

DEBATER
A EUROPA

17

jul-dez 2017

UNIÃO EUROPEIA E O COMBATE AO
TRÁFICO DE SERES HUMANOS

*THE EUROPEAN UNION AND COMBATING
TRAFFICKING IN HUMAN BEINGS*

Tráfico de Seres Humanos: um acontecimento traumático. Da prevenção à intervenção em rede: Que papel para os serviços de saúde?

Trafficking in Human Beings: a traumatic event. From prevention to network intervention: What role for health services

João Redondo, MD

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

E-mail: armejoao@gmail.com

Resumo

Tráfico de seres humanos e violência. Impacto na saúde mental das vítimas. Como pensar a intervenção? Da perspectiva ecológica à intervenção em rede. Que papel para os serviços de saúde?

Palavras-chave: Tráfico de seres humanos; violência; trauma; trabalho em rede; serviços de saúde.

Abstract

Trafficking in human beings and violence. Effects on victim's mental health. How to think about intervention? From the ecological approach to the networking intervention. What role for health services?

Keywords: Trafficking in human beings; violence; psychological trauma; networking intervention; health system.

Nota introdutória

1. Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), o tráfico de seres humanos movimenta todos os anos cerca de 24 mil milhões de euros e vitima mais de 2,4 milhões de pessoas por ano **(1)**. Falamos de uma forma moderna de escravatura¹

¹ Quem são os traficantes? Não há um único perfil daqueles que traficam e exploram outros. Um traficante pode ser do sexo feminino ou do sexo masculino, membro de uma rede de criminosa organizada, parte de uma pequena empresa familiar ou de um operador amador que assiste, por exemplo, ao transporte, documentação ou logística de uma operação de tráfico. Os membros da família, amigos e conhecidos da pessoa que foi traficada podem ter participado ou liderado o recrutamento ou outras etapas do processo

que afecta pessoas de todas as regiões do mundo em situação excepcional de vulnerabilidade².

De acordo com o artigo 3, alínea a), do Protocolo para a Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Seres Humanos, especialmente Mulheres e Crianças, que complementa a Convenção das Nações Unidas contra a Criminalidade Organizada Transnacional, a expressão tráfico de seres humanos remete para “o recrutamento, transporte, transferência, alojamento ou recepção de pessoas, recorrendo à ameaça, ao uso da força ou a outras formas de coacção, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de poder ou de uma posição de vulnerabilidade ou à entrega ou aceitação de pagamentos ou benefícios para obter o consentimento de uma pessoa que tem autoridade sobre outra, para fins de exploração. A exploração inclui, pelo menos, a exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual, trabalhos ou serviços forçados (incluindo a mendicidade), escravatura ou práticas similares, servidão, exploração de actividades criminosas ou remoção de órgãos”. O crime de tráfico de seres humanos comporta pois três elementos fundamentais: a acção (o que é feito), os meios (como é feito), e o fim (para que é feito) **(4)**.

2. O Tráfico de Seres Humanos (TSH) constitui uma atroz violação dos direitos humanos³, privando as vítimas dos seus direitos de cidadania mais elementares e, pela sua dimensão traumática, com um impacto dramático na sua saúde e bem-estar. Englobando uma matriz histórico-vivencial marcada pela(s) violência(s)⁴, representa um sério desafio ao nível da prevenção e da resposta às múltiplas e complexas problemáticas associadas⁵.

de tráfico e exploração. Alguns traficantes são ex-vítimas de tráfico e agora recrutam e controlam outras vítimas. **(2)**. Informações de mais de 50 países mostram que no período de 2007-2010 cerca de dois terços das pessoas perseguidas e / ou condenadas por tráfico de seres humanos eram homens (...) Embora a maioria dos traficantes sejam homens, a participação das mulheres é maior para este crime do que para a maioria dos outros crimes. **(3)**

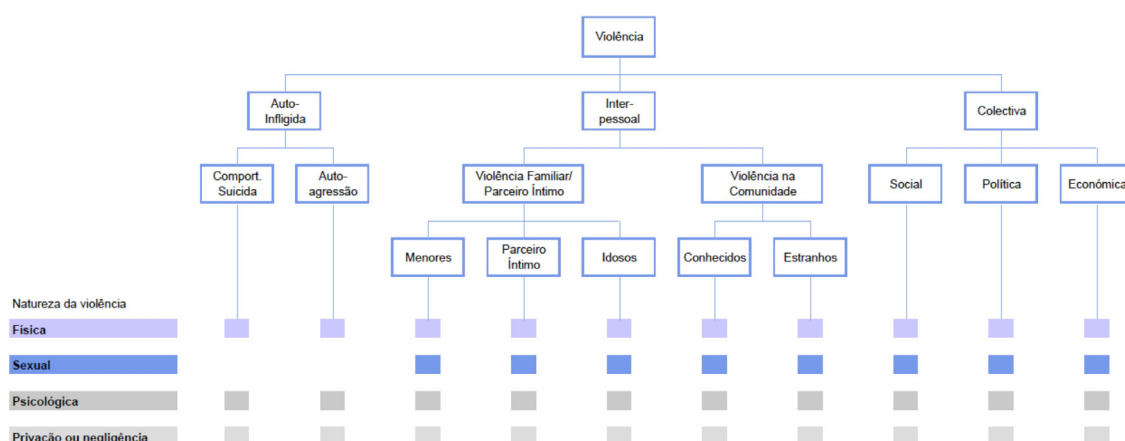
2 De acordo com o Global Report on Trafficking in Persons (UNODC, 2012), cerca de 58% dos casos de tráfico de pessoas destinam-se a exploração sexual e 36% a exploração laboral. Uma característica indelével, e que persiste nesta criminalidade, está associada ao recorte marcadamente feminizado que esta realidade assume quanto ao perfil das suas vítimas. Com efeito, e ainda de acordo com os dados de 2012 da UNODC, 55% a 60% das vítimas são mulheres, sendo que esse número ascende a 75% das vítimas quando se incluem as raparigas. Segundo a mesma fonte, mas ao nível dos Estados-membros da União Europeia (UE), três quartos das vítimas identificadas são para exploração sexual (76% em 2010). Quanto às restantes situações de exploração, 14% das vítimas estão relacionadas com a vertente laboral, 3% com a mendicidade e 1% com a servidão doméstica. Sempre por referência a essa fonte, e do ponto de vista do género, os dados disponíveis revelam que as mulheres e as raparigas são as principais vítimas do tráfico de seres humanos: entre 2008 e 2010 as mulheres (12% das quais eram raparigas) representaram 79% das vítimas e os homens (dos quais 3% eram rapazes) 21% **(1)**

3 De acordo com a Recomendação Rec (2007) 17 do Comité de Ministros aos Estados-Membros sobre Normas e Mecanismos para a Igualdade de Género, adotada pelo Conselho da Europa a 21 de novembro de 2007, a proteção dos direitos humanos deve constituir o quadro de referência de todas as ações contra o tráfico de seres humanos.

4 A Organização Mundial de Saúde (2002) define violência como o “Uso intencional de força física ou de poder, em forma real ou de ameaça contra si próprio, contra outro ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem elevada probabilidade de resultar em injúrias, morte, dano psicológico, perturbações no desenvolvimento ou privação” **(5)**.

5 Problemas de saúde física (exs.: morte, contusões, cortes, queimaduras, ossos fracturados); proble-

Fig. 1 - Tipologia da Violência⁶



3. Portugal dispõe desde 2007 de um Plano Nacional Contra o Tráfico de Seres Humanos, um instrumento estratégico e global de combate a este crime, e desde 2008 de um Observatório do Tráfico de Seres Humanos⁷, que tem como missão recolher, tratar e difundir informação sobre tráfico de pessoas e formas diversas de violência de género.

4. Os Serviços de Saúde, pela sua “proximidade” relativamente às pessoas em situação excepcional de vulnerabilidade, têm uma oportunidade única de prestar cuidados de saúde essenciais e opções de referência vitais que podem ser o primeiro passo da vítima de TSH em direção à segurança e recuperação. Neste enquadramento, importa reflectir, partindo de uma perspectiva saúde pública, continuada numa estratégia de cuidados multidisciplinares/multisectoriais, em rede, que papel para os Serviços de Saúde visando contribuir para a erradicação deste flagelo humano.

Tráfico de seres humanos: um evento traumático. Impacto na saúde e qualidade de vida das vítimas

1. A violência vivenciada pelas vítimas no ciclo do tráfico de seres humanos (Fig. 2), marcada pela imprevisibilidade e incontrollabilidade⁸, está associada a uma série de riscos para saúde (7) e bem estar das mesmas, terminando por vezes na sua morte.

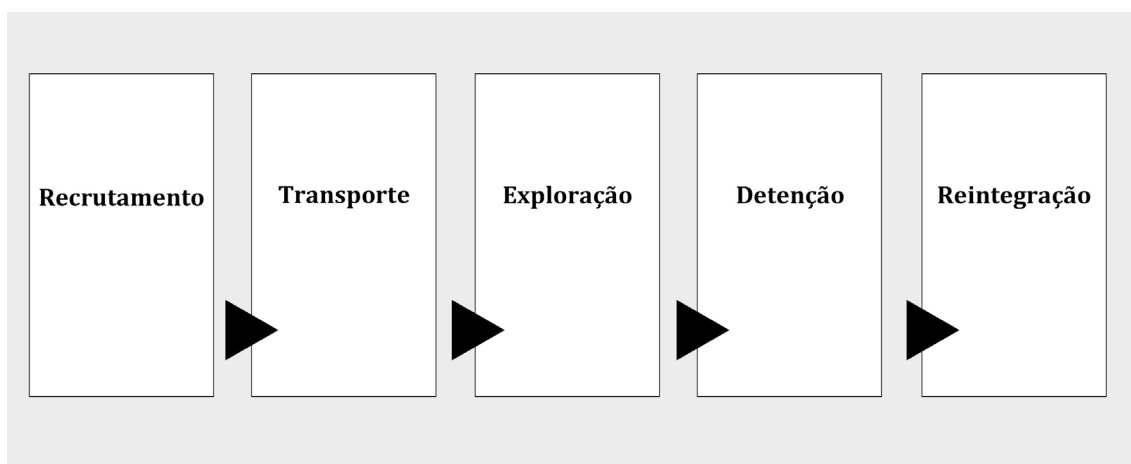
mas de saúde mental (exs.: ideação e tentativas de suicídio, depressão, pós-stress traumático/outras perturbações associadas à ansiedade, dependência de drogas e/ou álcool); infecções sexualmente transmissíveis (incluindo HIV), doença inflamatória pélvica, infertilidade, gravidez indesejada, abortos de risco, má saúde reprodutiva; restrições no acesso aos cuidados de saúde, insuficiência económica, (resultando em deterioração da saúde); higiene precária; desidratação, lesões físicas, infecções bacterianas, membros amputados... (2)

⁶ Adaptado de Krug et al, 2002 (5)

⁷ Observatório do Tráfico de Seres Humanos. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Barcarena. (Consult. 28 dez. 2016), disponível em <http://www.otsh.mai.gov.pt/Pages/default.aspx>

⁸ Entre as características comuns à tortura e às situações de tráfico (6) estão um stress persistente e re-

Fig. 2 - Ciclo do Tráfico de Seres Humanos⁹



Falamos da exposição a um evento de vida fora da experiência humana comum, onde existe “uma experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo (...) A resposta da pessoa ao acontecimento deve envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de obter ajuda ou horror (...)” **(8)**.

2. A resposta (imediate) do ser humano perante a exposição a um acontecimento traumático poderá estar associada, à dissociação peritraumática¹⁰. Como sublinham Pires e Maia (2009), “estas respostas dissociativas têm sido conceptualizadas como mecanismos

petitivo, associado a um perigo permanente de ameaça à vida, gerido num contexto de imprevisibilidade e de incontrolabilidade, características altamente preditivas de uma reação psicológica intensa e/ou prolongada. **(2)**

9 Adaptado de International Organization for Migration and the Gender Violence & Health Centre of the London School for Hygiene & Tropical Medicine (coord.) (2009). Caring for trafficked persons: Guidance for health providers **(2)**

10 Muitas pessoas, quando confrontadas com ameaças extremas, são incapazes de integrar na consciência a totalidade daquilo que está a acontecer, isto é, os elementos sensoriais e emocionais do acontecimento podem não ser integrados na memória e na identidade pessoal, permanecendo isolados da consciência. Nesses casos, a experiência é dividida nos seus elementos somatossensoriais, sem integração numa narrativa pessoal e essa fragmentação da realidade corresponde ao conceito de dissociação (...) a dissociação ocorre quer no acontecimento traumático, quer pós-traumáticamente, como consequência a longo prazo da exposição traumática (...) os processos dissociativos têm um papel crítico no desenvolvimento de problemas psicológicos relacionados com o trauma (...) tem sido associada a três formas de funcionamento, que podem ser designadas por dissociação primária, dissociação secundária ou peritraumática e dissociação terciária (...) Enquanto a dissociação primária limita as cognições das pessoas relativas à realidade das suas experiências traumáticas e lhes permite funcionar como se nada tivesse acontecido, a dissociação secundária afasta as pessoas do contato com os sentimentos e as emoções relacionados com o trauma, como se estes fossem anestesiados (...) A dissociação terciária refere-se a perturbações psicológicas de natureza essencialmente dissociativa, como a amnésia dissociativa, a fuga dissociativa, a perturbação dissociativa da identidade e a perturbação de despersonalização **(10)**. Ver também Bedard-Gilligan & Zoeliner, 2012 **(11)**

compensatórios que visam mediar o impacto emocional adverso que a situação possa vir a suscitar (...). No entanto parecem também bloquear o processamento inicial da informação e intervir no desenvolvimento de perturbação psicológica e psicopatológica (...)" (9).

Escreve Judith Herman (1997) que “as pessoas em cativeiro (...) através da prática da dissociação, da supressão voluntária do pensamento, da minimização e, às vezes, da negação pura e simples, aprendem a alterar uma realidade insuportável” (12). Embora as alterações dissociativas possam ser adaptativas no momento de desamparo total, elas tornam-se desadaptativas quando o perigo passa. O entorpecimento emocional funciona como uma defesa psicológica para reduzir a dor momentânea associada à “recolha” das experiências dolorosas. A dissociação quando associada a desprendimento emocional pode ser particularmente difícil de reconhecer, e a falta de resposta emocional “apropriada” pode ser mal interpretada, por quem avalia e/ou investiga a situação, “lendo” o relato e o comportamento da vítima como “fabricado”/ manipulador. Perante uma vítima de TSH, importa pois não presumir que as descrições de experiências de trauma extremo só são válidas se o seu relato estiver associado com os “estereótipos” do terapeuta/entrevistador sobre o que considera respostas emocionais apropriadas e explicitamente manifestadas.

Perante uma situação vivenciada como traumática a vítima fica, por vezes, “incapaz de retomar o curso da sua vida pois o trauma está constantemente a interrompê-la: é como se o tempo parasse no momento do trauma” (12). Conforme afirma Peres (2009) “A dificuldade em sintetizar, categorizar e integrar a memória traumática numa narrativa resiliente – capacidade de superar traumas e voltar a qualidade satisfatória de vida – pode estar relacionada à relativa diminuição do volume e ativação do hipocampo, à diminuição na atividade do córtex pré-frontal, do cíngulo anterior e da área de Broca (Bremner, 2002; Hull, 2002; Peres et al, 2005b). O mecanismo deficiente de extinção da resposta ao medo e a desregulação emocional estão possivelmente relacionados à menor atividade cortical pré-frontal, implicado na atenuação do feedback negativo da actividade da amígdala. Tais memórias traumáticas não-hipocampo/pré-frontal dependentes são involuntariamente acessadas, apresentam-se fragmentadas sensorialmente, sem estrutura narrativa desenvolvida e tendem a permanecer com expressão emocional intensa e sensações vívidas enquanto o indivíduo evita falar sobre, ou resignificar o trauma.” (13)

Sublinham Pires e Maia (2009) que a dissociação peritraumática e a Perturbação Aguda de Stress (PAS)¹¹ são importantes preditores para o desenvolvimento de PPST

11 O diagnóstico da PAS foi introduzido em 1994 no DSM-IV para descrever uma reacção de stress pós-traumático que ocorre nas quatro semanas seguintes ao evento traumático, manifestando-se durante, pelo menos, 2 dias, e, no máximo, até 4 semanas. Confirma o diagnóstico de PAS uma resposta que envolve medo intenso, sentimento de desprotecção, ou horror, associada a um acontecimento traumático (DSM-IV-TR), e que durante o período de tempo, anteriormente referido, evidência: sintomas dissociativos (três, pelo menos, de uma lista de cinco); o acontecimento traumático é persistentemente reexperienciado; evitamento claro dos estímulos que desencadeiam lembranças do trauma; sintomas claros de ansiedade ou de aumento de activação. Nos poucos estudos disponíveis,

em diferentes populações expostas a trauma. Se a dissociação peritraumática parece ser um factor de risco para a PAS, por sua vez também a PAS parece prever a PPST (9).

De acordo com o DSM-IV-TR (2000) os sintomas associados à PPST começam dentro dos 3 primeiros meses a seguir ao acontecimento traumático, apesar de poder existir um período de alguns meses ou mesmo de anos antes dos sintomas aparecerem. A duração dos sintomas varia, desde a recuperação completa que ocorre nos três primeiros meses em aproximadamente metade dos casos, com muitos outros a apresentarem sintomas persistentes por períodos superiores a 12 meses depois do trauma. Em certos casos a evolução caracteriza-se pelo recrudescimento e diminuição dos sintomas (8).

Refere Peres et al (2007) que “A exposição a um acontecimento(s) traumático(s) pode traduzir-se em casos subclínicos de perturbação de pos-*stress* traumático (PPST), que são geralmente diagnosticados como PPST parcial (...) os indivíduos que não satisfazem os critérios completos para PPST exigem o mesmo nível de cuidado (Carlier & Gersons, 1995) (...) A prevalência de PPST na população geral é de cerca de 9% (Breslau et al., 1991), enquanto que o PPST parcial é estimado em aproximadamente 30% (Weiss et al., 1992). No entanto, os investigadores têm prestado pouca atenção a este último grupo” (14).

Quadro 1. PPST: Critérios e Diagnóstico, DSM-IV-TR (8)

<p>A. A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições seguintes estiveram presentes:</p>	<p>1. a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros; 2. a resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desproteção ou horror. Nota: em crianças isto pode ser expresso por comportamento agitado ou desorganizado.</p>
<p>B. O acontecimento traumático é re-experimentado de modo persistente de um (ou mais) dos seguintes modos:</p>	<p>1. lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções. Nota: em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspectos do acontecimento traumático são expressos; 2. sonhos recorrentes acerca do acontecimento. Nota: em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível; 3. actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a re-ocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado). Nota: em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático; 4. mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático; 5. reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.</p>

têm sido relatadas taxas que variam entre 14% e 33% dos indivíduos expostos a traumas graves (DSM-IV-TR)

C. Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes:	<ol style="list-style-type: none"> 1. esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma; 2. esforços para evitar actividades, lugares ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma; 3. incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma; 4. interesse ou participação em actividades significativas fortemente diminuídos; 5. sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros; 6. gama de afectos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros); 7. expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um desenvolvimento normal da vida).
D. Sintomas persistentes de aumento da activação (ausentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes:	<ol style="list-style-type: none"> 1. dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir; 2. irritabilidade ou acessos de cólera; 3. dificuldades de concentração; 4. hipervigilância; 5. resposta de alarme exagerada.
E. Duração da perturbação (sintomas dos Critérios B,C e D) superior a um mês	
F. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra area importante.	
<p><i>Especificar se:</i></p> <p>- Aguda: se a duração dos sintomas é inferior a um mês;</p> <p>- Crónica: se a duração dos sintoma é igual ou superior a 3 meses.</p> <p><i>Especificar se:</i></p> <p>- Com início dilatado: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses depois do acontecimento stressor.</p>	

3. Conhecer os factores de risco pré-traumáticos, peri-traumáticos e pós-traumáticos, representa um contributo importante para nos ajudar a reflectir e avaliar o maior ou menor grau de impacto da situação traumática.

A infância representa uma fase do ciclo vital fundamental para o desenvolvimento saudável do ser humano. Neste período todas as vivências têm um impacto significativo a vários níveis (cognitivo, emocional, físico, comportamental, social) que se irá reflectir na saúde mental e física, no presente e ao longo do ciclo vital. A exposição directa / indirecta a experiências adversas na infância (EAI)¹² pode ter sérias consequências, também a longo prazo, no comportamento e saúde em adulto e, tendo em conta o seu efeito cumulativo,

¹² EAI, Criança vítima directa (exs.: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual e negligência física e emocional). EAI, Criança vítima indirecta (exs.: mãe maltratada/viol. doméstica, familiares consumidores de substâncias, familiares com doença mental, membros da família presos, pais divorciados).

tão mais graves quanto maior o número de EAI a que em criança foi exposto^{13,14}. Como demonstram os estudos de Felitti e colaboradores, as EAI são comuns e destrutivas contribuindo para precipitar ou exacerbar múltiplas patologias do foro psiquiátrico e físico (16).

De acordo com a informação disponível mais de metade das mulheres e raparigas, antes de entrarem no ciclo de tráfico, podem ter sido já expostas a abuso físico e / ou sexual Estes antecedentes reforçando a vulnerabilidade das vítimas de TSH “no antes, no durante e no depois” são susceptíveis de poder também contribuir para os problemas de saúde diagnosticados¹⁵, incluindo no pós-tráfico. Avaliar sobre os EAI, o seu “efeito” cumulativo / vulnerabilidades pré-tráfico, e o impacto da experiência / vivências associadas ao tráfico, é crucial para o desenvolvimento de uma estratégia mais adequada às reais necessidades da vítima e à definição do seu projecto terapêutico / reabilitação.

Numa meta-análise realizada por Brewin et al (2000), relativa a factores de risco para PPST em adultos expostos a acontecimentos traumáticos, emergiram três categorias de factores: “Factores como sexo, idade à altura do trauma, e raça, predisseram a PPST em algumas populações, mas não em outras; Factores como educação, trauma prévio e adversidade geral na infância, previram a PPST de forma mais consistente, mas em maior ou menor medida de acordo com as populações estudadas e os métodos utilizados; E factores como história psiquiátrica, abuso sexual infantil relatado, e história psiquiátrica familiar tiveram efeitos preditivos mais uniformes. (...) os factores que operam durante ou após o trauma, como gravidade do trauma, falta de apoio social e stress adicional, tiveram efeitos um pouco maiores do que os factores pré-traumáticos” (18). Segundo a DSM-IV-TR (2000) a intensidade, duração, e proximidade da exposição do sujeito ao acontecimento traumático são os factores mais importantes que afectam a probabilidade para desenvolver a PPST (8).

Colocando o enfoque na situação de pós-tráfico, importa sublinhar que aspectos como a lentidão da investigação e dos processos judiciais, a falta de protecção e a dependência

13 O abuso repetido e / ou grave durante períodos críticos de desenvolvimento cerebral na infância e o “stress tóxico” (cumulativo) associado podem vir a interromper o desenvolvimento normal da arquitectura do cérebro, resultando décadas depois sérias e duradouras consequências neurocomportamentais. Acontecimentos traumáticos numa fase precoce da vida podem estar associados a alterações biológicas ao nível do genoma sob a forma de alterações genéticas ao nível do eixo *hipotálamo-hipófise-supra-renal*. (HHSR) e do sistema imunitário, como “marcas” epigenéticas. Estas «marcas», envolvendo especificamente genes associados à regulação do stress e do sistema imunológico, poderão mediar a associação entre eventos adversos numa fase precoce da vida e o impacto negativo na saúde a longo prazo Sobre este assunto ler mais em Szyf, M., Bick, J. 2013 (15)

14 Numa amostra de adultos em tratamento psiquiátrico, com o diagnóstico de Distúrbio de Personalidade Borderline (DPB), 81% relataram histórias de trauma associado a violência interpessoal na infância, incluindo abuso físico (71%), abuso sexual (68%), e testemunho de violência doméstica (62%). Adultos que sofrem de DPB estão em maior risco de abuso ou revitimação na idade adulta, e de (multi)vitimação, ao longo da vida. (17)

15 “Os sobreviventes de abuso na infância costumam acumular muitos diagnósticos diferentes antes que o problema subjacente. uma síndrome pós-traumática complexa, seja reconhecido. (...) Três diagnósticos (...) têm sido frequentemente aplicados (...): distúrbio de somatização, distúrbio de personalidade borderline e o distúrbio de personalidade múltipla. (...) Doentes, geralmente mulheres, que recebem esses diagnósticos (...) São frequentemente acusados de manipulação ou simulação. (...)” (12).

económica (associada à falta de emprego, de habitação, de problemas de saúde, da estigmatização pela comunidade / família), potenciam a revitimização, reforçando a vulnerabilização das vítimas de TSH.

4. Pontuam Filho & Sougey (2001) que “As questões envolvendo a comorbidade e o PPST revestem-se de grande importância (...) pelas implicações etiofisiopatogénicas e as relacionadas ao seu curso e tratamento, posto que a presença de outro transtorno psiquiátrico afetaria a apresentação clínica e a sua evolução natural (...) Os portadores de PPST teriam probabilidade duas vezes maior de apresentar também outro transtorno e maior risco para NOC, distímia, transtorno maníaco-depressivo (aqui incluídos o episódio depressivo maior e/ou maníaco) e abuso de substâncias psicoativas” (19). Colocando o enfoque na comorbidade relativa às patologias orgânicas Maia (2006) sublinha que “os problemas a nível cardiovascular parecem ser os mais frequentemente encontrados. (...) Schnurr, Spiro e Paris (2000) verificaram que a PPST está relacionada com o aumento de doenças cardiovasculares, dermatológicas, gastrointestinais e músculo-esqueléticas (...) aqueles que relataram 4 ou mais tipos de adversidade na infância tinham mais problemas respiratórios, cancro, problemas cardíacos e acidentes vasculares cerebrais (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss & Marks, 1998) (...) A relação entre trauma e mortalidade foi analisada apenas num número muito restrito de estudos, sendo o de Felitti e col (1998) um dos mais conhecidos. Neste estudo verificou-se que pessoas com história de trauma e PPST apresentam maiores índices de mortalidade (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss & Marks, 1998)” (20).

Até à data, existem poucos dados baseados na investigação sobre a saúde das pessoas vítimas de tráfico. A maioria das evidências existentes baseia-se nas vítimas que frequentam os serviços pós-tráfico e aplica-se principalmente às mulheres e meninas traficadas para exploração sexual. Importa também ter em conta que estes sintomas nem sempre são óbvios no contato inicial com as vítimas¹⁶. O medo é uma arma muito poderosa nas mãos dos traficantes. O mundo de muitas vítimas de TSH, atendendo ao perigo e ao medo associado que vivenciaram, passa a ser percebido como um lugar inseguro e imprevisível, motivo pelo qual estão permanentemente “em guarda”, hipervigilantes, mesmo depois de estarem “fora” da situação de TSH. Sublinham Filho e Sougey (2001) que a pessoa que esteve exposta a uma situação traumática pode, mesmo quando afastada (fisicamente) do perigo, reviver de forma continuada a situação traumática a que esteve exposto, assumindo-a, como presente, em vez de a aceitar como passado (19). A exposição prolongada e repetida à vitimização, num contexto de subjugação onde a vítima não pode abandonar a situação

16 A fim de sobreviverem ao contexto associado ao TSH, criam muitas das vezes defesas que superficialmente aparentam uma *performance* competente, inclusive perante situações de algum *stress*, contudo quando se “quebram” estas defesas surge o sofrimento que procuravam “esconder”. Experiências associadas a violência sexual / exploração sexual não são reveladas muitas das vezes no contato inicial, pois o estigma associado ou a “honra” impedem a revelação. No entanto, poderão surgir mais tarde, quando a relação de confiança entre doente e profissional de saúde foi estabelecida.

e o traficante se torna a pessoa mais poderosa e influente na sua vida, permite mesmo a este poder modelar o sistema de crenças e valores da vítima, de acordo com a sua perspectiva, resultando daí um agravamento das vulnerabilidades desta, a par com um risco aumentado de revitimização. Um fenómeno paradoxal que ocorre em algumas das vítimas está associado à re-exposição compulsiva a novos eventos potencialmente traumáticos¹⁷.

Dissociação, sintomas intrusivos (pensamentos, memórias), flashbacks, estado de hiper-vigilância e sobressalto, revitimização, ataques de pânico, baixa auto-estima, vergonha e culpabilização, auto-mutilação, perturbação da memória, humor deprimido, ideação suicida, perturbação do sono, abuso de álcool e/ou consumo de drogas, autodepreciação e desespero, múltiplas queixas somáticas, aumento de comportamentos de risco, incapacidade para imaginar o futuro ou qualquer coisa positiva a ele associada, sensação reduzida ou ausente de falta de autonomia e de capacidade de fazer escolhas / agir... reflectem, conforme referem os profissionais de saúde da Helen Bamber Foundation (21), alguma da sintomatologia que as vítimas de TSH apresentam.

Colocando o enfoque no tráfico sexual, os profissionais de saúde da mesma Fundação sublinham que os traficantes promovem junto das vítimas a realidade perversa e assustadora de que o seu corpo é pertença de outros e para venda, numa transação que ocorre sem a sua presença ou consentimento. “A tortura sexual começa com a nudez forçada (...). Ninguém fica tão vulnerável como quando está despido e impotente. A nudez exacerba o terror provocado por todas as formas de tortura, deixando pairar a ameaça de abusos sexuais, violação ou sodomia. Para além disso, as ameaças, agressões verbais e piadas com conotações sexuais constituem também formas de tortura sexual, uma vez que acentuam a humilhação a que a pessoa é sujeita e os aspectos degradantes do caso, fazendo parte do mesmo processo. Tratando-se de mulheres, os toques no seu corpo são sempre traumatizantes e consideram-se uma forma de tortura” (22). A adopção de tais comportamentos e/ou atitudes da parte dos traficantes, a par com as ameaças (entre outras de “fazer mal” a familiares ou a pessoas que lhes são muito próximas), impede as vítimas de estabelecerem laços securizantes, condenando-as ao isolamento social. As várias problemáticas psiquiátricas / alterações de comportamento, associadas à violação no contexto do TSH incluem, entre outras, e de acordo com a experiência da Helen Bamber Foundation (21):

- Perturbação de Stress Pós-Traumático (PPST). Quadro clínico sofrido por muitas das vítimas de tráfico, e caracterizado por redução da atenção / concentração e da memória¹⁸

17 Exs.: na criança, sob a forma de jogos repetitivos, que evocam, às vezes de modo quase literal, o trauma; nos adolescentes através da adopção de comportamentos de risco (vida sexual promíscua, uso de drogas, delinquência). Na vida adulta através da escolha de um companheiro que venha a repetir no relacionamento íntimo a(s) violência(s) sofridas anteriormente na casa dos pais; o soldado que após reformar-se, procura actividades em que possa vir de novo a envolver-se em situações de perigo (19).

18 Muitas vítimas de tráfico apresentam perturbações da memória como por exemplo incapacidade

a curto e longo prazo. Está também associada, entre outros sintomas/sinais, a irritabilidade fácil, estado de alerta, memórias e pensamentos intrusivos, re-experienciação da(s) situação(ões) traumáticas¹⁹.

- **Privação do sono, insónia e pesadelos** são comuns entre as vítimas de todas as formas de tráfico e muitas vezes estão associados à cPPST (complexa) e à depressão. O ritmo vigília-sono, gerido em função da exploração / abusos associados ao tráfico²⁰, perturba seriamente os padrões de sono a longo prazo. A privação do sono, especialmente a falta da fase REM do sono, prejudicam a memória de longo prazo.

- **Depressão.** Muitas vezes coexiste com PPST e é caracterizada por humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias, perda clara do interesse/prazer em todas ou quase todas as atividades e redução da capacidade de apreciá-las, associada a perturbação do sono e do apetite. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada.

- **A violência auto-infligida²¹ pode estar associada tanto à depressão como à PPST.** A auto-mutilação é comum entre sobreviventes de violência interpessoal²², incluindo a violência

de recordar com precisão eventos traumáticos ou de os organizar numa sequência cronológica (A investigação demonstrou que a memória para datas e épocas é notoriamente não confiável). Para além destas perturbações, podem apresentar amnésia psicogénica e, em alguns casos, associada a lesões cerebrais por agressão (21).

19 Pela sua omnipresença, pelo facto de serem experienciadas como imagens mentais de uma nitidez e vividez distintas, associadas a emoções com um forte componente afetivo e emocional, que a vítima não é capaz de controlar, agravam o sofrimento. Memórias da situação traumática que foram codificadas como sensações emocionais ou físicas intensas podem emergir na consciência sob a forma de *flashback*, crises de pânico ou dor física. (21).

20 Por exemplo, as vítimas podem ter sido forçadas a ficarem acordadas 18 horas por dia e a consumir bebidas com cafeína para esse fim. Algumas descrevem ter sido brutalmente punidas pelos traficantes por terem sido encontradas a dormir ou a descansar, o que as força a um estado permanente de alerta / medo de adormecer (21).

21 “Existe muita discrepância a respeito da terminologia mais apropriada a ser adotada para descrever o comportamento suicida. (...) foi proposto uma terminologia, fundamentada no resultado (...) comportamento suicida fatal para atos suicidas que resultam na morte e comportamento suicida não fatal para atos suicidas que não resultam em morte. Estas ações também são chamadas de tentativas de suicídio (um termo comum nos Estados Unidos) e parassuicídio (...) (termo comum na Europa). (...). Uma definição muito conhecida de suicídio é a que aparece na edição de 1973 da Enciclopédia Britânica, citada por Shneidman: “o ato humano de infligir a si próprio o fim da vida” (5).

Uma outra forma comum de violência autoinfligida é a automutilação. Trata-se da destruição direta e deliberada de partes do corpo sem uma intenção suicida consciente. Favazza propôs três categorias principais: automutilação grave (exs.: cegar-se e auto-amputar-se dedos, mãos, braços, membros, pés...); automutilação estereotipada (exs.: bater com a cabeça, morder-se, bater no próprio ... arrancar o cabelo); automutilação superficial a moderada (exs.: cortar-se, arranhar-se, queimar a pele, enfiar agulhas na pele...) (5).

22 A violência interpessoal inclui duas subcategorias: 1. Violência familiar / por parceiro(a) íntimo(a). Violência que ocorre entre os membros da família / por parceiro íntimo; ocorre habitualmente, mas não exclusivamente, dentro de casa. Inclui formas de violência, como abuso infantil, violência praticada por parceiro íntimo, abuso de idosos. 2. Violência comunitária. Violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco,

sexual²³. Algumas vítimas (homens / mulheres) podem “olhar” os seus próprios órgãos sexuais, ou outra parte do seu corpo que foi exposta à situação de abuso, como conspurcada, suja, que necessita de ser continuamente limpa, resultando em alguns casos sérios danos. Nas mulheres violadas, a limpeza / lavagem excessiva e vigorosa ou até mesmo o dano dos órgãos genitais podem integrar o quadro clínico.

- O desejo de morrer expresso pelas vítimas que se auto-mutilam deve merecer avaliação cuidadosa e não ser assumido estar ausente o risco de suicídio em casos onde há um (aparente) alívio da ansiedade. De acordo com a experiência da HBF, a tentativa de suicídio pode acontecer a qualquer momento do ciclo do tráfico, inclusive nos casos em que uma vítima no pós-tráfico é considerada “fora de perigo”.

- **Medo.** Evitar qualquer contacto com homens ou certos tipos de homens que sejam semelhantes aos seus traficantes (definidos, por exemplo, pela cor da pele, idade ou tamanho do corpo) que consideram um perigo para elas. Medo perante qualquer situação relativamente à qual não têm controlo da mesma / segurança.

- **Dinâmicas relacionais (íntimas) disfuncionais.** Dificuldades em confiar / estreitar relações. Dificuldades em revelar seu passado, mesmo àqueles com quem tem um relacionamento íntimo.

- **Tolerância a relacionamentos pessoais desiguais ou perigosos,** muitas vezes agravada por incapacidade em defender-se, circunstâncias sócio-económicas de pobreza/dependência dos parceiros.

5. Conforme referenciado anteriormente, em muitos os casos, as vítimas de TSH sofreram experiências traumáticas anteriores, com início na infância (exs.: abuso, negligência, exploração) que os tornaram mais vulneráveis ao tráfico²⁴. Estas circunstâncias, associadas à remoção da sua família (eventualmente ameaçada pelo traficante), casa e pertences

que podem conhecer-se ou não. Ocorre geralmente fora de casa. Inclui a violência juvenil, atos aleatórios de violência, violação por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, tais como escolas, locais de trabalho, prisões e lares de 3ª idade. (5)

23 “Qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles” (5).

24 “O trauma repetido na vida adulta corroe a estrutura da personalidade já formada, mas na infância forma e deforma a personalidade. A criança aprisionada num ambiente abusivo é confrontada com uma enorme tarefa de adaptação. Ela tem de encontrar uma maneira de preservar um sentimento de confiança em pessoas que não são confiáveis, a segurança numa situação que é insegura, o controlo numa situação que é terrivelmente imprevisível, o poder numa situação de desamparo. Incapaz de cuidar ou proteger-se, ela compensa as falhas do cuidado e da proteção do adulto com os únicos meios à sua disposição, um sistema imaturo de defesas psicológicas” (12).

peçoais; à presença num país estranho com uma cultura diferente, entre pessoas cuja língua podem não entender; à privação de sono / perda do sentido do tempo; ao confinamento e ao excesso de trabalho forçado / exploração; ao medo de procurar ajuda junto das autoridades ou de qualquer outra pessoa, condicionam a emergência de respostas primitivas (particularmente autonómicas), semelhantes às da primeira infância. Efectivamente, perante o poder do traficante, com total controlo sobre as escolhas e decisões-chaves da vítima, a única saída para esta é refugiar-se nos seus mecanismos de sobrevivência mais primitivos e defensivos, a fim de evitar danos físicos e / ou a punição, predispondo a vítima a continuar a adoptar as mesmas estratégias, mesmo depois de ter sido removida da situação de tráfico.

Atendendo a que o diagnóstico de PPST por si só não faz jus à complexidade dos sintomas e comportamentos que frequentemente observamos em sobreviventes de violência interpessoal repetida e / ou prolongada, a American Psychiatric Association, durante o desenvolvimento do DSM IV, criou um grupo de trabalho para a realização de uma pesquisa de campo, que tinha como principais objetivos de estudo investigar e aprofundar o conhecimento sobre o desenvolvimento psicopatológico referente à exposição crónica a vivências traumáticas e a rever os critérios diagnósticos da PPST. Partindo de estudos preliminares, o grupo propôs a criação de uma nova categoria diagnóstica (*disorders of extreme stress, not otherwise specified* - DESNOS), síndrome também referenciada por alguns autores como Perturbação de Stress Pos-Traumático complexo (cPPST). Apesar de abranger uma gama de sintomas verificados em populações vítimas de stress extremo (Tabela 2), como é o caso das vítimas de TSH, e confirmar a existência de uma grave complexa desadaptação ao trauma o comité organizador do DSM-IV optou por não incluir o DESNOS no DSM-IV.

Tabela 2. Critérios de diagnóstico da perturbação de stress extremo, sem outra especificação

Disorders of extreme stress, not otherwise specified – DESNOS, Structured Interview for Disorders of Extreme Stress-NOS (Van der Kolk, et al, 2007)²⁵

I - Alteração na regulação do afeto e no controlo dos impulsos (A e 1 de B-F) ¹	A. Regulação do afeto B. Modulação da raiva C. Comportamento autodestrutivo D. Preocupações com suicídio E. Dificuldade na modulação do comportamento sexual F. Envolvimento em situações de risco
--	---

²⁵ in Luxenberg, et al (2001) (23). Ver também: Liebman (2014) (24).

II - Alterações na consciência (A ou B)	A. Amnésia B. Episódios dissociativos transitórios e despersonalização
III - Alterações na autopercepção (2 de A-F)	A. Ineficácia B. Dano permanente C. Culpa e responsabilidade D. Vergonha E. Ninguém pode entender F. Minimização
IV - Alterações nas relações com os outros (1 de A-C)	A. Incapacidade de confiar B. Revitimização C. Vitimizar outros
V - Somatização (2 de A-E)	A. Aparelho digestivo B. Dor crónica C. Cardiopulmonar D. Conversão E. Sexual
VI - Alterações no sistema de significados (A ou B)	A. Desespero e desesperança B. Perda de crenças anteriores

Actualmente, apesar da investigação e dos artigos já publicados sobre o tema, esta categoria não é ainda reconhecida nem pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana (APA), 5ª Edição (DSM-5), nem pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), da Organização Mundial da Saúde da (OMS).

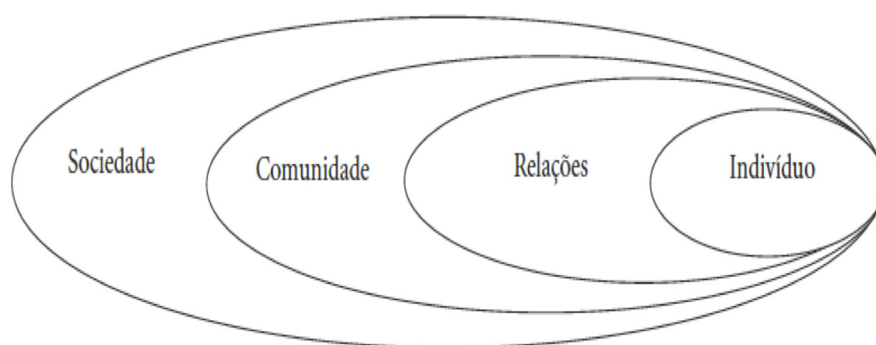
Do modelo ecológico à intervenção em rede. Que papel para os serviços de saúde?

1. Conforme sublinha a United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), no âmbito da iniciativa UN.GIFT (*United Nations Global Initiative to Fight Human Trafficking*) “A globalização — o fluxo intensificado de pessoas, capital e informação — gera grandes oportunidades no desenvolvimento internacional, mas também cria riscos e abre espaço para o crime organizado transnacional. Uma sociedade onde o relacionamento interpessoal dos seus membros é pautado pelo respeito mútuo, assente em valores

como a igualdade de gênero, a liberdade, a não discriminação contra mulheres e minorias, não representa um terreno fértil para o tráfico de seres humanos”²⁶. Tratando-se de um fenómeno de extrema complexidade que ocorre tanto a nível transnacional, como a nível local e regional, e procurando integrar múltiplas variáveis associadas aos factores de risco, que factores sócio-ecológicos relevam para a ocorrência do crime de tráfico de seres humanos e à violência associada? Que modelo(s) adoptar na “leitura” e compreensão do “problema”?

2. O modelo ecológico (Fig. 2), inicialmente aplicado aos maus-tratos da criança (final da década de 70) e posteriormente à violência juvenil, foi mais recentemente aplicado à problemática da violência por parceiro íntimo e aos maus tratos a idosos. Explorando a relação entre os factores individuais e contextuais, e considerando a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento, retroagindo entre si, este esquema permite-nos pensar nos múltiplos factores de risco associados a cada situação e nas múltiplas áreas de intervenção, necessárias para fazer face à violência. Desde o nível microssistémico, do indivíduo e da família, ao nível macrossistémico, da ideologia e cultura dominante, passando pelos contextos mais ou menos proximais nos quais a violência se mantém, em cada um destes níveis poderemos encontrar pistas de compreensão para a violência, sabendo que nenhuma isoladamente constitui uma explicação universal.

Fig. 2 - Modelo Ecológico (Adaptado de OMS, 2002)²⁷



Conforme refere a OMS (5), “a proposta ecológica enfatiza as múltiplas causas da violência e a interação dos factores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade, como o contexto social, cultural e económico”. As associações entre

²⁶ UN.GIFT - Iniciativa Global da ONU contra o Tráfico de Pessoas, Brasil (Consult. 28 Dez. 2016). Disponível em

Ler mais em <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/trafico-de-pessoas/ungift.html>

²⁷ Adaptado de Krug et al, 2002 (5)

a violência e os fatores individuais e os contextos mais amplos sociais, culturais e económicos sugerem que direcionando as respostas aos fatores de risco, nos diversos níveis do modelo ecológico, é possível também contribuir para a redução de mais de um tipo de violência.

3. Orientados por este modelo, a intervenção deverá ser multinível, articulada e complementar, com vista à prevenção primária, secundária e terciária, ao nível das múltiplas “faces” da violência e dos actores sociais envolvidos no TSH. No âmbito destas actividades importa ter em conta, à semelhança das estratégias adoptada pela OMS para a abordagem da violência (5), a importância de: prevenir a ocorrência do TSH, através de abordagens que visam públicos-alvo considerados potencialmente em maior risco; avaliar e investir em intervenções consideradas promissoras, a par com a determinação da relação custo/efetividade das mesmas e posterior divulgação; investir na reabilitação e reintegração das vítimas, numa perspectiva de longo prazo; criar condições promotoras de mais investimento ao nível da recolha sistemática de dados sobre a magnitude, o alcance, as características e as consequências do TSH, a par com a investigação das causas e dos fatores relacionados.

Visando passar da teoria à prática, levantam-se questões que merecem reflexão:

- A “leitura” e compreensão do “problema” não se pode colocar dicotomicamente, pois leituras lineares e causalistas aumentam a ineficácia das intervenções;

- A complexidade e especificidade de cada situação implicam, necessariamente, uma intervenção multidisciplinar, apoiada na colaboração e numa ampla gama de competências profissionais;

- A multideterminação e a multidimensionalidade que lhe estão associadas implicam uma visão integrada e integradora das estratégias multinível a adoptar, de modo a potenciar o reforço da segurança e promover condições facilitadoras à melhoria da acessibilidade, continuidade e personalização dos cuidados;

- A multiplicidade de instituições intervenientes e a relevância do desenvolvimento de condições facilitadoras à implementação de uma ação coletiva reforçam a importância de implementar redes comunitárias de cooperação multissetorial, a par com a formação dos técnicos e o reforço do investimento na consultoria / supervisão ao nível das equipas;

- A eficácia e eficiência de cada estratégia dependerá da capacidade dos intervenientes para avaliarem / redefinirem programas sempre que for necessário e de um maior investimento na investigação²⁸.

28 Importa fornecer uma base útil para os clínicos poderem construir estratégias mais adequadas às reais necessidades das vítimas de TSH; neste sentido, é fundamental um maior investimento ao nível da

Tal modo de atuação, nem sempre fácil de implementar na prática, exige de quem o pratica plasticidade suficiente para se sujeitar a uma avaliação contínua e, conseqüentemente, estar mais facilmente sujeito às frustrações e ansiedades concomitantes. A resistência à mudança, associada à rejeição da quebra da onnipotência até aí “alimentada” por uma visão de poder centrada na Instituição e nas “certezas” dos técnicos, poderá condicionar a intervenção em silo. Falamos de uma estratégia potenciadora da rigidez de regras e normas, da pouca conexão entre serviços, da fragmentação dos cuidados, da ausência de avaliação dos mesmos, da sobreposição de objetivos e intervenções, de áreas sem resposta por falta de planejamento, da fragilização e revitimização da vítima (que poderá mesmo chegar a abandonar o “campo” onde decorre a intervenção). Avaliada retrospectivamente, a intervenção em silo representa mais um “contributo” para reforçar a expectativa ilusória de mudar alguma coisa para não mudar nada.

Mas não é isto que pretendemos!

Com o objetivo de ajudar a construir cada intervenção, não em função do que cada um julga serem as necessidades dos outros, mas sim com base naquilo que os outros deixam “ler”, é essencial entender o processo de socialização e o sentido da existência, individual e coletiva, de quem sofre. Torna-se, assim, fundamental defender a “co-responsabilidade” na “co-mudança” dos sistemas. Importa pois implementar um espaço multidisciplinar e multissetorial associado a um tempo de partilha, onde é importante que todos saibam de tudo, todos tenham igual responsabilidade e assegurem a transparência. Falamos do trabalho em rede, estratégia potenciadora da metacomunicação, capaz de romper o isolamento das pessoas e das organizações, e de promover a partir do efeito de rede, uma coletivização na procura de soluções para ultrapassar a situação-problema (25).

4. Neste enquadramento, que papel para os serviços de saúde? Refere a OMS no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (5), que o sector de saúde representa um aliado ativo e valioso na resposta global à violência, incluindo o TSH, trazendo diversas vantagens e benefícios:

- a proximidade e, conseqüentemente, a familiaridade com o problema, pois os profissionais de saúde estão no lugar certo para identificar os casos de violência e para encaminhar as vítimas para outros serviços, para acompanhamento ou proteção;

- a informação que tem à sua disposição é muito importante para o trabalho a desenvolver ao nível da investigação e de prevenção;

- está numa posição única para chamar a atenção relativamente ao impacto da violência sobre a saúde;

investigação (nacional e internacional), conduzida por especialistas nesta área, incluindo aqueles que trabalham com vítimas de tráfico.

- tem potencial para adotar um papel muito mais proativo na prevenção contra a violência, preferencialmente, em cooperação com outros setores (trabalho em rede);

- usando seus recursos e infra-estruturas para atividades de prevenção, os hospitais e outros estabelecimentos que prestam cuidados de saúde podem ser cenários úteis para a investigação, formação e definição de protocolos.

O sector da saúde é muito mais eficaz em países onde há protocolos e os profissionais de saúde são treinados para lidar com as problemáticas associadas à violência / TSH, incluindo a recolha de dados/investigação, a par com uma estreita cooperação entre as instituições da área de saúde e outras instituições ou setores que lidam com a violência, inclusive organizações não governamentais e as que se dedicam à investigação

5. O **Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico (CPTTP)** é uma estrutura funcional do Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria e Saúde Mental, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), destinada a dar uma resposta efectiva e integrada aos cidadãos (e eventualmente às suas redes de suporte) que, expostos a acontecimentos (potencialmente) traumáticos, necessitem de ajuda na crise e / ou após esta. Visando a implementação de estratégias mais adequadas às reais necessidades dos cidadãos ao nível da prevenção / intervenção nesta área, investe na produção de conhecimento e saber nesta área. Perspectiva a violência e outras situações (potencialmente) traumáticas não intencionais como um problema de saúde pública.

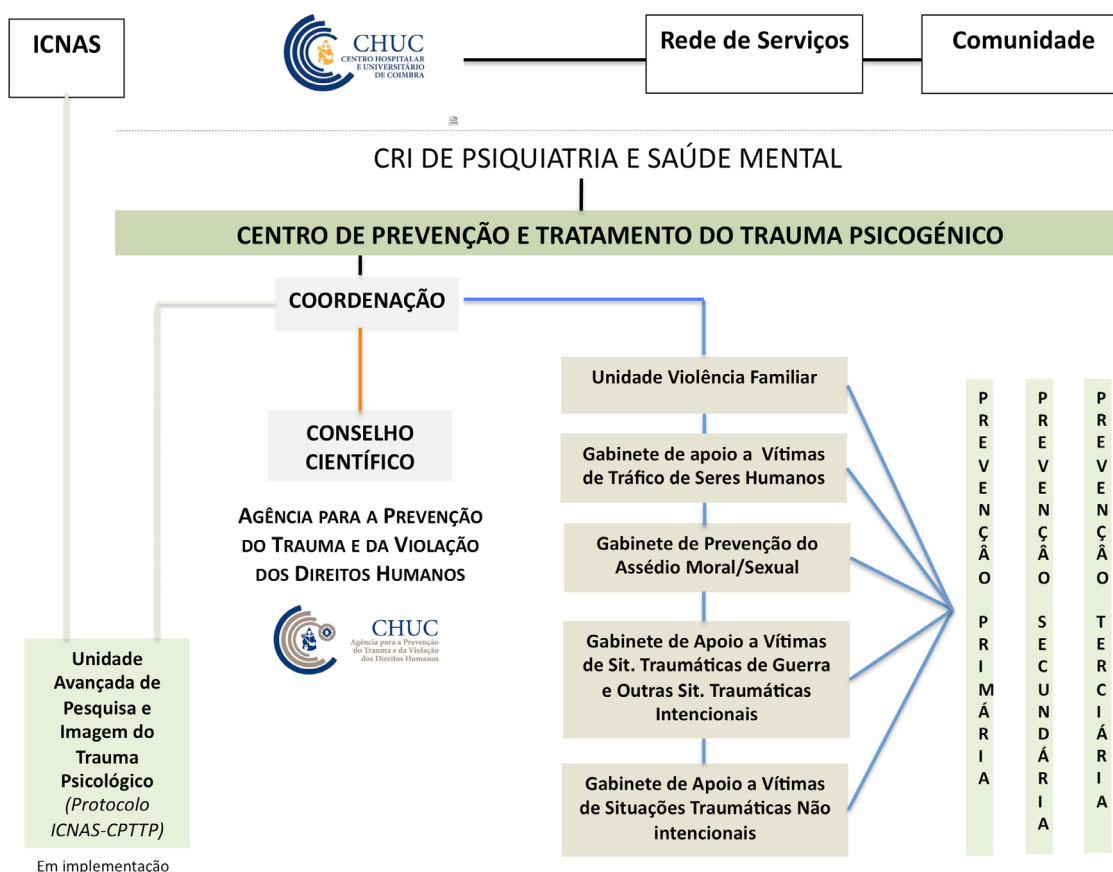
Defende o CPTTP a importância de uma “atitude” eclética relativamente aos modelos a adoptar na leitura, compreensão e intervenção na “situação-problema”. Previlégia uma visão ecológico-sistémica e o reconhecimento do trabalho em rede ao nível da organização multidisciplinar / multisectorial dos cuidados. Para o exercício da sua actividade o CPTTP dispõe das seguintes valências: Unidade de Violência Familiar, Gabinete de Apoio a Vítimas de Tráfico de Seres Humanos, Gabinete de Prevenção do Assédio Moral / Sexual, Gabinete de Apoio a Vítimas de Guerra e Outras Violências, Gabinete de Apoio a Vítimas de Situações Traumáticas Não Intencionais.

No âmbito do Gabinete de Apoio a vítimas de Tráfico de Seres Humanos, temos vindo a dar apoio a vítimas pós-tráfico e a colaborar na formação de outros profissionais, potenciais interventores nesta área. A experiência adquirida permite-nos perceber que estamos perante pessoas cuja autonomia, sentido e validação do seu “eu” foram violados²⁹. Tais

29 “O cativo prolongado (...) produz profundas alterações na identidade da vítima. Todas as estruturas psicológicas do eu — a imagem do corpo, as imagens internalizadas dos outros e os valores e ideais que emprestam a uma pessoa um sentido de coerência e propósito — foram invadidas e sistematicamente decompostas. Em muitos sistemas totalitários este processo desumanizante é levado ao ponto de tirar o nome da vítima” (12).

vivências inibem-nas, muitas das vezes, de expressar o seu sofrimento com clareza, especificidade ou confiança.

Fig. 3 - Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico
CRI de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



Visando lidar com este tipo de experiências no contexto psicoterapêutico e dissecar / trabalhar memórias complexas que abrangem outras memórias e, portanto, outras redes associativas, procuramos trabalhar de forma pró-ativa, adoptando a sensibilidade necessária para minimizar a re-traumatização e promover a confiança³⁰. No trabalho desenvolvido, procuramos ajudar a vítima a deixar de ser dominada e assombrada pelo passado para poder estar presente no “aqui e agora”, de forma a ser capaz de responder com o seu potencial máximo às exigências do seu dia-a-dia. Conforme afirma Peres (2009) “durante a psicoterapia, pessoas que atravessaram eventos dolorosos frequentemente reconstroem e recontextualizam o trauma vivenciado; reorganizam as suas memórias, percepções e experiências em novos enquadramentos e significados que atenuam o sofrimento” (13).

30 Nenhuma intervenção que tire o poder ao sobrevivente poderá (...) promover sua recuperação, não importa o quanto pareça ir ao encontro do seu interesse imediato. Nas palavras de um sobrevivente de abuso sexual intrafamiliar “Good therapists were those who really validated my experience and helped me to control my behavior rather than trying to control me” (12).

No âmbito do trabalho em rede, contamos com o apoio do Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção³¹ (do qual somos co-fundadores, 2004) e de uma outra rede de instituições mais especificamente dirigida ao trabalho com vítimas de TSH. Ao nível da investigação o TSH é uma das áreas que merece a atenção da recém criada Agência para a Prevenção do Trauma e da Violação dos Direitos Humanos (2013)³².

Nota final

Conforme pontua a OMS diferentes tipos de violência, onde se inclui o TSH, partilham fatores de risco semelhantes, incluindo: a pobreza (vinculada a todas as formas de violência), abuso de álcool e substâncias (associado a todas as formas de violência interpessoal, assim como ao suicídio), um histórico de violência na família (vinculado à violência juvenil, à violência por parceiro íntimo, à violência sexual e ao suicídio) (5).

A sobreposição de fatores de risco para diferentes tipos de violência sugere um grande potencial para o trabalho em rede, multidisciplinar / multisectorial, nacional / internacional, ao nível da prevenção / intervenção e da investigação / formação. Ajudando a restituir às vítimas de TSH um mundo mais capaz de lhes oferecer segurança e condições facilitadoras à sua reintegração, contribuirá também para a promoção do reconhecimento público do “dano” e para estimular a Comunidade a tomar medidas que lhe permitam atribuir responsabilidades, e adoptar estratégias para a reparação desse mesmo “dano”. Reconhecimento e restituição são necessários para reconstruir o sentimento de sobrevivência da ordem e da justiça (12).

31 Integram a rede do Grupo V!!! as seguintes entidades: Administração Regional de Saúde do Centro, IP; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Unidade de Violência Familiar - CRI de Psiquiatria; Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência; Serviço de Urgência do Hospital Geral); Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP, Delegação de Coimbra; Departamento de Investigação e Ação Penal, Coimbra; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Fundação Bissaya Barreto; Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra; Guarda Nacional Republicana, Comando Territorial de Coimbra; Instituto Nacional de Emergência Médica; Instituto de Segurança Social, IP, Centro Distrital de Coimbra; Polícia de Segurança Pública, Comando Distrital de Coimbra (www.violencia.online.pt)

32 Integram a Agência as seguintes entidades: Administração Regional de Saúde do Centro, IP; Agrupamento de Escolas Coimbra Centro; Amnistia Internacional de Portugal; Associação para o Planeamento da Família; Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV); Autoridade Nacional de Protecção Civil; Câmara Municipal de Coimbra; Caritas Diocesana de Coimbra; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC); Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG); Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Coimbra; Conselho Distrital de Coimbra da Ordem Advogados; Cruz Vermelha Portuguesa; Direcção Geral dos Estabelecimentos Escolares; Equipa de Intervenção Social “Ergue-te”; Escola Secundária Jaime Cortesão; Faculdade de Medicina da UC; Faculdade de Psicologia e C. da Educação da UC; Fundação Bissaya Barreto; Guarda Nacional Republicana, Comando Territorial de Coimbra; Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP; Instituto de Segurança Social, IP Centro Distrital de Coimbra; Ordem dos Médicos, Secção Regional do Centro; Ordem Psicólogos Portugueses; Polícia de Segurança Pública, Comando Distrital de Coimbra; Programa Nacional de Saúde Mental, DGS; Saúde em Português; Serviço de Estrangeiros e Fronteiras; Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental.

Uma ação mais decisiva e coordenada, bem como o alargamento dos esforços para lugares onde, apesar de muito necessários, tais esforços ainda não existem, a par com um forte comprometimento e envolvimento dos governos e da sociedade civil, representam sem dúvida um forte contributo para a erradicação do tráfico de seres humanos e para garantir que todas as pessoas nasçam livres e iguais em dignidade e direitos, e ajam em relação umas às outras com espírito de fraternidade.³³

Referências Bibliográficas³⁴

III Plano Nacional de Prevenção e Combate ao Tráfico de Seres Humanos 2014-2017 *in* Diário da República, 1.ª série — N.º 253 — 31 de dezembro de 2013

ZIMMERMAN C, Borland R, editors - Caring for trafficked persons: guidance for health providers. Geneva: International Organization for Migration; 2009. Disponível na internet:<URL:http://publications.iom.int/system/files/pdf/ct_handbook.pdf > ISBN 978-92-9068-466-4.

UNODC, Global Report on Trafficking in Persons 2012 (United Nations publication, Sales No. E.13.IV.1) Disponível na internet:<URL:https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/Trafficking_in_Persons_2012_web.pdf > ISBN: 978-92-1-130309-4

UNODC, Gabinete das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes - Kit de intervenção imediata para órgãos de Polícia Criminal em situações de tráfico de seres humanos. Adaptação para a língua portuguesa: Rede de Apoio e Protecção a Vítimas de Tráfico; tradução Multilingues 21. Lisboa, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, 2014. Disponível na internet:<URL:<http://cid.cig.gov.pt/nyron/Library/catalog/winlibsrch.aspx?key=&cap=&pesq=5&thes0=25954&nohist=true&prn=true&doc=95868> > ISBN 978-972-597-386-8 (pdf)

KRUG, E. G. et al., eds. - World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível na internet:<URL:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf> ISBN 92-4-154561-5

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) -The Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Professional Training Series nº 8/Rev.1. United Nations, New York and Geneva, 2004. Disponível na internet:<URL:<http://www.refworld.org/docid/4638aca62.html>> ISBN 92-1-154156-5

ZIMMERMAN, C., Yun, K., Shvab, I., Watts, C., Trappolin, L., Treppete, M., Bimbi, F., Adams, B., Jiraporn, S., Beci, L., Albrecht, M., Bindel, J., and Regan, L. - The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), 2003. Disponível na internet:<URL:<http://www.lshtm.ac.uk/php/ghd/docs/traffickingfinal.pdf>>

³³ Adaptado do Artigo 1, da Carta dos Direitos Humanos

³⁴ Todos os documentos foram consultados em 28 Dezembro 2016

American Psychiatric Association (APA) - DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN 972-796-020-0

PIRES, T., Maia, A. - Dissociação e Perturbação Aguda de Stress: Preditores de PTSD em Vítimas de Acidentes Rodoviários. in S. N. Jesus, I. Leal & M. Rezende (coord.). Experiências e Intervenção em Psicologia da Saúde. Resumos e textos do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, Faro. 2009. Disponível na internet:<URL:https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11199/1/dissocia%C3%A7%C3%A3o%20e%20pert%20aguda%20de%20stress%20em%20v%C3%ADtimas%20de%20acidentes%20rodovi%C3%A1rios.pdf>

MAIA, A. C., Moreira, S. H., Fernandes, E. Adaptação para a língua portuguesa do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP) numa amostra de bombeiros. Rev Psiq Clín. S. Paulo (2009); 36(1):1-9. Disponível na internet:<URL:http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n1/a01v36n1.pdf>

BEDARD-GILLIGAN, M., Zoeliner, L.A. - Dissociation and memory fragmentation in post-traumatic stress disorder: An evaluation of the dissociative encoding hypothesis. *Memory*, 20(3) (2012), pp. 277-299. Disponível na internet:<URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3310188/pdf/nihms-363781.pdf>

HERMAN, J. L. - Trauma and recovery: the aftermath of violence - from domestic abuse to political terror. 1ª ed. New York: BasicBooks, 1992 Disponível na internet:<URL:https://www.amazon.com/Trauma-Recovery-Aftermath-Violence-Political/dp/0465087302> ISBN 978-0465087303.

PERES, J. - Contribuições das neurociências à psicoterapia. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa, São Paulo, 2009; 54(1), (2009), pp 31-36. Disponível na internet:<URL:http://www.fcmscsp.edu.br/files/vlm54n1_8.pdf>

PERES, J.F.P., et al - Cerebral blood flow changes during retrieval of traumatic memories before and after psychotherapy: a SPECT study. *Psychological Medicine*, 37(10), (2007), pp 1481–1491. Abstract disponível na internet:<URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17288648>

SZYF, M. and Bick, J. (2013), DNA Methylation: A Mechanism for Embedding Early Life Experiences in the Genome. *Child Dev.*; 84(1) (2013), pp 49–57. Disponível na internet:<URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4039199/pdf/nihms373301.pdf>

FELITTI, V. J. et al - Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*. 14 (1998), pp 245–258. Disponível na internet:<URL:http://www.theannainstitute.org/ACE%20folder%20for%20website/4RCH.pdf>

FORD, J. D., Courtois, C.A. - Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder”. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* (2014) 1:9 Disponível na internet:<URL:http://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/2051-6673-1-9>

BREWIN, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. - *A meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in adults exposed to trauma*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, (2000), pp 748 -766. *Abstract* disponível na internet:<URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11068961>

FILHO, J., Sougey, E. - Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. Rev Bras Psiquiatria;23(4), (2001), pp 221-228. Disponível na internet:<URL:http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7170.pdf>

MAIA, A. (2006). Trauma, PTSD e saúde. In P. J. Costa, C. M. Lopes Pires, J. Veloso e C. T. L. Pires (Orgs.) *Stresse Pós-Traumático – Modelos, Abordagens & Práticas*, pp. 19-35. Leiria: Editorial Diferença e ADFA. Disponível na internet:<URL:https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5902/1/Trauma%20PTSD%20e%20sa%C3%BAde.pdf>

OSCE Office of the Special Representative and Co-ordinator for Combating Trafficking in Human Beings in partnership with the Ludwig Boltzmann Institute of Human Rights and the Helen Bamber Foundation - *Trafficking in Human Beings Amounting to Torture and other Forms of Ill-treatment*. Occasional Paper Series no. 5 (June 2013). Disponível na internet:<URL:http://www.osce.org/cthb/103085?download=true> ISBN: 978-92-9234-439-9

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS - Protocolo de Istambul. Manual para Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Nações Unidas, Nova Iorque e Genebra, 2001. Disponível na internet:<URL:http://www.dhnet.org.br/dados/manuais/a_pdf/manual_protocolo_istambul.pdf>

LUXENBERG, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B.A. - Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, Part One: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21(25), (2001), pp 373-392. Disponível na internet:<URL:http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/DESNOS.pdf>

LIEBMAN, Rachel E. - *Diagnostic Validity of Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) among a High-Risk Community Sample of Women*. Thesis (Ph. D.), University of Rochester. Department of Clinical and Social Sciences in Psychology, 2014. Disponível na internet:<URL:https://urresearch.rochester.edu/institutionalPublicationPublicView.action;jsessionid=58352DF8FAD86FAF07C455F37694B5D7?institutionalItemVersionId=28427>

REDONDO, J. (Coord.) - *Sem violência doméstica: Uma experiência de trabalho em rede*. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro, 2012. Disponível na internet:<http://www.violencia.online.pt/artigos/show.htm?idartigo=468> ISBN: 978-989-95137-4-7

Artigo Recebido a 16 de janeiro de 2017 | Aceite a 13 de junho de 2017

Página deixada propositalmente em branco