



Proteger dos prejuízos das experiências adversas na infância é possível?

Is it possible to protect against the damage of adverse childhood experiences?

DOI: 10.56238/isevmjv2n4-015

Recebimento dos originais: 01/08/2023

Aceitação para publicação: 22/08/2023

Scheila Santos de Carvalho

Mestrado em Intervenção Psicológica no Desenvolvimento e na Educação, Universidad Europea del Atlantic

RESUMO

Partindo de uma inquietação empírica da experiência profissional, a autora empreende uma revisão bibliográfica para compreender os desdobramentos para o desenvolvimento biopsicossocial infantojuvenil das experiências adversas na infância - EAI, apontadas por Felitti et al. (1998) como extensivas a todos os segmentos da população. Dessa revisão bibliográfica, fundamentou-se a hipótese inicial da correlação entre a qualidade e intensidade das experiências vividas (positivas ou negativas), em especial na infância, e o processo de desenvolvimento integral saudável desse ser. Os estudos apontaram 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. Seria possível, então, evitar os prejuízos dessas EAI? Fundamentada nas pesquisas revisadas, a autora prossegue elencando quais fatores poderiam ser considerados de risco ou protetivos para a ocorrência das EAI, destacando-se como efetivamente protetores: ambiente familiar estável, relações familiares de apoio e traços de personalidade que reforçam as habilidades sociais. Os estudos ainda sugeriram que promover políticas públicas de apoio às famílias, de caráter preventivo e articulado, se mostraram mais eficazes para se evitar ou mitigar os efeitos das EAI, ao fortalecer os fatores protetivos. Portanto, esses fatores têm sido apontados como contribuintes em algum grau com a probabilidade de preservação da criança/adolescente de experienciar EAI e/ou de atenuar o efeito das consequências, aliviando o sofrimento comum nessas vivências. Por esse motivo, intervenções nesse sentido estão na pauta internacional das organizações governamentais referências de enfrentamento das EAI.

Palavras-chave: Experiências adversas na infância, Fatores de risco e de proteção à infância, Consequências de abuso e negligência infantil, Proteção à infância, Psicologia do desenvolvimento.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo é produto do processo de pesquisa para dissertação de Mestrado¹ da autora, cujo objeto de análise surgiu a partir de sua atuação profissional enquanto assistente social do Judiciário, junto às famílias na Vara da Infância e Vara de Família. Nessa prática, observou crianças e adolescentes em vivência de sofrimento com suas famílias de origem ou na experiência

¹ A autora está mestrando no programa de Intervenção Psicológica no Desenvolvimento e na Educação da Universidad Europea del Atlantico.

de rompimento de vínculos familiares nas instituições de acolhimento, que apresentavam comprometimento no seu desenvolvimento biopsicossocial integral. 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. Uma revisão bibliográfica completa abordando esses aspectos foram publicados em artigo anterior de mesma autoria (Carvalho, 2023), cujos elementos fundamentais ao entendimento do leitor foram condensados na presente obra.

Em contribuição para intervenções nesta problemática, debruçou-se em quais fatores poderiam ser evidenciados como protetivos ou de risco para a ocorrência dessas situações potencialmente traumáticas, à luz das pesquisas revisadas, a fim de contribuir com reflexões e possíveis estratégias efetivas de proteção e promoção do pleno desenvolvimento infantil.

2 METODOLOGIA

Partindo do estudo considerado seminal de Felitti et al. (1998), e plataformas oficiais norte-americanas de estudo e monitoramento para controle e prevenção de doenças, ligadas a departamentos do governo, responsáveis pelo enfrentamento de ocorrências de maus-tratos na infância, percorreu-se por diversas áreas do saber interligadas à temática. (Cumprir destacar que o estudo de Felitti et al. (1998) é apontado como seminal da temática nas referidas plataformas oficiais de monitoramento, assim como, não constatou-se na Plataforma “Google Acadêmico” e nem na “Capes Periódicos” estudo anterior acerca das “experiências adversas na infância”).

Realizou-se, então, revisão bibliográfica com o objetivo de contribuir com a definição do que é ACE (*Adverse Experiences in Childhood*), neste artigo traduzido como EAI (*Experiências Adversas na Infância*), por ser a forma mais comum nos textos estudados traduzidos para o português. Constatada a relevância internacional da temática, buscou-se informações nacionais, por plataformas oficiais do governo e de pesquisa, dedicadas às experiências adversas na infância-EAI, incluindo a plataforma “Google Acadêmico” e “Capes periódicos”, delimitando estudos relacionados com “experiências adversas na infância” posteriores a 2016.

De maneira não exaustiva, o intento foi de trazer subsídios para a condensação e incremento de algumas reflexões que apontam para a relevância do assunto, em especial como as experiências adversas na infância impactam negativamente o desenvolvimento biopsicossocial infantojuvenil integral e quais os fatores de proteção e de risco relacionados, que podem contribuir

com o trabalho da rede de proteção à infância e adolescência do Brasil. Para aprofundamento nos desdobramentos e mecanismos neurobiológicos ativados em situações de ameaça e/ou privações sensoriais, decorrentes das EAI, consultar artigo anterior publicado (Carvalho, 2023).

3 RESULTADOS

Dessa revisão bibliográfica, fundamentou-se a hipótese inicial da correlação entre a qualidade e intensidade das experiências vividas (positivas ou negativas), em especial na infância, e o processo de desenvolvimento integral saudável desse ser. Ou seja, corroboraram com a observação empírica de que a vivência de eventos traumáticos nos primeiros anos de vida, com atenção especial ao contexto familiar, pode impactar negativamente o desenvolvimento infanto-juvenil em seu funcionamento emocional, comportamental, cognitivo, social e físico.

Portanto, vivenciar experiências de maus tratos na infância, segundo 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, problemas de saúde na vida adulta relacionados com as causas mais frequentes de morte, além de outras formas de comportamento emocional mal-regulado. Além dos desdobramentos na saúde integral do indivíduo por toda sua vida, pois resguardam relação de probabilidade significativamente maior para o desenvolvimento das principais doenças responsáveis por mortes, nos contextos socioterritoriais retratados, assim como em escala mundial, segundo a OMS (Brasil, 2021).

Diante da gravidade e abrangência decorrente das EAI, diversas organizações governamentais, têm direcionado seu foco de atuação nos fatores protetores que contribuem em algum grau com a probabilidade de preservação da criança/adolescente de experienciar EAI (diminuindo os fatores de risco), e/ou de atenuar o efeito das consequências, aliviando o sofrimento comum nessas vivências, motivo pelo qual estudos apontam a importância de intervenções voltadas ao fortalecimento desses, em qualquer situação.

A partir desses estudos, Nelson III (2014) relaciona três fatores protetores que ficaram mais bem caracterizados como efetivamente protetores: “ambiente familiar estável, relações familiares de apoio e traços de personalidade que reforçavam as habilidades sociais” (Afifi e MacMillan, 2011; citado por Nelson, 2014, p. 42).

4 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 biopsicossociais².

Em especial, destaca-se, para este trabalho de pesquisa, a Epigenética e a Psicologia do Desenvolvimento, ampliando as descobertas relativas à neuroplasticidade cerebral³ 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 Humano⁴, que tem no psicólogo russo

² Para citar algumas: 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.

³ “A neuroplasticidade ou plasticidade neural é definida como a capacidade do sistema nervoso modificar sua estrutura e função em decorrência dos padrões de experiência” (Haase & Lacerda, 2004, p.1).

⁴ Essa teoria diz-nos que o desenvolvimento do ser humano apesar de depender das características biopsicológicas, depende também das características dos contextos em que cada ser humano está inserido e das relações que ao longo da sua vida vai concebendo ... 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. O seu modelo tem níveis, e destes fazem parte: o Microssistema, o Macrossistema, o Mesossistema e o Exossistema. (Brás & Ribeiro, p.1).

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.

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.

4.1 CARACTERIZANDO AS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA - EAI⁵

Experiências Adversas na Infância-EAI, 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.

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-Kaiser⁶, incluiu nas pesquisas as categorias de adversidades da infância relacionadas à negligência (física e emocional) e separação/divórcio dos pais.

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

⁵ No presente artigo, será utilizado o termo *Experiências Adversas na Infância* – EAI referindo-se ao conceito original *Adverses Childhood Experiences* – ACE (utilizado em Felitti et al, 1998; Perry et al, 1995; Van der Kolk, 2014; entre outros), por ser o mais comum nos textos estudados traduzidos para o português.

⁶ 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.



“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-americanas⁷, cuja alta prevalência de experiências adversas na infância na população tem sido correlacionada

⁷ Entre elas: 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).

com maior propensão a comportamentos de risco e impactos nas condições de saúde, oportunidades para a vida e conseqüente menor produtividade econômica na vida adulta, assim como quanto mais prolongado o tempo de exposição, maiores as desordens neuropsíquicas e efeitos deletérios perpetrados:

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.

E, para Silva (2016), há também a possibilidade de aprendizagem por observação/imitação/modelagem dos padrões de comportamentos violentos de seus cuidadores/pais e reprodução do ciclo de violência. A autora argumenta, com base na Teoria do Aprendizado Social, que a criança, quando exposta a contexto familiar com violência doméstica, tende a perceber a agressão como uma forma apropriada de manejar o estresse, resolver conflitos ou obter controle; e, por conseguinte, pode ser privada 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.

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.

Corroboram nessa mesma direção os resultados obtidos nas pesquisas coordenadas pelo Committee on Child Maltreatment Research, Policy and Practice for the Next Decade (Nelson III, 2014), que comprovam que as referidas conseqüências 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 - TEPT⁸. (p.3)

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 tóxico⁹, que afeta 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.

Os resultados evidenciados pelos grupos de pesquisadores sobre as EAI (Felitti et al., 1998) 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

⁸ Para sintomas característicos de TEPT, vide American Psychiatric Association-APA (2014; citado por Schaefer et al., 2016).

⁹ Estresse tóxico definido como o estresse prolongado, ininterrupto ou repetitivo, que ocorre nos casos de maus tratos, abusos ou negligências (NCPI, 2016).

(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) 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 (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.

5 MECANISMO DE ATIVAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO

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 diencéfalo, 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 abstratos 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).

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 (Perry et al., 1995).

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 ... 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* ...”, isso significa que a criança passará muito facilmente de uma ansiedade leve para uma sensação de ameaça ou de terror” (Ibidem, p. 278).

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 pregressa 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 pregressas 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 dissociativo¹⁰. 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).

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.

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

¹⁰ *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., 1995, p. 280, tradução nossa).

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). Nelson III (2014), na mesma direção, 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.

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 Harris¹¹ (2014), 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).

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, que, segundo eles, pode ser resultado da correlação de um conjunto de fatores, individuais e ambientais, que podem contribuir como protetivos ou agravantes do risco, os quais serão abordados na sequência.

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.

6 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Há consenso, na literatura consultada, da heterogeneidade da resposta aos estímulos negativos e traumáticos da exposição às EAI, com variações significativas de uma criança/adolescente para outra, o que estaria relacionado, como apresentado, com a interação das influências positivas e negativas, individuais, familiares e sociais mais amplas. Segundo os estudos pesquisados, a resposta individual à determinada situação adversa dependerá da correlação desses

¹¹ A Dr^a Nadine B. Harris é 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.

fatores endógenos e exógenos, motivo pelo qual o mesmo evento pode ter efeito traumático para um indivíduo e não para o outro.

Os estudos de Nelson III (2014) sobre as consequências de se vivenciar EAI também constataram a associação positiva entre o número de fatores de risco para EAI que uma criança é exposta e a probabilidade de ocorrência dos efeitos deletérios desse evento. Assim, diante desses efeitos sobre o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo e o custo social e financeiro final (\$ 80,3 bilhões a cada ano nos EUA, segundo Gelles e Periman [2012; citado por Nelson III, 2014]), ressalta-se a relevância do incremento de estratégias de enfrentamento desse problema de saúde pública, em especial com intervenções de caráter protetivo.

Para tanto, respaldam-se nos fatores que os estudos indicaram associação com a ocorrência de situações adversas na infância, tornando-se premente o conhecimento daqueles que podem ser considerados de risco ou de proteção ao desenvolvimento infantil e que estariam correlacionados às repercussões negativas das EAI.

Para uma exposição sistemática focada nos fatores que precisam ser observados no atendimento às famílias e às crianças/adolescentes, foi realizado um levantamento a partir da literatura consultada¹², que será dividido em fatores de risco e fatores protetivos.

6.1 FATORES DE RISCO

De acordo com a citada literatura, vários fatores ambientais são correlacionados com probabilidades de risco tanto para a ocorrência quanto para o agravamento das consequências de situações adversas, com efeito cumulativo, entre eles:

6.1.1 No contexto familiar

Dentre as **configurações e situações prevalentes, destacaram-se famílias**: baseadas em uma distribuição desigual de autoridade e poder; nas quais não há uma diferenciação de papéis, levando ao apagamento de limites entre os membros; com nível de tensão permanente, manifestado por dificuldades de diálogo, descontrole da agressividade e outros comportamentos antissociais; com incidência de estresse ambiental e eventos estressantes da vida (sendo quaisquer mudança no ambiente que ocasione alto grau de tensão); que se encontram em situação de crise, perdas (separação do casal, desemprego, morte, migração, etc); nas quais não há abertura para contatos externos (isolamento); com insuficiente rede de apoio social (familiar e comunitária); com baixo

¹² Brasil (2002); Coêlho et al. (2016); Goodyear-Brown et al. (2012); Khoury et al. (2020); MacMillan (2011); Maia & Williams (2005); NCPI (2016); Nelson III (2014); Papaia & Feldman (2013); Perry et al. (1995); Perry (2005); Schaefer et al. (2016); Silva (2016); Stochero et al. (2021); Waikamp & Barcellos Serralta (2018).

nível de desenvolvimento da autonomia dos seus membros; nas quais há ausência ou pouca manifestação positiva de afeto entre pai/mãe/filho; com ambientes incapazes de promover afetos, segurança e proteção à criança; história de antecedentes criminais ou uso de armas; em situação de baixo nível socioeconômico; com desvantagens sociais relacionadas à raça e etnia; com dependência econômica/emocional e baixa auto-estima da parte de algum(ns) de seus membros, levando à impotência e/ou fracasso em lidar com a situação de violência; numerosas; com ausência de um dos pais¹³ e dissolução da família nuclear.

Especificamente, **em relação aos pais/cuidadores primários**, a literatura consultada destacou como possibilidade de fatores de risco, a incidência de: baixo nível educacional; habilidades sociais empobrecidas; ausência ou insuficiência de conhecimento sobre desenvolvimento infantil; expectativas demasiadamente altas em relação à criança; delegação à criança de tarefas domésticas, desproporcionais à sua faixa etária, ou parentais; capacidade limitada em lidar com situações de estresse (perda fácil do autocontrole); abuso de substâncias psicoativas e a incapacidade decorrente de cuidar do filho (esse abuso pode comprometer pensamento, habilidade, julgamento e capacidade de proteger); comprometimento psicológico/psiquiátrico ou deficiência mental, incluindo a depressão materna; gravidez de pais adolescentes, sem suporte psicossocial; gravidez não planejada/negada; e falta de acompanhamento pré-natal.

Elementos **relacionados com a história e personalidade dos pais/cuidadores**, também apontaram correlação: as memórias de apego¹⁴ infantil dos pais, que podem influenciar a construção do apego de seus próprios filhos; a ocorrência prévia ou multigeracional de abuso e negligência, e todas as modalidades de violência intrafamiliar (violência física, negligência, violência psicológica – incluindo a exposição à violência interparental, e a violência sexual); a presença de um modelo familiar violento em sua história de origem (maus-tratos, abuso na infância e abandono/rejeição); a presença de estilos negativos de práticas educativas parentais (estilo disciplinar rigoroso, autoritário); a pouca exposição a modelos adequados de papel parental; entre outros.

¹³ O Quarto Estudo Nacional de Incidência de Abuso e Negligência Infantil, (NIS-4; Sedlak et al., 2010; citado por Goodyear-Brown et al., 2012, tradução nossa) examinou a estrutura familiar como um fator de risco potencial para maus-tratos infantis, usando dados coletados em 2005 e 2006. Em grupos de maus tratos, crianças vivendo com pais biológicos casados tiveram a menor taxa de maus tratos coletivamente. Crianças que viviam com um pai solteiro tinham oito vezes mais incidência de maus tratos, do que aqueles que viviam com pais biológicos casados e foram dez vezes mais propensos a serem abusados.

¹⁴ “Apego é um tipo de vínculo que forma um senso de segurança, estritamente ligado a uma figura de apego, cujo conforto experimentado na sua presença permite que seja usado como uma base segura, a partir da qual poderá explorar o mundo” (Silva, 2016, p. 52).

Nelson III (2014) assevera ainda como risco a ocorrência de fatores de estresse concomitantes à experiência em si de abuso e negligência, com possíveis consequências que podem se manifestar em momentos diferentes do desenvolvimento da criança.

6.1.2 No contexto mais amplo da comunidade:

Dentre as situações prevalentes no contexto social mais amplo, correlacionados com probabilidades de risco para a experiência de situações adversas, foram reportados: senso de aprovação da violência e punição corporal/castigo físico; distribuição desigual de poder dentro da família e da sociedade; expectativas culturais da comunidade/sociedade; contexto de violência social; impacto da mídia de massa, por exemplo, com a objetificação do corpo físico, a utilização de material de temática sexual - socialização sexual, a combinação frequente de sexo e agressão, concursos de beleza infantil onde crianças pequenas são treinadas para aumentar sua atratividade física, a caracterização da atividade sexual entre meninos com mulheres adultas e meninas com homens adultos; entre outros.

Do levantamento acima, referente ao contexto ambiental, algumas considerações da literatura consultada puderam ser constatadas nas observações empíricas no campo de atuação profissional desta pesquisadora.

Assim, concorda-se com MacMillan (2011) e ratifica-se que maus tratos à infância não são exclusividade das camadas da sociedade com níveis socioeconômicos mais baixos, contudo, “a pobreza e o estresse ambiental aumentam a probabilidade da sua ocorrência” (MacMillan, 2011, p. 19). Cuidadores que precisam se atentar a problemas urgentes ou dificuldades na área da sobrevivência material e do funcionamento cotidiano (garantia de renda, problemas de moradia, crianças demais para cuidar) estão em condição mais vulnerável ao comprometimento da interação com a criança e do estabelecimento de um sistema de apego seguro¹⁵, por exemplo, abordado na primeira parte deste artigo. A vivência de um ambiente caótico nas famílias tende a ser fator contributivo para a ocorrência de negligência das necessidades de apego da criança, por parte de seu cuidador primário.

¹⁵ 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, crianças cujos cuidadores são sensíveis às suas necessidades e consistentemente responsivos às suas sugestões.

Outra questão observada empiricamente coaduna com os apontamentos de Kitzmann (2007; citado por MacMillan, 2011) que, dos elementos estressores no ambiente familiar, destaca a exposição a conflitos violentos intrafamiliares, correlacionado à probabilidade significativa de acentuado nível de desorganização na criança e desenvolvimento de problemas psicossociais e acadêmicos, semelhantes à vivência de abuso físico diretos contra ela.

Os estudos de Nelson III (2014) incrementam a temática ressaltando a relação positiva da qualidade do cuidado da mãe e o impacto nos telômeros dos filhos, referindo constatação de encurtamento nos telômeros (extremidades dos cromossomos no DNA) de crianças cujas mães eram insensíveis. E, a respeito do contexto de vulnerabilidade socioeconômica familiar, apontaram que os efeitos em si, quando da ocorrência de mais de cinco fatores de risco nessa área, são comparáveis, pelos estudos do autor, aos efeitos do abuso e da negligência infantil, devido às implicações negativas e comprometedoras do funcionamento dos pais com efeitos significativos sobre a possibilidade de estabelecimento do apego pais-filho.

6.1.3 Inerentes à criança

6.1.3.1 Fatores endógenos/ neurobiológicos:

Dos aspectos relevantes para a temática discutida, inerentes a fatores neurobiológicos (endógenos) das crianças, destacaram-se, na literatura citada, a correlação significativa: de distúrbios evolutivos; de crianças nascidas com más-formações congênitas ou doenças crônicas (retardo mental, anormalidades físicas, hiperatividade); de comportamento infantil desorganizado; do contexto do desenvolvimento do cérebro da criança, quando da ocorrência do abuso e/ou negligência infantil (correlacionando aos possíveis efeitos negativos expostos sobre as estruturas cerebrais em formação); da Idade da criança/adolescente, pois, segundo os estudos, os padrões de resposta neurobiológica parecem mudar com a idade; e do significado cognitivo atribuído/percebido ao evento pelo sujeito (criança).

6.1.3.2 Fatores exógenos

Também foram observados fatores exógenos correlacionados com a ocorrência e/ou agravamento das consequências de EAI, como: crianças com falta de vínculo parental nos primeiros anos de vida; crianças separadas da mãe ao nascer por doença ou prematuridade; crianças/adolescentes com baixo desempenho escolar e/ou evasão; histórico pregresso de estressores; a natureza específica do trauma; a presença de fatores agravantes (como por exemplo, a perda do cuidador).

Todos os fatores apresentados, entre outros, tanto ambientais quanto relativos à própria criança/adolescente resguardam relação cumulativa e interdependente com os padrões de resposta da vítima, o que fundamenta a diferenciação das possíveis consequências e desdobramentos singulares de cada indivíduo apontada nos estudos referenciados.

6.2 FATORES DE PROTEÇÃO

Prosseguindo com os dados encontrados na literatura consultada¹⁶, evidenciou-se fatores ambientais correlacionados com probabilidades de proteção tanto para a ocorrência quanto para o desenvolvimento de resiliência¹⁷ da criança diante de eventos estressores e traumáticos.

Considerando a complexidade multifacetada da abrangência e correlação de fatores que compreendem o estudo da resiliência, os possíveis fatores de proteção também têm sido analisados em termos ecológicos, endógenos e exógenos, aferindo a resiliência em estudos longitudinais envolvendo a infância, adolescência e início da idade adulta, com a medição desses fatores posterior à ocorrência da EAI. A partir desses estudos, Nelson III (2014) relaciona três fatores protetores que ficaram mais bem caracterizados como efetivamente protetores: “ambiente familiar estável, relações familiares de apoio e traços de personalidade que reforçavam as habilidades sociais” (Afifi e MacMillan, 2011; citado por Nelson, 2014, p. 42).

Ademais, todos os fatores protetores abaixo elencados, entre outros possíveis, contribuem em algum grau com a probabilidade de preservação da criança/adolescente de experienciar EAI (diminuindo os fatores de risco), e/ou de atenuar o efeito das consequências, aliviando o sofrimento comum nessas vivências, motivo pelo qual estudos apontam a importância de intervenções voltadas ao fortalecimento desses, em qualquer situação.

6.2.1 No contexto familiar

Sendo assim, foram considerados fatores protetivos, no contexto familiar, a **constatação e/ou fortalecimento para a construção de**: um ambiente doméstico atencioso, saudável e seguro; um ambiente de relacionamentos estáveis, estimulantes e protetores que possibilitem a construção de uma base sólida para uma vida de aprendizagem eficaz; relações familiares permeadas por expressões de afeto e respeito; mudanças positivas na estrutura familiar (por exemplo, intervenção, interrupção do direito de visita ou a remoção para um lar adotivo); relações familiares de apoio no

¹⁶ Vide nota 11.

¹⁷ Para este trabalho, utilizou-se a concepção de resiliência escolhida por Nelson III (2014), que a considerou como “um bom resultado apesar do risco elevado; manutenção da competência sob tensão; e recuperação do trauma” (McGloin e Widom, 2001; citado por Nelson III, 2014, p. 41).

momento do abuso; um ambiente que proporcione experiências cognitivas, emocionais, sociais e físicas enriquecedoras; engajamento familiar em recursos comunitários e rede de apoio social; nível socioeconômico compatível à demanda familiar e suas necessidades; entre outros.

Relacionados mais **diretamente com histórico e personalidade dos pais/cuidadores**, foram elencados: um estilo educacional parental focado em práticas educacionais positivas; exposição dos pais/cuidadores a modelos adequados de papel parental; desenvolvimento da capacidade dos pais/cuidadores para enfrentar situações estressoras e demais habilidades sociais/emocionais regulatórias; conhecimento sobre desenvolvimento infantil e expectativas parentais ajustadas às possibilidades reais do filho; independência econômica/emocional, além de autoestima positiva; saúde física e mental dos pais/cuidadores; manutenção do casamento saudável de pais biológicos casados¹⁸; educação parental em planejamento familiar e concepção planejada.

6.2.2 No contexto mais amplo da comunidade:

Os estudos citados elencaram como protetivos, no contexto mais amplo da comunidade, a constatação e/ou fortalecimento para a construção de: relações de apoio com pessoas de fora da família, tais como professores ou outro profissional de apoio contínuo com a criança/adolescente que sofreu o abuso/negligência, e relações de apoio com colegas na adolescência; educação pública em geral, voltada à compreensão e conscientização acerca das EAI (formas de prevenção e atuação diante de suspeitas); ampla divulgação de maneiras de acessar recursos comunitários socioassistenciais em diferentes formatos; aprimoramento dos métodos de identificação de casos, como instrumentos de triagem e comunicação entre agências/serviços; expectativas culturais da comunidade/sociedade, permeada por instrumentos mais pacíficos de convivência, desenvolvendo valores como tolerância e respeito.

Evidenciada a correlação positiva e cumulativa entre um contexto social com mais equidade, melhor distribuição de renda, poder e justiça social, e a proteção infantojuvenil, os estudos consultados também apontaram a relevância do desenvolvimento de políticas sociais voltadas ao amparo à família. Estas deveriam, segundo os autores, oportunizar melhorias ambientais e de vida através de acesso a recursos e políticas públicas multisetoriais e articuladas (educação, saúde, habitação, geração de emprego, cultura, entre outras).

¹⁸ Vide nota 12.

6.2.3 Inerentes à criança:

6.2.3.1 Fatores endógenos/ neurobiológicos

Dos aspectos inerentes a fatores neurobiológicos (endógenos) das crianças, destacaram-se, na literatura consultada: a capacidade da criança/adolescente construir um senso de controle de situações da sua vida e acreditar na sua própria capacidade de superar as dificuldades; a presença de habilidades da criança/adolescente de desenvolver autorregulação e funções executivas (planejamento, organização, controle de impulsos e flexibilidade de cognição), que ajudam a manejar seu próprio comportamento e emoções; aspectos específicos de traços de personalidade, de gênero (as mulheres apresentam maior resiliência do que os homens), e de idade (os padrões de resposta neurobiológica parecem mudar com a idade); o nível de inteligência ou da capacidade cognitiva, assim como de sua capacidade de relacionamento; o significado cognitivo específico do evento para ele (a); e influências genéticas: 1. altos níveis de monoamina oxidase A diminuem a propensão a desenvolver problemas antissociais; 2. o genótipo pode moderar a sensibilidade a agressões ambientais, como maus-tratos.

6.2.3.2 Fatores exógenos

Por fim, dos aspectos inerentes a fatores exógenos às crianças, foram ressaltados nos estudos pesquisados: a vivência de experiências cognitivas, emocionais, sociais e físicas enriquecedoras; a natureza específica do trauma; a presença de fatores atenuantes (por exemplo, intervenção precoce); a disponibilidade de pelo menos uma relação de apoio, estável e carinhosa, entre a criança e um adulto importante para sua vida, que pode ser da família ou não; a formação um relacionamento de apego seguro com um ou mais cuidadores primários; a convivência em ambiente permeado por tolerância, empatia e respeito; além de um contexto de confiança e fé ou de tradições culturais, que contribuam como repertório psíquico e emocional para a criança responder mais efetivamente quando exposta a experiências estressantes.

A despeito dos fatores elencados, teoricamente fundamentados nos estudos referenciados, os mesmos autores sugerem a necessidade de aprofundamento nos estudos para ampliar a compreensão dos mecanismos neurobiológicos, comportamentais, sociais e ambientais e seus efeitos na correlação entre a exposição às EAI e as sequelas comportamentais e neurobiológicas decorrentes.

Considerando a complexidade e multiplicidade de abrangência dos fatores apontados, concorda-se com MacMillan (2011) de que os programas de intervenção voltados ao fortalecimento/promoção dos fatores de proteção, precisam envolver esforço articulado de



diversos setores e políticas, particularmente em condições de vida com maior vulnerabilidade, importando em maior exposição das famílias aos efeitos da pobreza, riscos de saúde e conflitos ambientais. Segundo o autor, seria fundamental oferecer assistência a esse grupo nos períodos pré e pós-natal, além de em momentos de estresse excessivo (crises).

Os estudos e “Pacotes Técnicos” (“*Technical Packages*”) da CDC-Kaiser, referência nessa temática devido ao trabalho permanente de monitoramento e avaliação, corroboram com a perspectiva preventiva de apoio às famílias, constatando que as estratégias mais eficazes para se evitar ou mitigar os efeitos das EAI, envolvem disponibilizar (CDC, 2019): apoio econômico às famílias; promoção de normas sociais protetivas contra a violência; garantia de um forte início de vida e respaldo para que as crianças atinjam seu pleno potencial; ensino de habilidades emocionais para auxiliar pais e jovens a administrarem situações estressoras cotidianas e gerenciarem suas emoções; conexão de jovens a adultos que disponibilizem atenção; e intervenção com vistas à diminuição dos danos imediatos e a longo prazo.

Portanto, as ações e políticas apontadas, de maneira geral, seriam articuladas com um objetivo amplo: o de **assegurar efetivamente a proteção de crianças e adolescentes**. Como visto, estes se encontram em condição especial de desenvolvimento, compondo grupo etário carente de proteção especial, cuja qualidade concorre para desdobramentos ao longo de toda sua vida útil.

Contribuir para a disseminação da relevância dessa temática foi um dos objetivos deste trabalho, que, de maneira não exaustiva, pretendeu trazer subsídios para a condensação e incremento de algumas reflexões sobre o potencial de impacto negativo das experiências adversas na infância para o desenvolvimento biopsicossocial infantojuvenil integral. Na segunda parte, apresentou, ainda, quais os fatores de proteção e de risco relacionados, lastreados no arcabouço científico, que podem contribuir com o trabalho da rede de proteção à infância e adolescência do Brasil, contribuindo para inspirar possíveis estratégias efetivas de proteção e promoção do pleno desenvolvimento infantil.



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 (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, de 05 de outubro de 1988. Brasília-DF: Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
- Ministério da Saúde. (2002). *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde.
- 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 .
- Carvalho, S.S. de (2023). As experiências adversas na infância e sua relação com o desenvolvimento biopsicossocial da criança/adolescente – uma revisão bibliográfica. *Educação: as principais abordagens dessa área*. (Vol. 02), pp. 251–277. Seven Editora. <https://doi.org/10.56238/sevedi76016v22023-019>
- 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%2Cwrd1%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>



Coêlho 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/index.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

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.

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](https://doi.org/10.3390/ijerph17113749)



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_Criancas_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