. Estatísticas nacionais

Mediante os resultados trazidos pelas pesquisas, em que restou identificado o impacto danoso que as EAI podem provocar a médio e longo prazo na vida de suas vítimas, assim como Ximenes (2021), destaca-se que o entendimento de tais relações e o conhecimento de como estes eventos se apresentam no Brasil, torna-se essencial. Importante destacar ainda que os indicadores acerca das EAI apresentam variação conforme os diferentes contextos e culturas, sofrendo a influência de fatores de gênero (prevalência de EAI no sexo feminino), faixa etária (encontrada correlação entre faixa etária e tipo de maus tratos: os menores, estão mais propensos a sofrer abuso físico, enquanto os maiores e adolescentes, abuso sexual), sociodemográficos e padrões sociais, como desemprego, renda, escolaridade e estilos parentais (Ximenes, 2021).

Nesse sentido, a despeito da escassez de estudos, dados do levantamento realizado em parceria entre o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), sobre a violência contra crianças e adolescentes no Brasil, apontam a amplitude da abrangência das EAI, também em nível nacional.

O referido levantamento, “Panorama da Violência Letal e Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Brasil” (UNICEF & FBSP, 2021), traz uma análise dos dados de violência letal e sexual contra crianças e adolescentes de até 19 anos no Brasil, a partir das informações dos registros de ocorrências (BO) das polícias e de autoridades de segurança pública das vinte e sete unidades da Federação, entre 2016 a 2020. Devido à inconsistência nos dados de 2016, a análise sobre violência sexual reportou-se ao período entre 2017 e 2020.

Esse estudo revela que 34.918 crianças e adolescentes, de 0 a 19 anos, foram mortos de forma violenta no Brasil entre 2016 e 2020, uma média de 7 mil por ano. Além disso, 179.277 sofreram violência sexual entre 2017 e 2020, uma média de 45 mil por ano. É importante destacar que são registros subestimados, dada a subnotificação inerente aos registros de crimes sexuais, em especial no período entre março e maio de 2020, que coincidiu com a fase mais forte das medidas de isolamento social no Brasil, por conta da COVID 19.

Analisando os dados de crimes sexuais, 81% dos casos (145.086) ocorreram com crianças e adolescentes até 14 anos; sendo 62 mil (um terço do total) envolvendo crianças até 10 anos e 74 mil, a faixa etária entre 10 e 14 anos. A idade de maior prevalência nos abusos foi 13 anos, e o sexo, feminino, com incremento na adolescência: de zero a 9 anos, 77% das vítimas eram meninas, enquanto de 10 a 19 anos, elas representavam 91% dos casos registrados. Os abusos sexuais contra meninos concentraram-se especialmente entre 3 e 9 anos. Dentre os autores dos crimes, 86% deles eram conhecidos das vítimas.

Outra pesquisa relevante para a clarificação da gravidade do nível de exposição às EAI no Brasil, é o balanço realizado pela Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (ONDH/MMFDH), acerca das denúncias de violações de direitos humanos contra

crianças e adolescentes recebidas. Em 2021, receberam 308.694 denúncias de violações de direitos, sendo 100.974 dessas denúncias, envolvendo crianças e adolescentes, das quais, 18.681 delas reportavam violência sexual (18,6%) (Brasil, 2022b). Dados comparativamente superiores e crescentes, em relação aos de 2019.

No Relatório de 2019 da ONDH/MMFDH (Brasil, 2020), foram reportadas 159.063 denúncias, sendo 55% delas (86.837) relativas à violação de direitos de crianças e adolescentes, das quais 11% (17.029) envolviam violência sexual. Nesse levantamento, outras violações compuseram a apresentação publicada, onde percentualmente, das principais violações sofridas por crianças e adolescentes, destacou-se a negligência, com 38%, seguida da violência psicológica e física, com 23% e 21%, respectivamente. Além dos 11% de violência sexual, foram elencados 3% de violência institucional e 3% de exploração do trabalho infantil.

Em ambos, ratifica-se a prevalência da ocorrência das EAI, a partir das denúncias realizadas, envolvendo vítimas do sexo feminino, ocorridas no ambiente domiciliar, cujos agressores eram os cuidadores primários (pais ou padrastos, na maioria).

Do panorama apresentado, evidencia-se que as crianças e adolescentes brasileiros têm sido expostos repetidamente às EAI, configurando a relevância do aprofundamento do estudo nacional da temática, como tem sido considerado na literatura científica global.

Diante disso, importa considerar as principais doenças e causas de morte no Brasil, baseado no levantamento do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde brasileiro), o “Saúde Brasil 2020/2021” (Brasil, 2021).

O referido levantamento (Brasil, 2021) analisa as causas de mortalidade nacional, relativa a doenças e agravos não transmissíveis (Dant). As Dant compõem-se de: Doenças Crônicas não transmissíveis (cujas doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus compreendem os quatro grupos principais) e Causas Externas (violências e acidentes).

Em 2018, no Brasil, as Dants foram a maior causa de morte (exceto para crianças de 0 a 5 anos), envolvendo 83% dos casos; 71% deles correspondente às DCNT's (doenças crônicas não transmissíveis), sendo 55% dessas mortes, relacionadas aos quatro grupos de doenças principais acima; e 11% tiveram como causa violências e acidentes. As DCNT's foram reportadas como maior causa de morte precoce em indivíduos com idade entre 50 e 69 anos, alcançando 65% das mortes registradas nessa faixa etária.

Na categoria “violências”, inclui-se mortes por suicídio, que, em 2018, alcançaram a taxa de 12.741 casos por 100 mil habitantes, sendo 10.006 por 100mil para homens e 2.730 por 100mil para mulheres. O levantamento destaca a ascendência dos casos relacionados ao suicídio desde 2000, em especial entre 2014-2018.

Acerca do suicídio, destaca ainda que se trata de um fenômeno complexo e multifatorial, contudo, foi estimado a incidência de transtornos mentais antes do óbito em 90% dos suicidas, estando a depressão presente em mais da metade desses casos; além da correlação das EAI enquanto fator de risco para o suicídio, devido ao impacto causado nas características emotivas e comportamentais do indivíduo. Dados apontados por Ximenes (2021) clarificam a preocupante situação nacional: o Brasil liderou o ranking latino-americano de perturbações mentais e a quinta posição mundial, em 2017, com destaque às perturbações de ansiedade e as perturbações de humor (OMS, 2016; citado por Ximenes, 2021).

Essas estatísticas corroboram com os estudos da World Health Organization, no Global Burden Disease (Brasil, 2021), acerca de 2019, que ratificam a prevalência estimada das DCNT's como principal causa de morte global, abrangendo 74,7% dos casos, e 7,6% para as mortes por Causas Externas. Entre elas, reportam que o suicídio se encontra entre as vinte maiores causas de morte no mundo, sendo a segunda causa entre jovens de 15-29 anos.

Apreende-se dos dados dos serviços oficiais do governo brasileiro que estes encontram similaridade com os estudos internacionais, inferindo a ampla exposição de nossas crianças e adolescentes a experiências adversas. Conforme apresentado, a vivência repetida dessas experiências importa em probabilidade significativa para o desenvolvimento de traumas com os efeitos deletérios consistentemente reportados, na literatura científica internacional, para o desenvolvimento infanto-juvenil em seu funcionamento emocional, comportamental, cognitivo, social e físico. Além dos desdobramentos na saúde integral do indivíduo, que resguardam relação de probabilidade significativamente maior para o desenvolvimento das principais doenças responsáveis por mortes também no Brasil.

Dessa maneira, ratifica-se o sugerido por Harris (2014), Perry (2003), Van del Kolk, (2014) e Waikamp & Barcellos Serralta (2018), relativo à necessidade de os profissionais de saúde mental se atentarem para a investigação da vida pregressa dos seus pacientes e para a identificação de possíveis EAI que podem estar relacionadas às causas do quadro investigado no presente, a fim de se obter um diagnóstico mais assertivo.

Diante dos achados nos estudos apresentados, as organizações internacionais têm reunido esforços na elaboração de políticas e ações interventivas de caráter protetivo, como estratégia de enfrentamento desse problema de saúde pública. Nesse sentido, torna-se premente o conhecimento dos fatores que podem ser considerados de risco ou de proteção ao desenvolvimento infantil, que estariam correlacionados às repercussões negativas das EAI.

Por fim, importa ressaltar que o objetivo desta pesquisa bibliográfica não foi exaurir a temática, mas contribuir para a condensação e incremento de algumas reflexões que apontam para a relevância do assunto.

REFERÊNCIAS

- Alarcão, M. (2002). (des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Alves, R. (2020). Neurociência do comportamento (Módulo 2). Head Academy.
- Bick, J. & Nelson, C.A. (2016). Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 41, pp. 177–196. American College of Neuropsychopharmacology. <https://www.nature.com/articles/npp2015252>
- Bowlby, J. (1989). Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego. (S. M. Barros, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brás, J., & Ribeiro, N. (s.d.). Modelo Ecológico de Bronfenbrenner. https://portpsico.webnode.pt/_files/200000016-8256083523/MODELO%20ECOLOGICO!pdf.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos- MMFDH (2018). Ministério dos Direitos Humanos divulga balanço anual com dados sobre denúncias de violações de direitos humanos. Brasília: MMFDH. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/maio/ministerio-dos-direitos-humanos-divulga-balanco-anual-com-dados-sobre-denuncias-de-violacoes-de-direitos-humanos> .
- _____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos- MMFDH. Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos - ONDH (2020). Disque Direitos Humanos – Relatório 2019. Brasília: MMFDH. https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/mmfdh/disque_100_relatorio_mmfdh2019.pdf
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. (2021). Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação. Brasília: Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2020_2021_situacao_saude.pdf .
- _____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos- MMFDH (2022a). Denúncias de violência sexual são maioria contra crianças e adolescentes. Brasília: MMFDH. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/maio-laranja/noticias-maio-laranja/denuncias-de-violencia-sexual-sao-maioria-contra-criancas-e-adolescentes> .
- _____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos- MMFDH (2022b). infográfico da ONDH – Ouvidoria Nacional De Direitos Humanos - em 2021. Brasília: MMFDH. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/maio-laranja/noticias-maio-laranja/denuncias-de-violencia-sexual-sao-maioria-contra-criancas-e-adolescentes/infografico-dados-da-violencia-sexual.png> .
- Casullo, M.M. & Fernández Liporace, M. (2004). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Anuario de investigaciones* (Vol. XII). pp.183-192. Universidad de Buenos Aires-UBA. : http://www.biblioteca.psi.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=41304&query_desc=kw%2Cwrdl%3A%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20los%20Estilos%20de%20Apego%20en%20Adultos
- Centers for Disease Control and Prevention-CDC 24/7. (2019). Preventing Adverse Childhood Experiences (Aces): Leveraging The Best Available Evidence. National Center for Injury Prevention and Control. Division of Violence Prevention. Atlanta, Georgia. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>
- Coelho BM, Andrade LH, Borges G, Santana GL, Viana MC & Wang Y-P (2016) Do Childhood Adversities Predict Suicidality? Findings from the General Population of the Metropolitan Area of São Paulo, Brazil. *PLoS ONE*, 11(5):e0155639. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155639>

Correia, A. (2018). Implicações da exposição à violência interparental nas crianças. Porto, Portugal. <http://hdl.handle.net/10284/7086>

Costa, J.C. (2018). Neurodesenvolvimento e os primeiros anos de vida: genética vs. ambiente. *RELAdEI, Revista Latinoamericana de Educación Infantil*, 7(1), p.p. 52-60. <http://www.usc.es/revistas/in-dex.php/reladei/index>

Costa, E., & Duarte, C. (2000). *Violência Familiar*. Porto. Portugal: Edições Ambar.

Favero, E., & Góis, D. (2014). *Serviço Social e temas sociojurídicos: debates e experiências*. Rio de Janeiro: Lumen Juris.

Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P. & Marks J.S. (1998, maio). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), pp. 245-258. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8.PMID: 9635069

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF & Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP. (2021, outubro). *Panorama da Violência Letal e Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Brasil*. <https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>

Gaskill, R. L., & Perry, B. D. (2012). Child sexual abuse, traumatic experiences, and their impact on the developing brain. In Paris Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment and Treatment* (pp. 29-47). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Gonçalves, H., Soares, A. L. G., Santos, A. P. G. D., Ribeiro, C. G., Bierhals, I. O., Vieira, L. S., Hellwig, N. L., Wehrmeister, F. C., & Menezes, A. M. B. (2016). Adverse childhood experiences and consumption of alcohol, tobacco and illicit drugs among adolescents of a Brazilian birth cohort. *Cadernos de Saúde Pública*, 32 (10), [e00085815]. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085815>

Goodyear-Brown, P., Fath, A. & Myers, L. (2012). Child Sexual Abuse: the scope of the problem. In Paris Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment and Treatment* (pp. 03-28). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Haase, V. G., & Lacerda, S. S. (2004, junho). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. *Temas em Psicologia*, 12(1), pp. 28-42. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2004000100004&lng=pt&tlng=pt

Harris, N.B. (2014). How childhood trauma affects health across a lifetime. [Vídeo]. https://www.ted.com/talks/nadine_burke_harris_how_childhood_trauma_affects_health_across_a_lifetime?language=en

Kendall-Tackett, K. (2012). The long-term health effects of child sexual abuse. In Paris Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment and Treatment* (pp. 49-67). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Khoury, J.E., Rajamani, M., Bureau, J., Easterbrooks, M.A., & Lyons-Ruth, K. (2020, junho). Aspectos da interação pais-filhos desde a infância até o final da adolescência estão associados à gravidade dos maus-tratos na infância até os 18 anos. *Int J Environ Res Saúde Pública*, 17(11). 10.3390/ijerph17113749

Lima, E.F. da R. (2016). *Alienação Parental sob o olhar do Serviço Social: limites e perspectivas da atuação profissional nas varas de família*. [Tese de doutorado]. Pontifícia Universidade Católica.

MacMillan, H. (Ed.). (2011). *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância: Maus tratos na infância*. Canadá: CEDJE-CONASS.

- Maia, J. M., & Williams, L. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2), pp. 91-103.
- Mendes, L.S. & Rocha, N.S. da. (2016, dezembro). Teoria do Apego: conceitos básicos e implicações para a psicoterapia de orientação analítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia – RBPsicoterapia*, 18(3): pp. 1-15. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v18n3a01.pdf>
- Nelson III, C. (2014). Consequências do Abuso Infantil. In I. o. Council, *New Directions in Child Abuse and Neglect Research* (L. Abramowicz, Trad., pp. 111-174). Washington DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18331>
- Núcleo Ciência pela Infância-NCPI (Org.) (2016). Funções executivas e desenvolvimento infantil: habilidades necessárias para a autonomia. *Série Estudos do Comitê Científico – NCPI*, 3. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – FMCSV.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12 ed.). (Vercesi, C. F. M. P. [et al.] trad.). [recurso eletrônico]. Porto Alegre : AMGH.
- Penso, M., & Costa, L. (2008). *A transmissão geracional em diferentes contextos: da pesquisa à intervenção*. São Paulo: Summus.
- Perry, B. D. (2003). Effects of traumatic events on children: An introduction. www.ChildTrauma.org
- Perry, B. D. (2005). *Maltreatment and the Developing Child: How Early Childhood Experience Shapes Child and Culture*. The Margaret McCain – lecture series. Canadá: Centre for Children and Families in the Justice System. <http://www.lfcc.on.ca/mccain/perry.pdf>
- Perry, B.D., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits“. *Infant Mental Health Journal*, 16 (4), pp. 271-291. https://www.childtrauma.org/_files/ugd/aa51c7_910af0be12544e8080354203062728de.pdf
- Schaefer, L. S., Lobo, B. M., Brunnet, A. E., & Kristensen, C. H. (2016, jan/abr.). Reações pós-traumáticas em crianças: Como, por que e quais aspectos avaliar? *Integração psicol.*, 20, pp. 112-123. https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/16044/2/Reacoes_Pos_Traumaticas_em_Crianças_Como_Por_Que_e_Quais_Aspectos_Avaliar.pdf
- Silva, E. P. (2016). *Desenvolvimento psicossocial de crianças expostas à violência contra a mãe cometida por parceiro íntimo*. [Tese de doutorado, Universidade Federal de Pernambuco]. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/18038>
- Shonkoff, J. P. (2011, 19 de agosto). Proteger os Cérebros, Não Apenas Estimular as Mentes. *Science*, 333, (Abramowicz, L., Trad.). *American Academy of Arts & Sciences*.
- Shonkoff, J. P. (2012). *Aproveitando a biologia da adversidade para abordar as raízes das disparidades na saúde e desenvolvimento*. (Abramowicz, L., Trad.). Cambridge: Centro de Desenvolvimento Infantil da Universidade de Harvard.
- Stochero, L., Moraes, C. L., Marques, E. S., Santos, E. B. dos, Pacheco, D. L., Reichenheim, M. E., & Taquette, S. R. (2021). Prevalência e coocorrência de Experiências Adversas na Infância: um inquérito de base escolar no município do Rio de Janeiro. *Ciência & saúde coletiva*, 26 (09), 4115-4127. <https://www.scielo.br/j/csc/a/QFxQCyzbqGCghR7nd6SJS5P/?format=pdf&lang=pt>
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. USA: Penguin Books
- Waikamp, V., & Barcellos Serralta, F. (2018). Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 137-144. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459555547014>

Ximenes, J. M. (2021). Experiências adversas na infância como preditoras de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse em jovens adultos. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará]. https://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/63055/1/2021_dis_jmximenes.pdf

Zorzetto, R. (2022). Estresse provocado pelo estupro causa sofrimento psíquico e gera inflamação que pode acelerar o envelhecimento. *Revista Pesquisa Fapesp*, 320 (10). <https://revistapesquisa.fapesp.br/estresse-provocado-pelo-estupro-causa-sofrimento-psiquico-e-gera-inflamacao-que-pode-acelerar-o-envelhecimento/>