

O traumático na perspectiva de cuidadoras de crianças vítimas de violência familiar

The trauma from the perspective of mothers of juvenile victims of family violence

Maiara Pereira Cunha¹, Lucienne Martins Borges¹

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113786>

Resumo

Introdução: A criança exposta a eventos de risco pode vir a desenvolver problemas de saúde mental, como, por exemplo, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Um dos eventos estressores que pode ocasionar o TEPT é a violência familiar.

Objetivos: Descrever os eventos traumáticos, identificar a frequência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático e os sintomas encontrados em crianças vítimas de violência sob a perspectiva das mães e madrastas.

Método: Utilizou-se a entrevista clínica Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children and Lifetime Version (K-SADS-PL) com as cuidadoras e com as crianças, sendo que a entrevista semiestruturada foi feita apenas com as cuidadoras. Os dados extraídos da entrevista clínica K-SADS-PL foram organizados no Microsoft Excel, já para a análise dos dados da entrevista semiestruturada, utilizou-se o software Atlas/Ti 5.0.

Resultados: Participaram 20 sujeitos, 10 crianças entre seis e 12 anos de idade e 10 responsáveis. Predominou a composição familiar composta e o tipo de violência que sobressaiu foi a psicológica. Das 10 crianças que fizeram parte da pesquisa, três apresentaram diagnóstico de TEPT e quatro delas demonstraram sintomas, apesar de não fecharam todos os critérios de diagnósticos para o transtorno. Os eventos traumáticos mais frequentes vividos pelas crianças foram: abuso físico, testemunhar violência doméstica e receber notícias traumáticas. Constatou-se na entrevista semiestruturada o traumático, na percepção dos responsáveis, enquanto perdas e violências às quais as crianças foram expostas. Os sintomas psíquicos, comportamentais e cognitivos manifestaram-se como decorrentes do evento pós-traumático.

Conclusão: É premente problematizar e pensar em estratégias de prevenção à violência, assim como pesquisar sobre violência e TEPT nos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: violência familiar, infância, transtorno de estresse pós-traumático.

INTRODUÇÃO

A infância é uma fase marcada pelos desenvolvimentos motor, cognitivo, afetivo e social. A criança, por sua vez, deveria poder investir sua energia em brincadeiras e aprendizado, livre de preocupações do mundo adulto. Todavia, nem sempre isso é possível, já que intercorrências tais como a violência familiar, podem assolar essa fase e deixar marcas indeléveis.

Cabe destacar que a criança em desenvolvimento está em constante interação com o ambiente e possuem momentos de avanços, transições e de regressões¹. No período de transição é possível que a criança seja exposta a situações de risco e, dependendo de suas características individuais e contextuais, apresente transtornos de saúde

mental, tais como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

O TEPT é caracterizado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA)² como um quadro clínico pertencente à categoria dos transtornos relacionados a trauma e a estressores. A pessoa deve ter sido exposta a um evento traumático extremo do qual foi testemunha ou que vivenciou. O evento pode ainda ter ocorrido com algum familiar ou amigo próximo, sendo revivido persistentemente em uma ou mais situações por meio de recordações, pensamentos, percepções e/ou sonhos. Quando exposto a algo que remete a aspectos da situação traumática, a pessoa pode agir como se a situação anteriormente traumática estivesse novamente presente; ela a experiência com sofrimento psicológico e/ou reatividade fisiológica.

1 Maiara Pereira Cunha – Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2 Lucienne Martins Borges - Professora do Programa de Pós Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Corresponding author: Maiara Pereira Cunha - Email: maiara_pereira@yahoo.com.br

Suggested citation: Cunha MP, Martins-Borges L. The Trauma from the perspective of mothers of juvenile victims of family violence. *J Hum Growth Dev.* 26(1): 101-111. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113786>

Manuscript submitted: Jan 28 2016, accepted for publication Feb 21 2016.

Além dos sintomas acima descritos, a pessoa se esquivava constantemente de estímulos que a remetam ao evento, bem como pode apresentar entorpecimento geral e sintomas de excitabilidade aumentada que não estavam presentes antes do trauma. Os sintomas precisam estar presentes por um período superior a um mês e os sujeitos devem demonstrar sofrimento nas esferas ocupacionais e sociais como indicado pelo DSM². A perturbação não ocorre devido a efeitos fisiológicos decorrentes, por exemplo, de medicamentos, álcool ou outra condição médica.

Um dos eventos estressores que pode ocasionar o TEPT é a violência definida como uso intencional de força física ou poder contra uma pessoa ou um grupo e as consequências dessa relação podem incluir morte, dano, privação e/ou sofrimento psicológico³. A violência cometida contra a criança e o adolescente no Brasil é contabilizada por meio do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e, em 2011, verificou-se que crianças do sexo feminino foram as mais atingidas pela violência, sendo que o principal local em que esta ocorreu foi na residência da vítima. Com relação aos tipos de violência, constatou-se que 40,5% dos casos são de violência física, 20% de violência sexual, 17% de violência psicológica e 16% de negligência⁴.

No Brasil, a prevalência do TEPT na infância é de aproximadamente 6,5% e a essa frequência somam-se outros prejuízos psicológicos e sociais tanto para as vítimas quanto para seus familiares². Neste sentido, Cunha e Martins-Borges⁵, sinalizaram a importância de profissionais sensibilizados à problemática do TEPT, ao acolhimento e atendimento psicológico logo após a situação traumática ou o aparecimento dos primeiros sintomas, além de serem capacitados para realização de diagnósticos adequados.

Assim, o objetivo é descrever os eventos traumáticos, identificar a frequência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático e os sintomas encontrados em crianças vítimas de violência sob a perspectiva das mães e madrastas.

■ MÉTODO

A presente pesquisa, de natureza transversal, exploratória, de cunho predominantemente qualitativo, foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) que, desde 2000, atende crianças que apresentam comprometimentos psíquicos.

Fizeram parte desta pesquisa 20 participantes: 10 mães ou cuidadoras e, 10 crianças entre seis e 12 anos de idade. De acordo com os critérios de inclusão, as crianças deveriam: (1) Ter entrado no serviço de saúde mental infantil entre os anos de 2010 e 2013; (2) ter no mínimo seis e no máximo 12 anos de idade para ingressar no serviço de saúde mental infantil; (3) ter sido vítimas de algum tipo de violência familiar, seja ela: física, psicológica, sexual e/ou negligência, com no mínimo um mês após o acontecimento; (4) frequentar o serviço de saúde mental infantil no momento da pesquisa; e (5) os pais ou responsáveis terem conhecimento do evento traumático vivenciado pela criança. Cabe ressaltar que os critérios referentes a idade se basearam no Estatuto da Criança e do Adolescente,

sendo considerado criança o sujeito com até doze anos de idade⁶. Parecer favorável: nº 301.464.

Instrumentos para coleta de dados

Consoante os objetivos, foi elaborada uma entrevista semiestruturada com o intuito de acessar informações e oferecer às mães ou cuidadoras a oportunidade de falar sobre as situações vividas pelas crianças, com base nos seguintes questionamentos: a) Conhecer o evento traumático sofrido pela criança; e b) Verificar se houve modificação no comportamento da criança.

Para investigar a sintomatologia do TEPT, utilizou a entrevista clínica Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children and Lifetime Version (K-SADS-PL) com as cuidadoras e com as crianças.

Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children and Lifetime Version (K-SADS-PL)

A K-SADS-PL foi elaborada por Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn, Moreci e Ryan⁷. É uma entrevista clínica que deve ser realizada com os pais ou responsáveis e/ou com as crianças. Baseada nos critérios diagnósticos do DSM-III/R (1987) e DSM-IV (1994), busca identificar transtornos na infância e adolescência. No Brasil, o instrumento foi validado por Bordin e Brasil⁸. As autoras traduziram a versão em inglês para o português (back-translation), avaliaram sua validade de conteúdo, constructo e convergente. Além disso, verificaram a confiabilidade entre avaliadores e o teste-reteste em uma amostra de 78 crianças e seus respectivos responsáveis que buscaram atendimento em um ambulatório de saúde mental infantil.

No caso da aplicação da entrevista clínica, essa deve ser completa; isto quer dizer que, mesmo o pesquisador tendo interesse apenas na seção correspondente ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático, deve-se aplicar o rastreamento completo que investiga todos os transtornos supracitados. Com relação à seção de TEPT, esta é composta por perguntas estruturadas, as quais podem ser feitas ao entrevistado ao lê-las; ou, ainda, o pesquisador pode utilizar o sentido da pergunta e realizar o questionamento com suas próprias palavras. Caso haja presença dos sintomas do TEPT no diagnóstico atual, a informação deverá ser inserida no episódio atual (EA). Caso contrário, se houver histórico de sintomas, mas os participantes ficaram no mínimo dois meses sem apresentá-los, a informação se referirá ao episódio de maior gravidade ocorrido no passado (EMGP). Ao final do instrumento e com base nas respostas obtidas, caberá ao pesquisador responder os critérios do DSM-IV (1994) para evidências de TEPT na criança.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas como auxílio do software Atlas/Ti 5.0, o que possibilitou a construção das categorias de análise⁹. Para calcular as frequências e as porcentagens da entrevista clínica K-SADS-PL, utilizou-se a análise descritiva dos dados que foram organizados no Microsoft Excel.

Tendo em vista a Tabela 1, observa-se que a queixa

■ RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos Participantes

A Tabela 1 apresenta informações referentes aos participantes, tais como: idade, es-

colaridade, queixa que motivou o encaminhamento da criança ao serviço, hipótese diagnóstica no momento da entrada da criança ao serviço de saúde mental, composição familiar e tipos de violências sofridas.

Tabela 1: Caracterização dos participantes da pesquisa

Criança alvo da pesquisa	Responsável	Idade da criança	Escolaridade (ano)	Queixa	Hipótese Diagnóstica	Composição Familiar	Tipos de Violência sofrida
MA 1	R 1	8	3º	Evento traumático	Reação aguda a estresse	Monoparental	Psicológica
MO 2	R 2	7	3º	Comportamento retraído	Transtornos comportamentais e emocionais não especificados, com início habitualmente na infância ou adolescência	Composta	Psicológica; Sexual; Negligência
MO 3	R 3	10	5º	Agressividade	Transtorno afetivo bipolar ou Episódios depressivos	Composta	Física; Psicológica; Negligência
MO 4	R 4	8	4º	Agressividade	Transtornos hipercinéticos	Monoparental	Física; Psicológica
MO 5	R 5	8	4º	Agressividade	Transtorno de conduta não especificado	Composta	Física; Psicológica
MO 6	R 6	7	3º	Agitação	Transtorno ansioso não especificado	Estendida	Psicológica
MO 7	R 7	11	6º	Agressividade	Transtornos do desenvolvimento psicológico não especificado	Composto	Psicológica
MO 8	R 8	6	1º	Luto	Transtorno ansioso não especificado	Estendida	Psicológica
MO 9	R 9	10	4º	Comportamento retraído	Transtornos globais do desenvolvimento	Composta	Física; Psicológica; Negligência
MO 10	R 10	12	7º	Agressividade	Distúrbio desafiador e de oposição	Estendida	Psicológica

Nota: Tabela elaborada pelas autoras deste artigo.

- motivo que fez com que a criança fosse encaminhada ao serviço - evento traumático referia-se a situações em que o encaminhamento da criança foi motivado pela exposição a cenas de violência física e psicológica entre o pai e a mãe, acompanhada de intenso medo e horror por parte da criança. Com a queixa agressividade, consideraram-se agressões verbais e físicas direcionadas aos pais, crian-

ças entre si, e às figuras de autoridade, tais como pais e professores.

A queixa agitação referiu-se a comportamentos verbais e motores intensos. Na queixa comportamentos sociais inadequados, encontram-se situações em que a criança furta objetos e mente. Já a queixa luto contempla a perda de uma pessoa significativa para a criança.

E, por último, com a queixa comportamento retraído, observaram-se crianças isoladas socialmente na escola e tímidas.

A hipótese diagnóstica foi registrada no presente estudo de acordo com o CID-10¹⁰, pois é a classificação utilizada nos registros do referido serviço. Com relação à hipótese diagnóstica, quatro participantes chegaram ao acolhimento com indicação de Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência. Em seguida, os transtornos mais observados nos participantes foram os Transtornos de Ansiedade ou de Humor. O mesmo ocorreu no estudo de Hoffmann, Santos e Mota¹¹ o estudo analisou os registros de sete CAPSi, sendo os Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência observados em 44,5% (n = 648) dos usuários. Delvan et al.¹² realizaram em 2010 a caracterização do perfil dos usuários e observaram que 146 usuários foram encaminhados em decorrência de problemas mentais, como transtornos de aprendizagem, agressividade, problemas nas relações, condições adicionais que poderiam ser foco de atenção clínica.

Tendo em vista a predominância do sexo masculino, Delfini et al.¹³ investigaram 63 prontuários do CAPSi da Grande São Paulo e constataram que 25,4% (n = 16) dos meninos apresentavam Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência. Já com o sexo feminino, em 27,5% (n = 11) dos prontuários não constava informação sobre a hipótese diagnóstica.

De acordo com Pedrini, Frizzo¹⁴ o sexo masculino apresenta frequentemente comportamentos externalizados, os quais se caracterizam por comportamentos intrusivos sobre o ambiente, tais como: quebra de regras e comportamentos agressivos. Por sua vez, o sexo feminino demonstra comportamentos internalizados, ou seja, comportamentos dirigidos ao próprio sujeito ligados ao retraimento, depressão e sintomas de ansiedade. Sendo assim, observou-se que a presente pesquisa vai ao encontro dos

dados elucidados sobre a predominância do sexo masculino no serviço de saúde mental.

Frete às informações, demonstra-se que não só os meninos apresentam sofrimento psíquico, mas as meninas também. Todavia, como as meninas tendem a não externalizar o comportamento, elas são levadas com menos frequência ao serviço de saúde mental. Já os meninos, por apresentarem predominantemente comportamentos externalizados, infere-se que são mais encaminhados ao serviço de saúde mental do que as meninas.

Cabe destacar que as informações acerca das queixas e das hipóteses diagnósticas encontradas no CAPSi foram obtidas nos registros da escuta inicial. Sendo assim, supõe-se que o diagnóstico tenha sido definido no momento em que a criança iniciou os atendimentos e, em muitos casos, perdurou durante todo o tempo do tratamento. Portanto, para Hoffmann et al¹¹, os CAPSi tendem a descon siderar as comorbidades e as possíveis mudanças nos quadros psicopatológicos, informações cujo registro seria relevante.

As terminologias utilizadas na composição familiar foram consideradas com base no documento da Organização das Nações Unidas¹⁵ e menciona que o domicílio constituído por uma família monoparental é composto por um dos progenitores, seja pai, seja mãe e seu respectivo filho. Na sequência, encontra-se o domicílio com família estendida, onde a família nuclear (pais e filhos) reside com outros parentes, como avós, tios, primos etc. Por fim, o domicílio composto é caracterizado pela presença de um genitor (a) (pai ou mãe), seu companheiro(a) (madrasta ou padrasto) e seus respectivos filhos. Cabe ressaltar que nesse estudo a composição família composta sobressaiu-se com cinco participantes.

Entrevista Clínica K-SADS-PL

A Tabela 2 foi elaborada com o objetivo de indicar a presença do diagnóstico e sintomas do TEPT nas crianças/participantes.

Tabela 2: Presença ou ausência de hipótese diagnóstica de Transtorno de Estresse Pós-traumático atual e passado

Criança alvo da pesquisa	Presença de TEPT	Critério diagnóstico de TEPT atual	Critério diagnóstico de TEPT passado
MA1	NÃO	- Faltou um item do critério C	- Faltou um item do critério C - Faltou um item do critério D
MA2	SIM	- Evidência de TEPT atual	- Evidência de TEPT no passado
MO3	NÃO	- Instrumento não foi positivado no presente	- Faltou um item do critério B; - Faltaram três itens do critério C
MO4	NÃO	- Instrumento não foi positivado no presente	- Instrumento não foi positivado no passado
MO5	NÃO	- Faltaram três itens do critério C	- Faltou um item do critério C
MO6	NÃO	- Faltaram dois itens do critério C	- Faltou um item do critério C - Faltou um item do critério D
MO7	NÃO	- Instrumento não foi positivado no presente	- Faltou um item do critério B - Faltou um item do critério C
MO8	NÃO	- Faltaram dois itens do critério C - Faltou um item do critério D	- Faltaram dois itens do critério C
MO9	SIM	- Faltou 1 item do critério B - Faltou 1 item do critério D	- Evidência de TEPT no passado
MO10	SIM	- Evidência de TEPT atual	- Instrumento não foi positivado no passado

Nota: Tabela elaborada pelas autoras deste artigo.

Deste modo, observa-se a evidência de TEPT atual ou passado em 30% (n = 3) dos participantes (MA2, MO9 e MO10) deste estudo. Cabe ressaltar que estes participantes demonstraram, igualmente, os critérios de duração e sofrimento significativo ou limitação funcional. Com os participantes MO3, MO4 e MO7, o instrumento não foi positivado no presente. Isto indica que, de acordo com a entrevista clínica, os eventos traumáticos investigados não causaram prejuízos para as crianças. O mesmo ocorreu para o passado, com MO4 e com MO10. Com os demais participantes – MA1, MO5, MO6 e MO8 – percebeu-se que, embora não tenham todos os critérios diagnósticos necessários, há presença de sintomas dos critérios B (revivência), C (evitação persistente) e D (excitabilidade acentuada).

Especificamente com os participantes que apresentaram TEPT, verificou-se novamente a predominância do sexo masculino, a média de idade de 9,6 anos e a média de

escolaridade de 4,6 anos de estudo. As crianças foram levadas ao serviço com queixas de comportamento retraído (n = 2) e agressividade (n = 1); duas delas foram expostas a três tipos de violência e uma, apenas a um tipo de violência. Com relação à composição familiar, a mais frequente foi a composta e o terceiro participante provém de família estendida. Os dados deste estudo corroboram as informações de Graham-Bermann et al.¹⁶ e Ximenes et al.¹⁷ as quais mencionaram o acúmulo de situações traumáticas como fator facilitador para o desenvolvimento do TEPT. No que tange à configuração familiar, Poletto e Koller¹⁸ esclarecem que a família pode ser compreendida enquanto fator de risco e/ou proteção, dependendo da qualidade da relação entre os envolvidos, bem como da comunicação entre os membros e do contexto no qual a mesma se encontra.

A Tabela 3 apresenta os eventos traumáticos e os sintomas mais frequentemente vivenciados pelos participantes deste estudo.

Tabela 3: Eventos traumáticos vivenciados pelas crianças por meio da entrevista clínica K-SADSP-PL

Eventos traumáticos	Frequência (%)	
Abuso físico	70% (7)	
Testemunha de violência doméstica	70% (7)	
Notícias traumáticas	60% (6)	
Testemunha de desastre	50% (5)	
Outros	40% (4)	
Outros acidentes	30% (3)	
Fogo	10% (1)	
Acidentes de carro	10% (1)	
Testemunha de transgressão violenta	10% (1)	
Abuso sexual	10% (1)	
Critérios diagnósticos	EA	EMGP
Critério B – Revivência	(%)	(%)
Relembanças recorrentes, intrusiva e aflitivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções	40% (4)	50% (5)
Sonhos aflitivos com o evento		20% (2)
Age ou sente como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente	20% (2)	10% (1)
Intensa sensação aflitiva devido à exposição a estímulos que se parecem ou simbolizam aspectos do trauma	30% (3)	20% (2)
Reatividade fisiológica a estímulos	20% (2)	20% (2)
Critério C – Evitação Persistente	EA	EMGP
	(%)	(%)
Evita pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma	40% (4)	50% (5)
Evita atividades, lugares ou pessoas que façam lembrar o trauma	20% (2)	10% (1)
Incapacidade de lembrar importantes aspectos do trauma		
Diminuído interesse ou participação em atividades importantes	20% (2)	50% (5)
Sentimento de desapego ou desligamento afetivo	30% (3)	30% (3)
Incapacidade para sentir emoções	10% (1)	10% (1)
Sentimento de um futuro limitado	10% (1)	
Critério D – Excitabilidade Acentuada	EA	EMGP
	(%)	(%)
Insônia		30% (3)
Irritabilidade	20% (2)	10% (1)
Dificuldade de concentração	40% (4)	20% (2)
Hipervigilância	40% (4)	70% (7)
Resposta de sobressalto exagerada	30% (3)	30% (3)

Nota: Tabela elaborada pelas autoras deste artigo. EA = Episódio atual/ EMGP = episódio de maior gravidade ocorrido no passado.

Entrevista semiestruturada

Na Figura 1, a seguir, foram esquematizadas as categorias as subcategorias e os elementos de análise que subsidiaram os resultados e discussão dos dados, que serão descritos a posteriori.

Na categoria 1 – O traumático na percepção das participantes, buscou-se compreender o traumático, com base

nos relatos, em eventos vivenciados pelas crianças. Para tal, duas subcategorias foram analisadas: perdas sofridas pelas crianças e violências contra as crianças por parte dos familiares. Com a subcategoria 1.1 – Perdas sofridas pelas crianças – identificaram-se, com base na percepção das cuidadoras, as perdas vivenciadas pelas crianças. O 1.1.1 abandono foi citado por quatro responsáveis como um evento traumático.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
CATEGORIA 1 O TRAUMÁTICO NA PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	1.1 Perdas sofridas pelas crianças	1.1.1 abandono 1.1.2 rejeição por parte dos familiares 1.1.3 morte de pessoas significativas 1.1.4 separação da mãe
	1.2 Violência contra as crianças por parte dos familiares	1.2.1 violência psicológica 1.2.2 negligência 1.2.3 violência física 1.2.4 violência sexual
	2.1 Sintomas psíquicos presentes nas crianças	2.1.1 tristeza 2.1.2 ansiedade 2.1.3 irritabilidade 2.1.4 sintomas somáticos
	2.2 Sintomas comportamentais presentes nas crianças	2.2.1 falta de limites 2.2.2 comportamentos regredidos 2.2.3 agressividade
CATEGORIA 2 SINTOMAS DECORRENTES DO EVENTO TRAUMÁTICO NA PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	2.3 Sintomas cognitivos presentes nas crianças	2.3.1 baixo rendimento escolar

Figura 1: Síntese geral das categorias, subcategorias e elementos de análise.

Larguei tudo quando conheci o (referiu-se ao nome do atual companheiro) e nem olhei para traz, peguei as minhas coisas e tchau (R3).

Com base nas narrativas, constatou-se que o evento traumático, na percepção dos responsáveis, estava relacionado ao abandono. No histórico de vida dessas crianças, observou-se negligência ao longo da infância que culminou no abandono por parte dos responsáveis. Conclui-se que a situação de abandono enfrentada pelas crianças está ligada ao traumático, uma vez que há a presença do elemento surpresa e o desespero, evidenciado por MO9 e MO3¹⁹.

Outro tipo de perda – 1.1.2 rejeição por parte dos familiares – sofridas pelas crianças, foi relatado por quatro participantes:

Meu pai briga com minha avó quando eu vou lá, porque eu tô lá. Várias e várias e várias vezes ele (mãe referindo-se a criança) me chamava para conversar: Por que o papai não gosta de mim? Eu fiz alguma coisa para o papai? Por que o papai não quer me ver? Por que ele não vem me visitar? Por que ele não vem me buscar? Por que que quando eu vou lá ver a vovó ele não quer falar comigo? Foi assim, bem complicado...” (...) “Depois daí o pai não quis mais contato com a gente, sumiu...aí foi uma fase ainda pior, porque antes tinham as brigas e tinham os momentos bons, a partir daquele momento não tinha nada com o pai. E por fim, a separação do pai, que o pai ficou um tempo sem ver ele de novo...” (R6).

Tinoco e Franco²⁰ mencionaram que sucessivas perdas, como foi aludido por R6, tendem a desestabilizar o desenvolvimento emocional da criança. Além disso, um agravante consiste no fato de a criança não ter alguém que assuma seu cuidado e que acolha suas dúvidas e emoções. Apesar das circunstâncias, MO6 possuía uma rede de

apoio que pode ter assumido a função protetora. Assim, o impacto do evento traumático parece não ter comprometido o desenvolvimento global da criança, visto por exemplo, seu adequado desempenho escolar.

Ainda, na mesma subcategoria, três responsáveis citaram o elemento de análise 1.1.3 morte de pessoas significativas:

MO7 chorava bastante por causa da morte do tio que faleceu e quando ele lembra ele chora, conversa, hoje em dia não fala mais, já esqueceu assim, mas ano passado ele lembrou bastante. [...] Quando o tio dele morreu, ele ficou bem assustado. Ele ficou com trauma de morrer. Porque nós levamos um susto na hora e o MO7 presenciou esse susto. Eu berrei muito, a minha mãe berrou muito eu não me conformei, a gente tinha ele como um pai pra gente...(R7).

De acordo com Franco e Mazorra²¹, a morte de uma pessoa significativa desencadeia um sentimento de ameaça emocional e física, o qual tende a mobilizar os membros da família, como aludido na fala de R7. A família que vivencia o impacto de uma perda, geralmente apresenta dificuldades em abordar tal temática com as crianças. Sendo assim, a fase do desenvolvimento na qual se encontra a criança, o tipo de morte, como era o relacionamento da família antes e após o falecimento, a maneira como a família procedeu após a morte, ou seja, se a criança foi esclarecida sobre o falecimento e de que forma isso foi feito, tornam-se dificultadores ou facilitadores na elaboração do luto.

Com relação ao evento traumático, neste caso a morte de um parente, Freud²² sinaliza que, para as crianças, a morte não traz os mesmos sentimentos e valores que desperta no adulto. De certo modo, infere-se que o impacto da morte sobre as crianças desta pesquisa estava mais ligado à maneira como os familiares se comportaram perante a morte do que à experiência

direta com a mesma. Assim, não é a morte de um ente querido que caracteriza o evento traumático. O traumático aqui observado está relacionado com os impactos psicológicos, decorrentes do sofrimento apresentado pelos membros da família e pelas mudanças na dinâmica familiar.

Por fim, um participante mencionou o elemento de análise 1.1.4 separação da mãe:

Eles (referindo-se a avó paterna e ao pai da criança) foram até o colégio e buscaram ela (a criança), eu (mãe da criança) saí do Fórum em estado de choque. O oficial de justiça chegou a chorar do desespero que foi. Eu não lembro de tudo, eu lembro da dor que eu sentia, que eu me agarrei nela (referindo-se a filha) que eu cheguei a machucar ele (referindo-se ao oficial de justiça), fiquei com a marca da unha da minha filha no meu ombro (R2).

Neste caso, a criança residia com a mãe, mas, por imposição judicial devido à disputa de guarda entre os genitores, a criança passou a residir com familiares e em cidade diferente. Portanto, foi trocada de colégio e teve que se adaptar aos novos familiares. O evento traumático neste excerto encontra-se na separação de mãe e filha, na privação do convívio com a mãe. Mesmo após o retorno ao convívio com a mãe, a criança demonstrava medo e horror ao entrar em contato com a possibilidade de ser afastada novamente da mesma. Mostra-se presente nesse exemplo um dos critérios do TEPT, que é o fato de viver constantemente com a sensação de que a situação traumática está por acontecer novamente.

Por meio da subcategoria 1.2 – Violência contra as crianças por parte dos familiares – foram descritos os tipos de violência familiar aos quais as crianças foram expostas, entre elas: violência psicológica, negligência, violência física e violência sexual. Sete participantes fizeram alusão ao elemento de análise 1.2.1 violência psicológica:

Teve uma vez assim que eu ganhei ela (irmã do MO4) e o (MO4), ele eu lembro até hoje que ele (referindo-se ao padrasto da criança) me pegou pelo pescoço e disse que ia me matar. Aí eu comecei a vomitar e ele esfregou o meu rosto no chão, aqui na sala e o (MO4) viu isso. Aí, o MO4 conversou com um monte de gente sobre isso (R4).

Segundo o Ministério da Saúde³, a violência psicológica explica-se pelos atos de humilhação, desvalorização e ridicularização, como observado no fragmento de R4, em que a mãe da criança é jurada de morte e desvalorizada por seu companheiro. Ainda com o trecho de R4, observa-se que a criança foi exposta à violência devido ao padrasto ter agredido a esposa. Neste caso, a criança foi exposta diretamente e indiretamente à violência. Durant et al.²³, apontam que o sofrimento da mãe pode repercutir no cuidado com os filhos.

Ainda na mesma subcategoria, três participantes relataram sobre o elemento de análise 1.2.2. negligência:

Ela (referindo-se a avó paterna) levava a minha filha pra sair à noite (referindo-se a festas noturnas). [...] R2 pegou pneumonia porque a avó dela botava ela de sandalhinha e vestidinho pra desfilar no calçadão [...] (R2).

Na narrativa de R2 a negligência foi caracterizada pelo fato da criança ser exposta a situações inadequadas para a idade e seu desenvolvimento. Os dados vão ao encontro de Martins e Jorge²⁴ quando se constata que as práticas de negligência estavam relacionadas às figuras femininas próximas.

O próximo elemento de análise, 1.2.3 violência física, foi citado por três participantes:

Quando ele era pequeno e ainda fazia xixi nas calças o pai dele se irritou e encheu a cueca dele de minhoca e ainda por cima, fez ele vestir a cuequinha. MO5 chorou muito, muito e ficou um tempão com medo de colocar a cueca [...] Uma vez, MO5 fez bagunça de criança, e o pai bateu nele de cinta com tanta força que ele ficou cheio de marcas das cintadas (R5).

Com a fala de R5 percebe-se que a violência física ficou caracterizada pelo uso da força física, a qual envolveu cintadas e chineladas. As narrativas dos participantes vão ao encontro dos estudos de Martins e Jorge²⁴ e Waiselfisz⁴ os quais apontaram que o tipo predominante de violência familiar é a violência física.

O último elemento de análise da subcategoria violência, 1.2.4 violência sexual, apareceu uma vez:

Que quando a avó dela saía para trabalhar, o tio chamava ela pra ir ao banheiro e pedia pra ela examinar o piu-piu alegando que estava “assado”. A avó dela chegou a comprar um kitzinho de enfermeira pra ela brincar com o tio, e daí ela brincava de balançar o pipi do tio (R2).

No caso de R2, além da violência sexual, a criança estava exposta à negligência e à violência psicológica. Como apontado pela literatura supracitada, a presença de vários tipos de violência de forma concomitante tende a ser frequente, o que pode aumentar a vulnerabilidade ao TEPT.

Com a categoria 1, conclui-se que as narrativas evidenciaram o traumático por meio das perdas e das violências às quais as crianças foram expostas e que trouxeram sofrimento psicológico. No que se refere às perdas, supõe-se que o traumático esteja relacionado com a ruptura de um vínculo significativo para a criança. No caso da morte, parece existir uma particularidade, pois a perda não está relacionada ao ente que morreu, mas a uma estrutura familiar. Já com a subcategoria violências, observou-se a predominância da violência psicológica, o que de certo modo contradiz a literatura. Isto traz à tona quanto das ações e comportamentos dos participantes serem percebidos como violência e muitos são naturalizados e transmitidos entre as gerações. Com a categoria

1, verificou-se a interatuação das tipologias de violência e a presença do evento traumático na percepção dos participantes.

Com a categoria 2 – Sintomas decorrentes do evento traumático na percepção dos responsáveis - foram investigados os sintomas decorrentes da exposição aos eventos traumáticos, por meio das subcategorias sintomas psíquicos presentes nas crianças, sintomas comportamentais presentes nas crianças e sintomas cognitivos presentes nas crianças.

Com a subcategoria 2.1 – Sintomas psíquicos presentes nas crianças – constatou-se a presença destes, com base nas narrativas dos participantes. Desta maneira, cinco responsáveis fizeram alusão ao elemento de análise 2.1.2 tristeza:

Antes ela (referindo-se a filha) chorava um chorar assim de, como eu vou dizer pra ti, uma criança sentimental, que não podia dizer nada pra ela que ela chora. E agora, é um chorar de tristeza, eu noto nela que ela, a gente vê nela que é um choro de tristeza, alguma coisa que ela sente, que machuca ela, alguma coisa assim sabe, é diferente, é diferente [...] (R1).

Nota-se que R1 afirma que o choro atual é de tristeza, sendo, portanto, diferente do choro de situações anteriores. A presente pesquisa vai ao encontro do estudo de Gava, Silva e Dell'Aglio²⁵ o qual, após pesquisar os laudos periciais de crianças vítimas de violência, deparou-se com os sintomas depressivos, incluindo tristeza, humor deprimido e choro.

Em seguida, quatro participantes relataram sobre o elemento de análise 2.1.2 ansiedade:

A mudança que eu percebi foi um medo de morrer, ele (a criança) ficou com esse trauma, esse medo de morrer. Tudo ele achava que ele ia morrer. Eu fiquei com isso e ele também ficou. Entende? (R7).

No trecho de R7, percebe-se a presença de sintomas do TEPT, como lembranças recorrentes, intrusivas e aflitivas do evento, que incluem imagens, pensamentos ou percepções, devido ao relato de intenso medo de morrer. Verifica-se, igualmente, o quanto o impacto do evento traumático na mãe pode dificultar na elaboração por parte da criança.

Na sequência, três responsáveis citaram o elemento de análise 2.2.3 irritabilidade:

É o que eu disse para ti (referindo-se a mestrandade), ele ficou mais agitado, [...], mais malcriado, porque ele automaticamente isolou a família que ele tinha, ele diz que ninguém é parente dele, entendeu? (R10).

López-Soler et al.²⁶ observaram que crianças expostas à violência demonstram-se agressivas, apresentando irritabilidade e comportamentos hostis, além de dificuldades e estratégias inadequadas de controle da agressividade. Portanto, compreende-se a irritabilidade

como um sintoma para comunicar situações de profunda insatisfação. No caso de MO10, após tomar conhecimento sobre sua origem biológica, a criança passou a expressar agitação e frustração com mais intensidade.

O último elemento de análise da subcategoria sintomas psíquicos, 2.1.4 sintomas somáticos, referido por dois participantes:

Eu já tinha feito algumas consultas anteriores com essa médica uns 6 meses, uns exames antes e eram os mesmos sintomas (dor no peito, falta de ar e dor de barriga). Então a médica mandou fazer todos os exames, pediu pra retornar. Aí retornei e ela disse que não tinha nada nos exames. Seis meses depois então que foi agora, eu voltei e disse que ela tava sentindo os mesmos sintomas. Daí ela falou pra mim, mãe: Ela (a criança) não tem nada, não tem nada (R1).

Como ilustrado por R1, após os eventos traumáticos, as crianças apresentaram sintomas somáticos, tais como dor no peito, falta de ar e dor na barriga. Como apontado por Marcelli e Cohen²⁷, os eventos traumáticos podem desencadear angústia elevada, provocando um desconforto que, muitas vezes, pode manifestar-se no corpo por meio dos sintomas somáticos. Os relatos supramencionados vão ao encontro da investigação de Kugler, Bloom, Kaercher, Truax e Storch²⁸, a qual observou a presença dos sintomas somáticos em crianças vítimas de violência familiar.

Com a subcategoria – 2.2 Sintomas comportamentais presentes nas crianças – os participantes relataram sobre os principais sintomas comportamentais.

Os responsáveis citaram o elemento de análise 2.2.1 falta de limites:

[...] se comportando de uns tempos pra cá, essa coisa de não ter limites, de não respeitar ninguém, nem a professora, nem vó, nem mãe, nem tia, nem ninguém e ser muito mal criado no sentido de ele tudo te responde, quer sempre ter a última palavra, nem que não tenha mais nada para discutir e te chamar assim, sua boba! (R6).

De acordo com Marcelli e Cohen²⁷, a intolerância à frustração é, muitas vezes, caracterizada pela dificuldade de a criança discernir os limites entre o mundo externo e o mundo interno. Assim como a irritabilidade, a falta de limites parece comunicar uma vulnerabilidade em relação ao mundo externo, mundo que aparece como um elemento que frustra e que ameaça.

Dois participantes citaram o elemento de análise 2.2.2 comportamentos regredidos

Ela (criança) voltou de lá chupando bico, fazia xixi na cama, com medo de escuro, tomando mamadeira, coisa que não era a minha menina (Choro) (R2).

Os comportamentos regredidos são compreendidos como comportamentos não condizentes com o desenvolvimento e a faixa etária da criança e que já haviam sido

adquiridos e integrados em etapas anteriores de seu desenvolvimento, tal exposto por R2. Como apontado por Graham-Bermann et al.¹⁶, crianças expostas à violência familiar tendem a apresentar comportamentos regredidos, o que, por sua vez, interfere em seu desenvolvimento.

Um participante referiu-se ao elemento de análise 2.2.3 agressividade:

O (nome da criança) veio para (serviço de saúde mental), pois estava agressivo com duas crianças na escola, ele bateu em duas crianças. Ele disse que bateu por nada, ele disse que teve vontade de deu. Complicado! (R3).

Destaca-se nas narrativas acima a dificuldade de MO3 em lidar com o conflito escolar, o qual intermediou por meio da agressão física. Supõe-se que a violência vivenciada por MO3 em casa tenha sido reproduzida no ambiente escolar.

No caso dos atos agressivos aqui apresentados, eles parecem denotar um limite de comunicação da frustração ressentida. A criança, como o adulto, na impossibilidade de elaborar tais frustrações por meio da fala, acaba expressando-as por meio de gestos agressivos Martins-Borges et al.²⁹.

Na subcategoria – 2.3 Sintomas cognitivos presentes nas crianças – dois responsáveis citaram o elemento de análise 2.3.1 baixo rendimento escolar:

[...] A diretora já disse para mim: MO4 esse ano tá reprovado. Ele tira 2, ele tira 0. Ele se nega a fazer as atividades, eu (a mãe da criança) falei da última vez com a psiquiatra sobre isso [...] (R4).

Com base em R4, verificam-se dificuldades relacionadas ao processo ensino-aprendizagem bem como sintomas cognitivos chamam a atenção para as repercussões da violência familiar no contexto escolar. Estes dados vão ao encontro da pesquisa de Preto e Moreira³⁰ que, ao comparar as médias escolares entre os filhos de vítimas e de não vítimas, os primeiros apresentaram uma média escolar inferior. Além disso, quando as mães das crianças foram expostas à violência física e psicológica, os filhos das vítimas demonstraram dificuldades no processo de ensino aprendizagem.

De modo geral, após os eventos traumáticos, as crianças/participantes apresentaram sintomas variados, os quais repercutiram em seu desenvolvimento global. Tais sintomas não ficaram restritos às manifestações psicológicas, mas deixaram também marcas no comportamento e no processo de aprendizagem como elucidado pelos participantes.

Assim, constatou-se que as 10 crianças que participaram da pesquisa chegaram aos serviços por motivo de agressividade exteriorizada. No momento da pesquisa, as crianças viviam, em sua maioria, com famílias compostas e o tipo de violência que sobressaiu em seus relatos e no relato de seus responsáveis foi a psicológica.

Tendo em vista os objetivos deste artigo, dentre os eventos traumáticos mais frequentes encontrou-se: abuso físico, testemunhar violência doméstica, recebimento de

notícias traumáticas e testemunho de desastres. O último evento apresenta uma característica regional haja vista o histórico de alagamentos e enchentes pelos quais a região é recorrentemente assolada. Com relação a identificação da frequência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático 30% dos participantes responderam a todos os critérios diagnósticos do TEPT.

Tendo em vista os sintomas encontrados constatou-se que as demais crianças apresentaram vários outros sintomas e sinais de sofrimento. Com relação aos sintomas que frequentemente apareceram, encontrou-se o critério B – Revivência – em 50% dos casos no passado, com o sintoma Relembrações recorrentes, intrusivas e aflitivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções. Por sua vez, no critério C – Evitação persistente – predominaram os sintomas Evita pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma e Diminuído interesse ou participação em atividades importantes, ambos com 50% para o passado. Com relação ao critério D – Excitabilidade aumentada - 70% dos participantes demonstram o sintoma de Hipervigilância no passado.

Assim, verificou-se que, além do diagnóstico, as situações de violência e as perdas às quais as crianças foram expostas também deixaram marcas. Infere-se que o sofrimento foi manifestado pelos participantes dessa pesquisa de diferentes maneiras, seja por meio do corpo, seja expresso nas relações que se mostraram conflitivas e mesmo agressivas, atingindo a cognição e o processo de aprendizagem encontrado nos relatos dos participantes dessa pesquisa.

A entrevista semiestruturada, técnica imprescindível para dar voz aos participantes, permitiu acessar o traumático – na forma de perdas e violências – de acordo com a percepção dos responsáveis. As perdas relatadas foram abandonos, rejeição, morte de pessoas queridas e separação. Já os tipos de violência consistiram em violência psicológica, negligência, violência física e violência sexual. Ressalta-se que os dados da entrevista dialogam com os achados da entrevista clínica K-SADS-PL.

Após a exposição a esses eventos traumáticos, as crianças apresentaram sintomas psíquicos, comportamentais e cognitivos. Tristeza, ansiedade, irritabilidade e sintomas somáticos foram os sintomas psíquicos nomeados e expressos pelas crianças ou relatados pelos seus responsáveis. Para caracterizar os sintomas comportamentais, os participantes referiram-se à falta de limites, aos comportamentos regredidos e à agressividade. O único sintoma cognitivo elencado pelos participantes foi o baixo rendimento escolar.

Com relação às limitações desse estudo salienta-se que o olhar da infância esteve pautado também no Estatuto da Criança e da Adolescência e a idade cronológica estabelecida para a infância difere dos critérios utilizados pela Organização das Nações Unidas.

Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Marinho-Araujo CM. A ciência do desenvolvimento humano: para além de uma Psicologia do Desenvolvimento. *Psicol Esc Educ*. 2006;10(1):135-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572006000100013>
2. Associação de Psiquiatria Americana (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: MS; 2002. [cited 2015 Aug 12] Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf.
4. Waiselfisz JJ. Atendimento por violências no SUS. In: Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; 2012; p.62-73.
5. Cunha MP, Martins-Borges L. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e adolescência e sua relação com a violência familiar. *Bol Acad Paulista Psicol*. 2013;33(85):312-29.
6. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8.069/90, de 13 de Julho de 1990. Brasília: Senado Federal; 1990.
7. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
8. Brasil HH, Bordin AI. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry*. 2010;10:83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-10-83>
9. Cantero DSM. Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *REDIE*. 2014;16(1):104-22.
10. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
11. Hoffmann MCCL, Santos ND, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial infantil-juvenil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):633-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300017>
12. Delvan JS, Portes JRM, Cunha MP, Menezes M, Legal EJ. Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do Sul do Brasil. *Rev Bras Desenvolvimento Hum*. 2010;20(2):228-37.
13. Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Fonseca FL, Tavares CM, Reis AOA. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. *Rev Bras Desenvolvimento Hum*. 2009;19(2):226-36.
14. Pedrini JR, Frizzo GB. Avaliação de indicadores de problemas de comportamento infantil relatados por pais e professores. *Aletheia*. 2010;(33):223-33.
15. Organização das Nações Unidas (ONU). Principles and recommendations for population and housing censuses. New York: United Nations; 2008.
16. Graham-Bermann SA, Castor LE, Miller LE, Howell KH. The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *J Trauma Stress*. 2012;25(4):393-400. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21724>
17. Ximenes LF, Oliveira RVC, Assis SG. Violência e transtorno de estresse pós traumático na infância. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(2):417-33. DOI: <tp://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200011>
18. Poletto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estud Psicol*. 2008;25(3):405-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>
19. Meshulam-Werebe D, Andrade MGO, Delouya D. Transtorno de estresse pós-traumático: o enfoque psicanalítico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(Suppl. 1):37-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000500009>
20. Tinoco V, Franco MHP. O luto em instituições de abrigamento de crianças. *Estud Psicol*. 2011;28(4):427-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400003>
21. Franco MHP, Mazorra L. Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estud Psicol*. 2007;24(4):503-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400009>
22. Freud S. Luto e melancolia. In: Freud S. Introdução ao narcisismo, ensaios e metapsicologia e outros textos. São Paulo: Companhia das letras; 1917; p.171-194.
23. Durant JG, Schraiber LB, França-Junior I, Barros C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(2):355-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000004>
24. Martins CBG, Jorge MHPM. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(3):325-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300004>
25. Gava LL, Silva DG, Dell'Aglio DD. Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. *Psico*. 2013; 44(2): 235-44.

26. López-Soler C, Fernández MV, Prieto M, Alcántara MPMV, Castro M, López-Pina JA. Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales Psicol.* 2012;28(3):780-788. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.140441>
27. Marcelli D, Cohen D. Os transtornos de ansiedade, os sintomas e a organização de aparência neurótica. (Murad, Fátima. Trad.). In: Marcelli D. *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artmed; 2010; p. 298-332.
28. Kugler BB, Bloom M, Kaercher LB, Truax TV, Storch EA. Somatic symptoms in traumatized children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012;43(5): 661-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-012-0289-y>
29. Martins-Borges L, Mayorca DS, Livramento MS. Atendimento psicológico em situações de violência conjugal. In: MC Zurba. *Psicologia e Saúde Coletiva*. Florianópolis: Tribo da Ilha; 2011; p. ;157-168.
30. Preto M, Moreira PAS. Autoregulação da aprendizagem em crianças e adolescentes filhos de vítimas de violência doméstica contra mulheres. *Psicol Reflex Crít.* 2012;25(4):730-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000400012>

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Abstract

Introduction: A child exposed to violent events may go on to develop health problems such as post-traumatic stress disorder (PTSD). One of the stressful events that can cause PTSD is family violence.

Objective: To describe traumatic events, and to identify the frequency of PTSD and the symptoms in juvenile victims of violence from the perspective of their mothers and stepmothers.

Methods: The Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) clinical interview was used with the caregivers and children and semi-structured interviews were conducted only with the caregivers. The data from the K-SADS-PL clinical interview were organised in Microsoft Excel. For the analysis of the semi-structured interview data, Atlas/Ti 5.0 software was used.

Results: In total, 20 subjects participated, including 10 children between six and twelve years of age and 10 caregivers. The family composition that predominated was blended and the type of violence was psychological. Of the 10 children who participated in the survey, three were diagnosed with PTSD and four of them showed symptoms, but did not meet all the diagnostic criteria for the disorder. The most common traumatic events experienced by the children were physical abuse, witnessing domestic violence and experiencing trauma. It was found in the semi-structured interviews that trauma, from the perspective of the caregivers, was caused by losses and violence to which the children were exposed. The psychological, behavioural and cognitive symptoms manifested as a result of the traumatic event. In this situation, caregivers looked for support from reference people.

Conclusion: These findings suggest that it is urgent to think of strategies to prevent violence and to perform additional research on PTSD and violence in mental health services.

Keywords: family violence, childhood, post-traumatic stress disorder.