



Revista
Symposium

Atendimento em crise nos casos de violência

Albenise de Oliveira Lima¹

Resumo: Este trabalho consiste na apresentação de um modelo de atendimento infantil, em situações de crise gerada pela violência familiar. Dessa forma, sua dimensão fundamental é de caráter clínico. Parte-se do princípio de que testemunhar ato de violência gera trauma e este traz, como consequência para a criança, sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. A intervenção em crise tem por objetivo proporcionar à criança uma oportunidade de reexperienciar e explorar a recordação traumática, visando a facilitar o processo de readaptação. Utiliza a técnica da entrevista, desenhos livres e relato de histórias.

Palavras-chave: atendimento em crise, efeitos pós-traumáticos, entrevista.

Abstract: This assignment consists of the presentation of a model for counselling children in a crisis situation generated by family violence. Therefore its main framework is of a clinical character. It starts from the principle that witnessing an act of violence causes trauma which, as a consequence, brings to the child symptoms of post-traumatic stress disorder. Crisis counselling aims at giving the child an opportunity of re-experiencing and exploring the traumatic recollection with a view to facilitate readaptation. It uses the interview technique, free drawings and story telling.

¹ Professora-Assistente do Departamento de Psicologia da UNICAP.

Key words: Crisis counselling – post-traumatic effects – interview.

Em 1994 (Ano Internacional da Família), iniciei meu doutorado na área de Saúde e Família. O foco da minha atenção estava na disseminação da violência no seio da sociedade e no quanto a criança sofre passivamente as consequências dessa violência, principalmente quando envolve as figuras parentais. Resolvi, então, desenvolver minha tese, procurando avaliar os danos da agressividade dos pais sobre a formação da constituição psíquica infantil.

Realizar esse estudo acarretou transpor inúmeras dificuldades. A primeira delas foi a falta de estatística especializada sobre a localização e o número de crianças afetadas. Outra dificuldade foi a constatação de que não há uma intervenção institucionalizada imediata e efetivada por profissionais capacitados para isso (assistentes sociais, psicólogos, médicos). Em decorrência, perde-se a estatística de crianças vítimas da violência e dificulta-se o acesso até elas, seja por falta de recursos econômicos dos familiares para buscar ajuda especializada, seja pelo fato de os parentes desconhecerem a importância dessa ajuda no momento da crise acarretada pela violência. Como não há atendimento centralizado e oficializado perante o Estado, não há também uma prevenção com relação a futuros e possíveis distúrbios sociais e psicológicos que poderão surgir nessas crianças não assistidas no momento do trauma. O atendimento, quando ocorre, fica atrelado e dependente do judiciário, principalmente quando as crianças são solicitadas a depor judicialmente, como testemunhas de homicídio. E, mesmo assim, a criança é encaminhada a um psicoterapeuta nem sempre especializado em atendimento em crise.

Disso tudo se constata o quanto o menor que vive e sofre violência familiar deixa de ser contemplado, no sentido de receber uma assistência que lhe permita uma retomada do seu processo de desenvolvimento e uma reintegração ao contexto familiar. No caso do homicídio, o agressor é deti-



do, a vítima direta é socorrida ou encaminhada ao Instituto de Medicina Legal (IML), mas a vítima indireta (a criança) é deixada aos cuidados de parentes, às vezes, nem tão próximos, os quais, por sua vez, também estão vulneráveis emocionalmente, diante da violência, e não estão preparados, psicológica e economicamente, para assumir essa criança traumatizada.

Diante desse quadro, estabeleci como propósito, no final do doutorado, implantar na Clínica Manoel de Freitas Limeira, do Departamento de Psicologia da UNICAP, um serviço de intervenção em crise para crianças vítimas da violência.

A intervenção em crise caracteriza-se pela assistência psicológica imediata à criança vítima de um ato violento. Nesse tipo de atendimento, o foco está sobre o interjogo da dor e reações traumáticas da criança. Segundo Emery, citado por Brett (1993), o trauma ocorre quando um indivíduo age com a intenção de danificar alguém, criando um conflito entre o desejo de destruir e o de manter relações objetais. Nesse momento, ocorre uma divisão no ego criando uma dupla identificação com o agressor e com a vítima na solução traumática. A condensação dessas identificações forma uma estrutura egóica patológica, regulada pela compulsão à repetição. Então, uma pessoa traumatizada pode assumir o papel de vítima ou agressor com outras pessoas. Quanto mais imediato ocorrer a intervenção, maiores serão as possibilidades de a criança não vir a sofrer os efeitos do estresse pós-traumático, descrito no DSM-IV (1995) como Transtorno de Estresse Pós-Traumático. As principais características desse Transtorno são: recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do acontecimento; sonhos aflitivos e recorrentes do acontecimento; irritabilidade ou surtos de raiva; dificuldade de concentrar-se; hipervigilância; resposta de sobressalto exagerada; redução acentuada do interesse ou da participação em atividades sociais; sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas; faixa de afeto restrita (incapacidade de manifestar carinho).

O objetivo da intervenção é proporcionar à criança uma oportunidade para re-experienciar e explorar completamente a recordação traumática, visando a facilitar o processo de readaptação. O modelo de trauma implícito nessa intervenção é o que apresenta como princípio ativador a compulsão à repetição de memórias e afetos dolorosos (intrusão) e a criação de defesas (negação) contra essas repetições até o processamento cognitivo do trauma ser completado (BRETT, 1993). Outro aspecto importante do atendimento em crise é que se parte do princípio de que quanto mais cedo os sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático forem identificados, maior a probabilidade de reduzir seus efeitos sobre a organização psíquica da criança.

Pynoos e Eth (1986), psicanalistas americanos, sugerem a intervenção em crise nas primeiras 24 horas, após o acontecimento, uma vez que memórias são rápida e progressivamente perdidas. Segundo esses autores, apesar da escassez de estudos na literatura especializada, a exploração tenaz e minuciosa de como iniciou o acontecimento traumático é importante para o processo de readaptação dessas crianças, oferecendo alívio imediato da ansiedade. Eles também discutem aspectos relacionados ao fato de essas crianças fazerem declarações para a polícia ou irem para o tribunal como testemunhas de um homicídio. Nesse caso, eles citam como referência o modelo de auto-eficácia de Bandura, para hipotetizar que a criança se percebe mais confiante em lidar com o trauma, ela participa do processo judicial de forma mais segura.

Pynoos e Eth (1986) acreditam que deve ser dada a essas crianças uma oportunidade de explorar completamente tais recordações através da entrevista dirigida. Se a criança não enfrenta esses detalhes especiais da situação traumática, então, lembrar pode permanecer uma ameaça para elas.

O esquema da entrevista é apresentado em três estágios: abertura, vivência do trauma e fechamento. Utiliza a técnica de desenhos livres e relato de histórias. A entrevista inicia, permitindo

a criança primeiro expressar o impacto do trauma no jogo e fantasia e através de metáfora: solicita-se que a criança faça um desenho e conte uma história sobre ele. Essa fase inicial habilita o entrevistador a avaliar o pensamento geral da criança em relação ao acontecimento e às manobras defensivas usadas para minimizar a ansiedade traumática. O conceito-chave nessa fase inicial é que o acontecimento violento permanece intruso sobre a mente da criança e será representado em algum lugar no desenho ou história. A tarefa do entrevistador é identificar as referências traumáticas. Estas podem estar claras ou obscuras, porém estão invariavelmente presentes.

Segundo passo, o entrevistador transfere a atenção para o episódio traumático atual e explora a experiência da criança em relação a isso. A atenção é direcionada para a experiência afetiva e perceptual da criança. O entrevistador pede que ela desenhe ou represente o acontecimento central, alguma fantasia ou algum outro elemento significativo do trauma. A passagem do desenho e elaboração da história para a discussão explícita do acontecimento violento é um momento crítico tanto para o psicólogo quanto para a criança. Nesse momento, a criança necessita sentir-se protegida pelo psicólogo, que deve estar preparado para compartilhar a dor e para oferecer conforto psicológico e, algumas vezes, físico também à criança. Portanto, o papel do entrevistador é funcionar como protetor com o fim de levar a criança a se sentir protegida e confiante, para que ela possa trabalhar sua experiência, apesar do aumento do nível da ansiedade.

Na terceira fase, o entrevistador revisa o que diz respeito à vida presente e futura da criança, ou seja, trabalha-se o luto da criança. Nesta fase, o entrevistador pode assistir a criança para que ela fale de suas preocupações da vida corrente, com uma sensação de segurança, competência e domínio. É importante também que o entrevistador reforce a auto-estima da criança que, nesses casos, costuma ser afetada.

Essa entrevista dura em média noventa minutos. Pode ser aplicada a crianças a partir dos 3 anos e, embora ela não diagnostique explicitamente, permite o entrevistador avaliar a adaptação da criança à crise, além de prepará-la para uma aceitação e um contato terapêutico futuro.

No decorrer da entrevista, a criança refaz o ato violento e tira de si a culpa de que poderia ter feito algo para evitar a violência que presenciou. Nesse momento, ela utiliza distorções cognitivas e omissões defensivas. A distorção cognitiva caracteriza-se pelo esforço de a criança anular ou alterar o acontecimento traumático e suas conseqüências através de atividades mentais. O conteúdo e a forma de construção da distorção cognitiva são influenciados pela fase de desenvolvimento mental em que a criança se encontra. Crianças pré-escolares não têm habilidade mental para imaginar ações alternativas que possam alterar o resultado do acontecimento traumático. Por conta disso, elas sentem-se mais desamparadas. Então, fantasiam receber ajuda externa e, em suas brincadeiras, podem solicitar que o entrevistador desempenhe esse papel. Já as crianças de idade escolar fantasiam que não foram meras testemunhas de um ato violento, mas que participaram, chamando a polícia ou proporcionando outro tipo de ajuda. Com essas fantasias, elas buscam resgatar o pai ou a mãe, vítimas de atos violentos. Esses planos de ações cognitivos se limitam ao momento do trauma. Em contraste, os adolescentes imaginam ações alternativas por um período mais longo e de forma mais realista (Lima, 1998). Para identificar a presença desses recursos defensivos, o entrevistador deve possuir conhecimento prévio da história de vida da criança e do ato violento testemunhado ou sofrido por ela. Daí a importância da entrevista com familiares da criança. O papel do entrevistador é servir de ego auxiliar à criança. Nesse sentido, essa técnica é semelhante à usada por Winnicott (1971) em sua consulta de sessão única.

A perspectiva de intervenção em crise proposta por Pynoos e Eth (1986) supõe a idéia de intrusão, portanto, de repetição, uma vez que para eles a criança reexperiencia (repetir) até comple-



tar a recordação traumática é facilitador do seu processo de readaptação.

Além dessa perspectiva, o processo de readaptação proposto traz implícita a idéia de defesa, uma vez que, para promover a adaptação ao trauma, a criança, no seu processo de reexperiência, utilizará mecanismos que lhe permitam uma aproximação sucessiva com a re-presentação traumática até sua total reorganização cognitiva.

Outro aspecto que merece reflexão é o modo como a reexperiência vai tornar-se visível e externa. Nesse momento, ganha relevo o lugar e o papel dos sintomas o processo de reorganização, uma vez que é através desse contexto que instrumentos de avaliação poderão ser desenvolvidos de tal modo que a análise do fenômeno ganhe mais clareza e precisão.

Conforme observado, o atendimento em crise não substitui a psicoterapia, porém, devido a seus efeitos terapêuticos, deixa fortalecido o ego da criança que, por um motivo qualquer, não tenha condições de iniciar um atendimento psicoterápico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRETT, E. A. Psychoanalytic Contributions to a Theory of Traumatic Stress. In: WILSON, J. P. (Org.) **International Handbook of Traumatic Stress Syndromes**. New York: Plenum Press, 1993. p. 62-80.

CRITÉRIOS Diagnósticos do DSM-IV: Referência Rápida. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995. 270p.

LIMA, A. de O. **Efectos postraumáticos en la organización psíquica de una niña que há visto que su padre asesinó a su madre: un estudio de caso**. Bilbao, 1998. 223p. Tese (Doutorado em Saúde e Família) Universidad de Deusto, Espanha. 1998. Mimeografado.

PYNOOS, R. S. and ETH, S. Witness to Violence: the Child Interview. In: **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, New York. 25, 3: 306-319. 1986.

WINNICOTT, D. W. **Therapeutic Consultations in Child Psychiatry**. New York: Basic Books, 1971. 247p.