

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**PREVALÊNCIA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO
TRANSTORNO TRAUMÁTICO DO
DESENVOLVIMENTO EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES EM DIFERENTES CENÁRIOS DE
RISCO PARA MAUS-TRATOS EM UM MEIO URBANO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

EDSON SÁ BORGES

Porto Alegre, Brasil
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**PREVALÊNCIA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO
TRANSTORNO TRAUMÁTICO DO
DESENVOLVIMENTO EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES EM DIFERENTES CENÁRIOS DE
RISCO PARA MAUS-TRATOS EM UM MEIO URBANO**

Orientador: Prof. Dr. Paulo José Cauduro Maróstica

Coorientador: Prof. Dr. Roberto Mário Silveira Issler

EDSON SÁ BORGES

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para a obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil
2014

CIP – Catalogação na Publicação

Borges, Edson Sá

Prevalência dos Critérios Diagnósticos do Transtorno Traumático do Desenvolvimento em Crianças e Adolescentes em Diferentes Cenários de Risco para Maus-Tratos em um Meio Urbano / Edson Sá Borges. -- 2014.

88 f.

Orientador: Paulo José Cauduro Maróstica.

Coorientador: Roberto Mário Silveira Issler.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Maus-Tratos. 2. Violência. 3. Psiquiatria. 4. Psicologia. 5. Psicopatologia. I. Maróstica, Paulo José Cauduro, orient. II. Issler, Roberto Mário Silveira, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM;

27/03/2014

E, FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Prof^a. Dra. Patrícia Pelufo Silveira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Rudimar dos Santos Riesgo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dra. Neusa da Sica Rocha

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico esta dissertação a minha esposa Denise e a meu filho Guilherme, pelo estímulo e apoio na busca de meus sonhos. Dedico também aos meus pacientes vítimas de maus-tratos, verdadeira inspiração da realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A minha esposa Denise Silveira Issler, por seu carinho, incentivo, dedicação e sugestões que foram fundamentais na criação de alternativas e soluções em momentos decisivos desta jornada acadêmica.

Ao meu filho Guilherme Issler Borges, por me dar a chance de aprender a ser pai, dando um sentido especial a minha vida.

A minha mãe Ignês Sá Borges, presença reconfortante e segura ao longo de toda minha existência.

As minhas irmãs, Sônia Sá Borges e Nádia Sá Borges, pelo permanente incentivo de seguir em frente, mesmo nos piores momentos.

Ao meu pai, Paulo Melo Borges, que se estivesse hoje presente estaria feliz e orgulhoso. A ele meu agradecimento especial, pela formação de meu caráter e persistência na busca de meus objetivos.

Ao meu orientador, Dr. Paulo José Cauduro Maróstica, pela aceitação em me ter como orientando, com seu conhecimento, apoio e incentivo, especialmente nos momentos de mudanças de rotas, quando a insegurança do pesquisador aprendiz invariavelmente se manifesta.

Ao meu coorientador, Dr. Roberto Mário Silveira Issler, por suas sugestões e leitura atenta de meu trabalho, além de seu intransigente otimismo, que ao longo de uma pesquisa é um combustível valioso para quem ainda é aprendiz.

À Juliana Hoffmann, por sua clareza de ideias, sendo uma guia especial no intrincado mundo dos números e da estatística.

À secretária Rosane Blanger pela competente ajuda e orientação nas questões administrativas.

À Camila Monteiro, profissional sensível e dedicada, agradeço pela colaboração e acolhida, sem a qual a realização deste trabalho não teria sido possível. Aproveito também para agradecer à equipe de psicólogas Vanessa S. da Costa, Gabriela Morais, Solange Barbosa Paim, Liane Funk e Hiasmim Amaral Porto Schäffer, por terem sido assistentes de pesquisa, que com a maior gentileza e dedicação auxiliaram na realização da aplicação dos questionários.

À psicóloga Eliane Soares, por sua atenção e acolhida para a realização da coleta de dados, em uma instituição fundamental para o atendimento de crianças vítimas de maus-tratos.

Às auxiliares de pesquisa Joana Borges, Sônia Sá Borges, Letícia Gasparetto e Maria Luiza Silveira Braghirolli, pela dedicação e envolvimento na coleta de dados, etapa fundamental de qualquer pesquisa.

À Diretora e professora Marly Therezinha Lorini da Costa, pela recepção e disponibilidade para a realização desta pesquisa em sua escola.

À Dra. Maria José Blaskovski Vieira, pela competente revisão linguística do questionário.

Às psicólogas Sônia Arena de Souza e Taís Cesca e à Dra. Edila Pizzato Salvagni, pela colaboração e sugestões dadas na leitura e revisão dos questionários.

Finalmente gostaria de agradecer às crianças e adolescentes, bem como aos seus pais e responsáveis, pela disponibilidade em participar desta pesquisa.

RESUMO

O Transtorno Traumático do Desenvolvimento (TTD) é um conceito teórico-clínico que ainda não consta dos *guidelines* psiquiátricos oficiais. O presente trabalho consiste na apresentação dos dados referentes às prevalências encontradas para os diferentes critérios diagnósticos do TTD, oriundos da aplicação de um instrumento elaborado em língua portuguesa originalmente para esse estudo. A amostra foi constituída por 102 crianças e adolescentes de 8 a 14 anos, provenientes de diferentes cenários de risco para maus-tratos, incluindo uma escola pública (n=51), um ambulatório de violência (n=30) e um albergue para vítimas de violência familiar (n=21). Os resultados preliminares sugerem ser possível corroborar a hipótese que sustenta o conceito do transtorno ao indicar que crianças que são expostas à violência, têm maiores probabilidades de apresentar os sintomas que caracterizam o TTD.

Palavras-chave: Transtorno Traumático do Desenvolvimento, maus-tratos, violência.

ABSTRACT

The Developmental Trauma Disorder (DTD) is a clinical-theoretical construct that is not yet included in the official psychiatric guidelines. This study consists of the presentation of data on the prevalence found for the different diagnostic criteria of DTD, derived from the application of an instrument originally prepared in Portuguese for this study. The sample consisted of 102 children and adolescents 8-14 years old, representing different risk scenarios for abuse, including a public school (51), an outpatient clinic for violence (30) and a shelter for victims of family violence (21). The preliminary results suggest that it is possible to corroborate the hypothesis that supports the concept relating to the disorder, which indicates that children who are exposed to violence are more likely to exhibit symptoms that characterize DTD.

Keywords: Developmental Trauma Disorder, maltreatment, violence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência dos Critérios Diagnósticos Formais do Transtorno Traumático do Desenvolvimento nos Diferentes Cenários de Risco (Concepção Diagnóstica)	58
Tabela 2 - Prevalência dos Critérios de Exposição menos Restritos e do Desfecho nos Diferentes Cenários de Risco (Concepção de <i>Screening</i>)	59
Tabela 3 - Análise Bruta e Ajustada para Regressão de Poisson para os Fatores de Risco e Desfecho TTD	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A-DES – *Adolescent Dissociative Experience Scale*

APA – Associação Psiquiátrica Americana

CCAIE – *Checklist for Child Abuse Evaluation*

CDC – *Child Dissociative Checklist*

CID – Classificação Internacional de Doenças

CROPS/PROPS – *Child Report of Posttraumatic Symptoms/Parent Report of Posttraumatic Symptoms*

CTQ – *Childhood Trauma Questionnaire*

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

K-SADS-PL – *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present Lifetime version*

TEA – Transtorno de Estresse agudo

TEESOE – Transtorno de Estresse Extremo sem outras especificações

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TEPT-C – Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo

TSCC – *Trauma Symptom Checklist for Children*

TSCYC – *Trauma Symptom Checklist for Young Children*

TTD – Transtorno Traumático do Desenvolvimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 HISTÓRICO DO TRAUMA PSÍQUICO INFANTIL.....	13
2.2 MAUS-TRATOS E TRAUMA PSÍQUICO NA INFÂNCIA.....	16
2.3 CONCEITOS DE TRAUMAS COMPLEXOS.....	20
2.4 SÍNDROME PSICOBiolÓGICA	22
2.5 DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DO TTD	23
2.6 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TTD	27
3 JUSTIFICATIVA	36
4 HIPÓTESE.....	37
5 OBJETIVOS	38
5.1 OBJETIVO GERAL.....	38
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
6 METODOLOGIA.....	39
6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	39
6.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO	39
6.3 AMOSTRA.....	39
6.3.1 Seleção	39
6.3.2 Critérios de inclusão.....	39
6.3.3 Critérios de exclusão	40
6.3.4 Tamanho e Caracterização da Amostra.....	40
6.4 VARIÁVEIS.....	41
6.4.1 Variável Preditora.....	41
6.4.2 Desfecho	41
6.5 INSTRUMENTO	41
6.5.1 Tipos e elaboração.....	41
6.5.2 Aplicação.....	44
6.5.3 Considerações estatísticas.....	45
6.5.4 Considerações éticas.....	45

7 REFERÊNCIAS	47
8 ARTIGO	52
9 CONCLUSÕES.....	66
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
APÊNDICE A - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PROPOSTOS PARA TTD.....	68
APÊNDICE B – PROTOCOLO DE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS TEPT.....	71
APÊNDICE C – AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM MAUS-TRATOS	79
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS GRUPOS DE CRIANÇAS EM ACOMPANHAMENTO POR MAUS-TRATOS.....	71
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GRUPO DE CRIANÇAS DE UMA ESCOLA PÚBLICA MUNICIPAL	78
APÊNDICE F – QUESTIONÁRIOS	79

1 INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública de difícil solução, que afeta não apenas a integridade física, mas também psíquica do indivíduo. A melhor forma de combater essa dificuldade ainda é a prevenção.

Neste trabalho será discutido um tipo especial de patologia traumática, o trauma complexo, em uma de suas formas de apresentação denominada de transtorno traumático do desenvolvimento (TTD).

Este transtorno é caracterizado pela exposição crônica e repetitiva a situações traumáticas que causam uma síndrome psicobiológica que abarca uma ampla gama de sintomas de naturezas diversas.

O diagnóstico, tal qual realizado por especialistas nesta patologia, é feito mediante avaliação clínica e a utilização de alguns questionários em conjunto, embora nenhum deles contemple especificamente o transtorno em questão.

A utilização de um instrumento único, do tipo *self report*, poderia facilitar em muito a detecção inicial e posterior avaliação do problema, o que seria um recurso bastante útil de prevenção secundária em saúde mental coletiva.

No presente trabalho será apresentado o processo inicial de construção de um instrumento ainda inédito que tem como objetivo poder identificar as diferentes prevalências dos critérios diagnósticos do TTD. Ele é composto por dois questionários complementares, um a ser aplicado à criança e outro aos seus pais ou responsáveis legais, que funcionam como um instrumento único em sua correção e geração de dados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O estudo do trauma psíquico, também denominado de psicotraumatologia, é uma área em contínua expansão no campo da saúde mental. Nele, estuda-se a importância da vivência das situações traumáticas sob o psiquismo humano, em especial como fator etiológico da psicopatologia, acarretando os mais diversos custos individuais e sociais.

2.1. HISTÓRICO DO TRAUMA PSÍQUICO INFANTIL

O estudo do trauma psíquico infantil não é tão recente. Em 1857, o médico legista francês Ambroise Auguste Tardieu publicou seu livro “Estudo médico legal sobre os atentados contra os costumes” (*Étude médico-legale sur les attentats aux mœurs*). Nesta obra, a primeira do gênero publicada na Europa, descreveu a frequência do atentado ao pudor contra crianças, especialmente contra meninas pequenas. Em edição posterior, informou que entre 1858 e 1869 houve na França 11576 acusações de estupro ou tentativa de estupro. Deste montante, 9125 eram relativos a crianças, sendo que quase todos os casos envolviam meninas como vítimas. Na mesma obra, na sua quinta edição, fez uma análise de 616 casos, que ele examinou pessoalmente como perito legal, relatou que 339 casos se tratavam de tentativas de estupros e estupros completados em crianças de menos de 11 anos, principalmente por seus pais. (TARDIEU *apud* MASSON, 1984).

Paul Briquet, médico francês, contemporâneo de Tardieu, publicou em 1859 o estudo “Tratado Clínico e Terapêutico da Histeria” (*Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie*), no qual seu interesse centrou-se na associação do abuso com a psicopatologia. Briquet, em um de seus principais estudos, com 501 pacientes histéricos, observou a existência de

experiências traumáticas infantis, sendo que o abuso sexual estava presente em torno de 75% dos casos estudados. (BRIQUET *apud* DORAHY *et al.*, 2010).

Jean Martin Charcot, renomado neurologista francês, contemporâneo de Tardieu e Briquet, também admitia a existência de abuso sexual na infância, contudo, não trabalhava com a hipótese de significado etiológico da histeria pelo trauma ocorrido. Na realidade atribuía a causa primária da histeria a uma fragilidade constitucional (CHARCOT *apud* DORAHY *et al.*, 2010).

Pierre Janet (1859-1925) acreditava que além do fator constitucional as vivências e memórias traumáticas eram o fator etiológico principal da histeria. Em um de seus trabalhos clínicos, descreveu 591 casos, verificando que 257 envolviam algum grau de trauma psíquico, como por exemplo, perdas traumáticas, testemunha de morte violenta, incesto, estupro, abuso físico na infância e acidentes de trânsito. (JANET *apud* DORAHY *et al.*, 2010).

Em 1896, Freud elaborou a teoria da sedução, onde atribuiu como causa da histeria o abuso sofrido por suas pacientes na infância. Contudo, posteriormente, fez uma revisão de seu posicionamento, atribuindo como etiologia do transtorno neurótico o ciclo desejo-fantasia-repressão em nível inconsciente. Apesar de Freud não rejeitar tudo o que havia escrito sobre sua teoria da sedução, o foco havia sido definitivamente deslocado para o papel da fantasia incestuosa como a causa da neurose, tal negligência com as situações reais de trauma perdura ainda hoje na psicanálise. Segundo Schestatsky, esta mudança de opinião de Freud teve duas grandes consequências: a primeira seria o efetivo nascimento da psicanálise como ciência do estudo da mente, em especial dos seus aspectos inconscientes; o segundo foi o de relegar a influência do ambiente externo a um segundo plano de importância como fator etiológico nas patologias mentais, o que reduziu de forma importante estudos e investigações na psicanálise sobre o tema do trauma psíquico, em especial o do trauma infantil (SCHESTATSKY *et al.*, 2003).

Ferenczi, discípulo e amigo de Freud, acreditava na teoria da sedução, na qual as necessidades do adulto sobrepujam as da criança, sendo lesivo para seu psiquismo. Para ele, a resposta dos pais da criança contribuiria para o estabelecimento do trauma psíquico, seja pelo excesso de presença ou pelo excesso de ausência dos mesmos. (BOKANOWSKI, 2005). Ferenczi, em seu estudo “Confusões da língua entre adultos e crianças” (*Confusions of tongues between adults and the child*) apresentado no Congresso Internacional de Psicanálise em 1932, pedia aos analistas presentes que se mantivessem abertos à realidade do discurso de seus pacientes, sobre a narrativa dos abusos sofridos e que eles próprios analistas, também se mantivessem abertos às formas inconscientes com que suprimiam de seus discursos essa realidade. (FERENCZI *apud* DORAHY *et al.*, 2010).

Durante o período da Primeira e Segunda Guerras Mundiais, o trauma psíquico foi retomado sob a ótica das neuroses de guerra, retornando a valorizar a importância dos fatores ambientais na etiopatogenia dos transtornos mentais. Contudo, os estudos produzidos a partir de combatentes e veteranos de guerra, não foram extensivos aos traumas infantis. (HERMAN, 2001).

O trauma infantil volta à cena a partir da década de 1940. Através de estudos das causas de hematoma subdural e dos abusos físicos sofridos por crianças, constatados através de exames radiológicos estudados por Caffey em 1946 e 1965 (CAFEY *apud* DORAHY *et al.*, 2010). Em 1961, a Associação Americana de Pediatria, a partir dos estudos de Kempe, propôs a denominação de Síndrome da Criança Mal-Tratada (*battered child syndrome*), frente à gravidade do problema do abuso físico infantil (KEMPE, 1985; HERBERT, 1982; PIRES e MIYAZAKI, 2005). Finalmente, era reconhecida a existência e gravidade do abuso físico contra crianças pela área de saúde. Contudo, a ênfase era dada ao abuso físico e não ao abuso sexual, que permaneceu ainda relegado a um plano secundário.

A partir da década de 1980 e, em especial, na década de 1990, estudos sobre os maus-tratos infantis multiplicaram-se pelo mundo, tendo como consequência a modificação de muitos códigos jurídicos visando à proteção da criança e do adolescente. No Brasil, por exemplo, houve a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. A partir desta época também se intensificaram os estudos sobre o papel do abuso sexual na produção da psicopatologia.

2.2 MAUS-TRATOS E TRAUMA PSÍQUICO NA INFÂNCIA

A violência contra crianças e adolescentes não é um fato novo, pelo contrário, existem relatos desde as civilizações greco-romana e hebreia (PIRES e MIYAZAKI, 2005). O fato novo é o reconhecimento da violência, através da denominação de maus-tratos, como um problema social e de saúde. Contudo, o maior desafio em relação ao tema segue sendo o silêncio e a cumplicidade social, inclusive por parte dos profissionais de saúde, o que auxilia na manutenção e disseminação do problema (BORGES, 2009).

No estudo histórico sobre a violência infantil, o primeiro registro de proteção de uma criança submetida a situações de maus-tratos, foi o caso de Mary Helen Wilson, que em 1874, nos Estados Unidos, foi maltratada por seus pais adotivos. Como na época não havia instituições de proteção à infância, nem leis que possibilitassem às autoridades o poder de destituir a guarda da criança de seus responsáveis legais, o promotor responsável pelo caso solicitou o auxílio da Sociedade Americana para Prevenir Crueldade contra os Animais, com base no pressuposto que, crianças também pertencem ao reino animal. (PIRES e MIYAZAKI, 2005; BENETTI, 2002). A primeira organização do mundo dedicada a combater os maus-tratos na infância que se tem registro é a *New York Society for the Prevention of Cruelty to Children*, criada em 1894. A Primeira Sociedade Internacional dedicada à

prevenção e combate aos maus-tratos infantis foi a *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect* em 1977.

Entre os fatores etiológicos da concepção de trauma psíquico incluem-se a violência e os maus-tratos, hoje identificados como graves problemas de saúde pública em todo o mundo civilizado.

Na América Latina e Caribe, “85% das mortes por maus-tratos são classificadas erroneamente como acidentais ou indeterminadas e, para cada morte, estima-se nove incapacitados, 71 crianças com lesões graves e inúmeras vítimas com sequelas psicológicas” (SANTOS *et al.*, 2009, p. 359).

Um serviço criado pela Secretaria dos Direitos Humanos (SDH) da Presidência da República do Brasil, o Disque Denúncia, recebeu, entre 2003 até julho de 2010, 130872 denúncias de maus-tratos de crianças e adolescentes. De janeiro a julho de 2010 foram 16348 denúncias, sendo 4741 destas especificamente de abuso sexual de crianças e adolescentes, com um percentual de 59% de vítimas do sexo feminino (SDH, 2010).

Os maus-tratos ocorrem

“quando um sujeito em condições de superioridade (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) comete um ato ou omissão capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima, ou por consentimento obtido a partir da indução ou sedução enganosa” (PIRES e MIYAZAKI, 2005, p. 43).

Essa relação de violência caracteriza uma alteração na vinculação afetiva dos cuidadores com crianças e adolescentes, podendo se expressar através de diferentes situações potencialmente traumáticas, episódicas ou repetitivas.

Como decorrência da estruturação de vínculos patológicos que podem levar a situações de maus-tratos, muitas crianças e adolescentes podem estruturar traumas psíquicos, que podem ser entendidos como “uma resposta psíquica mal adaptada a um evento ou

sucessão de eventos estressores oriundos do meio externo” (COSTA e BORGES, 2010, p. 197).

Para podermos vislumbrar a força do trauma psíquico é necessário avaliarmos algumas variáveis, que atuando de forma interdependente determinam sua intensidade e características.

São elas:

- a. Saber a idade de início do evento (momento do desenvolvimento psíquico do indivíduo);
- b. Determinar o tempo de duração dos eventos (durante o ciclo de desenvolvimento);
- c. Caracterizar a forma de violência e maltrato perpetrado (particularizar a forma);
- d. Determinar quem foi ou foram o(s) perpetrador(es) especificando o tipo de vínculo com a criança;
- e. Avaliar a estrutura familiar e social circundante (rede de apoio) esclarecendo e caracterizando qualitativamente os vínculos existentes;
- f. Determinar o grau de exposição do ego, estabelecendo ainda se a criança foi testemunha ou foi vítima direta do processo de maus-tratos;
- g. Avaliar o histórico de enfermidades orgânicas, em especial durante o período em que ocorreram os maus-tratos.

De forma concordante com essa ideia de entrecruzamento de fatores na definição e formatação que o trauma psíquico poderá assumir, Briere e Spinazzola referem que

“os efeitos psicológicos de traumas cumulativos não são tão facilmente ajustáveis em uma única síndrome ou quadro diagnóstico. Pelo contrário, essa sintomatologia pode envolver diferentes níveis de complexidade de acordo com sua natureza, o número de vezes que um dado indivíduo experienciou traumas específicos, bem como a presença de fenômenos biológicos, sociais e psicológicos relevantes”. (BRIERE e SPINAZZOLA, 2009, p.105)¹.

Do ponto de vista psiquiátrico, nas classificações atualmente ainda utilizadas no Brasil (Classificação Internacional de Doenças - CID 10 e o Manual Diagnóstico e Estatístico de

¹ Tradução do autor deste estudo.

Transtornos Mentais em sua quarta edição revisada - DSM IV TR), o trauma aparece sob as classificações de Transtorno de Estresse Agudo (TEA), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Alteração Permanente de Personalidade após Experiência Catastrófica, Outras Reações ao Estresse Grave e Reação ao Estresse Grave Não Especificada (KAPZINSKI e MARGIS, 2003).

Na edição do DSM V, lançada em maio de 2013 nos Estados Unidos e ainda não traduzida para o português, o TEPT e o TEA foram retirados do capítulo dos transtornos de ansiedade e realocados para uma categoria nova denominada de *Trauma – and Stressor – Related Disorder*. Além da criação de uma categoria específica para as patologias traumáticas, a nova edição desse manual alterou determinados aspectos de alguns transtornos em relação às edições anteriores. Nos TEA, por exemplo, suprimiu no item de exposição A2 as reações ditas subjetivas de medo intenso, desamparo ou horror, que descreviam os sentimentos vivenciados pela pessoa envolvida numa situação estressora. Outro exemplo observa-se no TEPT, o critério de exposição A1 está mais explícito em relação à forma como o indivíduo vivencia os eventos traumáticos e o critério de exposição A2 (reações subjetivas) foi suprimido. Os três sintomas mestres do TEPT - o reexperienciar, a evitação/entorpecimento e a excitabilidade - foram desdobrados em quatro grupos, pois a evitação e o entorpecimento foram separados como grupos distintos com os nomes de evitamento e alterações negativas persistentes na cognição e no humor. Esse último agrupamento manteve os sintomas anteriores de entorpecimento, tendo recebido o acréscimo de alguns outros sintomas, tais quais os denominados de estados emocionais negativos persistentes. Além disso, o grupo de sintomas da excitabilidade (DSM IV) agora passou a ser chamado de alterações na excitabilidade e reatividade, mantendo a maioria dos sintomas dessa categoria da edição anterior, acrescidos de irritabilidade ou conduta agressiva e conduta imprudente ou conduta autodestrutiva. Na tentativa de responder às críticas de que o TEPT

apresentava muitas limitações para o diagnóstico em crianças e adolescentes, na nova edição foi acrescentado um critério em separado para crianças com seis anos ou menos. Ainda no novo capítulo do trauma, encontramos os Transtornos de Vinculação Reativa (*reactive attachment disorders*) (APA, 2013).

Terr (2003) propôs uma classificação das condições de estresse traumático na infância, tendo como base a discriminação do evento estressor em termos de sua forma original de ocorrência. O trauma do tipo I é o que ocorre de forma repentina, súbita, geralmente em uma situação única e isolada. Já o trauma do tipo II é insidioso em sua origem, repetitivo e prolongado.

2.3 CONCEITOS DE TRAUMAS COMPLEXOS

Para um grupo de psiquiatras americanos, dentre os quais se destacam Herman, van der Kolk, Ford, Courtouis e Pynoos, a atual classificação psiquiátrica é insuficiente para o estudo e caracterização das doenças mentais originadas por traumas psíquicos, em especial aqueles que ocorrem pela exposição frequente e prolongada a estressores graves e que se tornam crônicos. A esses traumas chamaram de Traumas Psicológicos Complexos que ocorrem

como o resultado da exposição a estressores severos que (1) são repetitivos e prolongados, (2) envolvem dano ou abandono pelos cuidadores ou outros adultos responsáveis e (3) ocorrem em momentos de vulnerabilidade do desenvolvimento na vida da vítima, como na primeira infância ou adolescência quando períodos críticos do desenvolvimento do cérebro estão rapidamente ocorrendo ou sendo consolidados (FORD e COURTOUIS, 2009, p. 13).²

Herman (2001) descreveu, na década de 1990, a caracterização de uma forma de psicopatologia denominada de Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C), a partir de seu trabalho clínico e estudo com mulheres vítimas de abuso físico e sexual

² Tradução do autor deste estudo.

prolongado na infância. Essa proposta diagnóstica enfatiza o fator traumático como causa do adoecimento psíquico das vítimas do abuso.

Também na década de 1990, Bessel van der Kolk *et al.* (2009), propuseram o termo Transtorno de Estresse Extremo sem outras especificações – TEESOE (*disorder of extreme stress not otherwise specified* - DESNOS) para uma psicopatologia que acomete adultos vítimas de exposição prolongada e crônica ao trauma em suas infâncias.

Posteriormente, em 2005, van der Kolk também fez a proposição do termo Transtorno Traumático do Desenvolvimento (TTD) para a psicopatologia que acomete as crianças, que de forma repetida e prolongada, são expostas a traumas psíquicos graves, como os causados por abusos físicos e sexuais (van der KOLK *et al.*, 2009). Tanto o Transtorno de Estresse Extremo como o Transtorno Traumático do Desenvolvimento são classificados como formas de Trauma Complexo.

Na realidade, pode-se dizer que o TEESOE e o TEPT-C são praticamente o mesmo transtorno, que seriam diagnosticados tardiamente na vida adulta, como consequência do não reconhecimento do trauma continuado e crônico durante a infância, que se diagnosticado corretamente, nessa faixa etária, receberia o nome atualmente proposto de TTD.

Briere e Spinazzola, sobre os traumas complexos, dizem que experiências traumáticas prolongadas e repetidas, em momentos de sensibilidade crítica do desenvolvimento neurológico da criança, podem “não apenas produzir sequelas de longa duração como também funcionar como fatores de risco para revitimizações futuras e a responder a novos traumas com sintomatologias mais extremas” (BRIERE e SPINAZZOLA, 2009, p.104).³

O TTD é uma forma de trauma complexo, que surge como resultado de uma alteração vincular cuidador-criança que se caracteriza pelo estabelecimento de situações de maus-tratos repetidos e/ou prolongados. A vivência dessa situação causa uma complexa síndrome

³ Tradução do autor deste estudo.

psicobiológica, com alterações evidentes nas áreas afetiva, perceptual, cognitiva, de memória, de pensamento, de atenção, de conduta e de consciência, que se estruturam conjuntamente a uma alteração morfológica e funcional do cérebro.

2.4 SÍNDROME PSICOBIOLOGICA

O estudo do trauma complexo tem enfatizado que, além das sequelas psicológicas graves, há também uma alteração da morfologia e da funcionalidade cerebrais igualmente graves, especialmente desenvolvidas na infância e na adolescência, também chamadas de janelas críticas do desenvolvimento.

Segundo Perry (2000), as alterações vinculares, caracterizadas pelas situações de abuso precoce e prolongadas podem trazer problemas graves em termos de evolução cerebral, pois se o cérebro maduro tem a capacidade de se desenvolver em termos de organização e em termos funcionais, ao longo da vida, não devemos esquecer que os estágios chave do desenvolvimento neurológico ocorrem na infância e posteriormente na adolescência. Esse autor descreve uma neuroarqueologia dos maus-tratos, na qual eventos adversos, ou traumas, seriam como uma evidência fossilizada encontrada em diferentes camadas da estrutura cerebral ocorridas em diferentes épocas de seu desenvolvimento. Segundo essa perspectiva, o cérebro torna-se um órgão histórico. Essas marcas neurológicas funcionariam como as correlatas cicatrizes psíquicas.

Sobre a relação dos déficits psicológicos e neurológicos, Stein e Kendall (2004, p. 101) referem uma síndrome psicobiológica causada por estresse traumático crônico caracterizado por sete eixos sintomatológicos:

1. Problemas de regulação das emoções e excitação;
2. Alterações na consciência e memória;
3. Dano ao autoconceito e identidade;
4. Rupturas nas capacidades cognitivas;
5. Hiperatividade e problemas de atenção;

6. Problemas de relacionamento;
7. Alterações no sistema de crenças.⁴

Em relação aos transtornos de estresse traumático complexo, observa-se entre outras características, uma maior irritabilidade do sistema límbico, um decréscimo no tamanho do hipocampo e uma atividade anormal do vermis cerebelar, um desenvolvimento menor do hemisfério esquerdo e problemas de comunicação entre ambos os hemisférios em função de anormalidades do corpo caloso (STEIN e KENDALL, 2004).

Outros trabalhos envolvendo exposição a situações potencialmente traumáticas e alterações biológicas proliferam na literatura científica atual (McGOWAN *et al.*, 2009; WOON *et al.*, 2010; DANNLOWSKI *et al.*, 2012; KÜHN e GALLINAT 2013; ECKART *et al.*, 2011).

2.5 DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DO TTD

A proposição do diagnóstico de TTD é algo novo no meio psicológico e psiquiátrico no Brasil. O grupo de trabalho de van der Kolk tentou incluir a proposta no DSM V (van der KOLK *et al.*, 2009), porém, a mesma foi recusada. Wylie (2010) comenta que essa questão envolve aspectos políticos, pois a aceitação da proposta envolveria mudar a concepção etiológica da psicopatologia como um todo, o que não parece ser uma pauta aceitável para a Associação Psiquiátrica Americana (APA) neste momento.

Schimid *et al.* (2013) referem os aspectos prós e contras que envolvem o conceito de TTD. Como argumentos contrários à aceitação desse conceito, os autores citam a possibilidade de haver um desvio da natureza puramente descritiva dos manuais psiquiátricos atuais, para uma tendência de inclusão de questões teóricas para explicação da etiologia das doenças mentais, o que havia sido banido de sistemas, como o DSM e a CID. Além disto,

⁴ Tradução do autor deste estudo.

referem que os críticos do conceito do TTD argumentam que há uma monocausalidade presumida no fator etiológico da doença mental pelo trauma, favorecendo uma explicação psicossocial ainda não provada, com isso negligenciando as explicações biológicas do modelo biopsicossocial na compreensão dos transtornos mentais, incluindo as causas genéticas. No mesmo artigo, os autores referem como argumentos a favor do TTD, o fato de ser um diagnóstico mais específico, que dá conta da ampla gama sintomatológica das vítimas de traumas graves na infância, sintomas esses que não são adequadamente contemplados no diagnóstico do TEPT. Citam ainda, que a expectativa da formalização normativa deste diagnóstico, deverá estimular ainda mais novos estudos e pesquisas epidemiológicas, assim como da psicopatologia do desenvolvimento. Também, argumentam que o diagnóstico do TTD, através da etiologia traumática, consegue ser explicativo das diversas comorbidades encontradas em vários pacientes, o que até o momento, não é devidamente considerado em outras teorias explicativas em psicopatologia ou nas classificações psiquiátricas. Para finalizar, os autores referem que o TTD, como diagnóstico, apresenta argumentos de cunho científico para embasar uma melhora nos serviços de prevenção e proteção à infância e adolescência. Portanto, como se pode observar, não há um consenso sobre a validade deste conceito teórico-clínico.

Apesar da alegação, de que o diagnóstico do TTD não leva em consideração os aspectos biológicos e genéticos, segundo seus críticos, os estudos dos defensores desta formulação diagnóstica têm sempre evidenciado a complexa relação do ambiente violento e as transformações ocorridas em nível neurológico. Portanto, longe de dar uma explicação etiológica monocausal às patologias psiquiátricas, os traumas complexos se formam no interjogo relacional biopsicossocial.

Para Salvaterra (2010), o diagnóstico de TTD, preenche uma lacuna entre os sistemas diagnósticos atualmente disponíveis e a realidade dos sintomas das vítimas de trauma

interpessoal crônico na infância. Diz ainda, que o diagnóstico de TTD pode auxiliar a capacitar e educar profissionais de várias áreas a compreender melhor essa complexa síndrome, criando um ambiente social com maior capacidade de atenção, cuidados e empatia, necessários para as vítimas de abuso.

Em função do diagnóstico dos traumas complexos envolverem uma ampla gama de conjuntos de sintomas de naturezas diferentes, o risco em negligenciar qualquer uma das áreas envolvidas, pode levar não apenas a um equívoco diagnóstico, mas, também a um equivocado plano terapêutico. Por essa razão, é possível pensar na hipótese de iatrogenia decorrente da falta de uma alternativa diagnóstica que possa contemplar os sintomas característicos de crianças vítimas de maus-tratos crônicos que estruturam uma patologia psíquica de origem traumática.

Para van der Kolk, são três os riscos em não se seguir uma abordagem diagnóstica que contemple uma definição mais fidedigna para a situação de crianças vítimas de trauma prolongado e repetitivo:

1º) por não preencherem os critérios para TEPT, apesar das evidências de maus-tratos em geral, e até de abuso sexual em particular, elas não recebem nenhum diagnóstico;

2º) pela ausência de um diagnóstico que relacione esse tipo de trauma a um transtorno, ou síndrome específicos, diferente do TEPT, muitas crianças são diagnosticadas como portadoras de outras patologias que não apresentam qualquer relação com o trauma. Muitas crianças atendidas pelo Centro de Trauma Infantil de Chicago (*Chicago Child Trauma Center*) receberam como diagnóstico principal os rótulos de transtorno bipolar, de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ou ambos, sendo que em muitos casos receberam tratamento com psicofármacos, sem o adequado encaminhamento psicoterápico e sem o reconhecimento do fator etiológico traumático, ocorrendo piora dos sintomas com a medicação;

3º) mesmo quando as crianças recebem o diagnóstico de TEPT, a partir da identificação de etiologia traumática na produção de sua doença, os critérios desse tipo de psicopatologia não abarcam outras áreas sintomatológicas importantes, podendo conduzir a intervenções que poderão ser incompletas ou ineficazes. (van der KOLK, *et al.*, 2009)

A negação da existência do fator etiológico traumático (maus-tratos) talvez seja o pior equívoco a ser realizado, não apenas pelo encaminhamento terapêutico equivocado, mas, porque, ao impedir sua identificação, impede também a intervenção urgente de medidas protetoras para a criança que está sendo maltratada, permitindo que o abuso persista, o que em muitas situações pode levar à incapacitação física, mental e até mesmo ao óbito. Segundo dados do *Child Welfare Information Gateway* do *Children's Bureau*, em 2011 havia uma estimativa de uma média de quatro óbitos por dia nos EUA, decorrentes de abuso ou negligência direta, ou ainda, que essas formas de maus-tratos tenham sido um fator que tenha contribuído para esse desfecho (2013).

Segundo Briere e Spinazzola (2009), propostas de avaliação de respostas pós-traumáticas complexas, em crianças e adolescentes, têm sido menos estudadas do que em adultos. Ao estudar vários instrumentos que avaliam a questão traumática, vemos que existem muito mais testes para adultos do que para crianças. Isto se observa inclusive para avaliar o TEPT, a doença mais reconhecida e consensualmente aceita do espectro traumático. Nela, também são comuns as críticas de que o conceito desta patologia não é adequadamente adaptável para crianças e adolescentes, apesar de algumas adequações realizadas para que isso ocorresse, tendo em vista as particularidades do desenvolvimento, que são diferentes entre adultos e crianças/adolescentes (BORGES *et al.*, 2010). Há ainda que se considerar a recente reformulação do DSM V, incluindo um item diagnóstico para crianças com TEPT, que tenham seis anos ou menos de idade.

Dentre os testes que avaliam as questões traumáticas em crianças e adolescentes, são utilizadas escalas e subescalas que abordam aspectos tais como: a **dissociação**, através do *Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES)* ou do *Child Dissociative Checklist (CDC)*; o **abuso sexual**, através do *Checklist for Child Abuse Evaluation (CCAЕ)*, ou pelo *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*, ou pelo *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*, ou anda pelo *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*; do **impacto do evento traumático**, através do *Child Report of Post-traumatic Symptoms/Parent Report of Post-traumatic Symptoms (CROPS/PROPS)*; do **TEPT**, como o *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present Lifetime version (K-SADS-PL)*, dentre outras áreas pertinentes ao trauma. Atualmente, ainda não existe um instrumento único, em forma de escala ou questionário, que inclua a ampla gama de sintomas de diferentes naturezas, proposto pelo conceito do TTD. Além da complexidade sintomatológica da síndrome, uma das possíveis razões para que isso ocorra, pode ser a dificuldade de poder traduzir toda essa diversidade de sintomas, em questões fidedignamente representativas, numa linguagem clara e compreensível para crianças de diferentes idades e estratos sociais.

2.6 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TTD

Os critérios diagnósticos do TTD (Apêndice A) foram organizados por van der Kolk numa estrutura e formatação muito similar aos demais diagnósticos contemplados no DSM em suas últimas edições, muito provavelmente em função de sua intenção de que essa proposta diagnóstica pudesse ter sido já incluída na quinta edição. Esquemáticamente, os critérios foram apresentados da seguinte forma (van der KOLK *et al.*, 2009):

- A) Exposição
- B) Desregulação Afetiva e Fisiológica
- C) Desregulação na Atenção e no Comportamento
- D) Desregulação pessoal ou relacional
- E) Sintomas do Espectro Pós-traumático
- F) Duração do transtorno
- G) Comprometimento funcional⁵

Como primeiro item dos critérios diagnósticos observa-se a Exposição. Esse item diz o seguinte:

A. Exposição

A criança ou adolescente experienciou ou testemunhou eventos adversos múltiplos ou prolongados por um período mínimo de um ano começando na infância ou início da adolescência, incluindo:

A.1. Experiência ou testemunho direto de episódios severos e repetidos de violência interpessoal; e

A.2. Significantes rupturas no cuidado protetor como resultado de repetitivas mudanças no cuidador primário; repetitiva separação do cuidador primário; ou exposição a severo e persistente abuso emocional.⁶

Ambos os itens (A1 e A2) devem ser preenchidos para seguir adiante na avaliação dos demais critérios do TTD. Essa exigência caracteriza, de forma inequívoca, privilegiar não apenas a questão da ocorrência da violência interpessoal, mas personalizá-la e relacioná-la de forma direta com as alterações vinculares associadas aos cuidadores primários. Também é importante ressaltar a questão do tempo mínimo de um ano de exposição (cronicidade) para ambos os critérios (A1 e A2), para que o item possa ser considerado positivo para o transtorno.

Algumas possibilidades de análise do item exposição podem ajudar a entender melhor o alcance clínico deste critério. Em geral, a maioria das situações de maus-tratos está

⁵ Tradução do autor deste estudo.

⁶ Tradução do autor deste estudo.

associada às alterações no vínculo pais-crianças (BENETTI, 2002), portanto, a alteração vincular está associada diretamente a esses eventos, tanto por ser causada diretamente por algum familiar, quanto por ocorrer por negligência ou omissão dos mesmos.

Quando há uma significativa ruptura do vínculo, pela troca constante do cuidador primário, de abandono ou frequente abuso emocional, é possível que a criança fique mais vulnerável e frágil para situações de violência (mesmo que não ocorra no âmbito intrafamiliar), estando mais suscetível à ocorrência dos desfechos sintomatológicos que constam dos demais itens.

A possibilidade de desenvolver um processo de resiliência é aumentada quando a criança encontra um ambiente que, após a ocorrência do trauma, possa ajudá-la na superação do mesmo. Para que isso ocorra, é necessário que alguém funcione como um tutor de resiliência (CYRULNIK, 2009). Se a criança estiver exposta a um ambiente violento e não protetor, a resiliência dificilmente poderá ocorrer. Por essa razão, os critérios de exposição são fundamentais para pensarmos na possibilidade de ocorrência do TTD em uma dada criança ou adolescente. Segundo Ferenczi *apud* Vidal (2011), o trauma infantil para se desenvolver, depende da resposta do ambiente familiar circundante. Se não há o apoio, o cuidado, um suporte emocional adequado por parte dos cuidadores, a situação estressante do maltrato acaba por se estruturar sob a forma de um trauma psíquico.

Sob a ótica da terminologia característica da pesquisa clínica, podemos dizer que o item **Exposição** dos critérios diagnósticos do TTD, seria a variável independente e os demais itens (sintomas) como as variáveis dependentes, ou desfechos possíveis.

Segundo van der Kolk, crianças expostas aos subitens A1 e A2 de forma combinada, apresentam os sintomas próprios do TTD de forma mais prevalente do que crianças que são expostas apenas a um dos subitens (só A1 ou só A2), ou a nenhum destes (sem A1 e sem A2) (van der KOLK *et al.*, 2009).

Em um trabalho extenso de pesquisa do *National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN), em uma amostra de 11.104 crianças e adolescentes de zero a dezoito anos que integravam os serviços de atendimento desta rede de saúde dos Estados Unidos, foram descritos, entre outros achados, a prevalência de exposição ao trauma. Mais de 75% dos participantes ou seus cuidadores relataram ter estado expostos a múltiplas formas de trauma, sendo que as duas formas de exposição mais frequentemente relatadas foram perda/separação/luto traumático (49,4%) e violência doméstica (49,1%). Além destas, também informaram terem estados expostos a cuidadores debilitados (39,8%), abuso emocional (37,6%), negligência (30,9%), abuso físico (30,6%) e abuso sexual (24,4%). Na distribuição por sexos, a maior discrepância das prevalências dos tipos de exposição a situações traumáticas se encontra no abuso sexual, onde 70% da amostra foi constituída por meninas (BRIGGS *et al.*, 2013).

Achados de vários estudos indicam que a exposição a situações de maus-tratos e violência repetitiva e prolongada na infância levam à estruturação de sintomas que tendem a ser crônicos, estabelecendo-se como os mais diversos tipos de psicopatologia. Como exemplos da relação entre exposição e este tipo de desfecho, podemos citar os estudos envolvendo a associação de “altas taxas de diferentes tipos de trauma com transtorno de pânico” (SEGANFREDO *et al.*, 2009), de abuso e negligência na infância com obesidade na vida adulta (BENTLEY e WIDOW, 2009), entre abuso sexual e múltiplos transtornos somáticos numa revisão sistemática e estudo de meta-análise (PARAS *et al.*, 2009), de violência na infância com transtorno de humor na idade adulta (ZAVASCHI *et al.*, 2006), dentre uma grande variedade de outros estudos sobre esse tema.

B. Desregulação Afetiva e Fisiológica. A criança apresenta competências normativas do desenvolvimento comprometidas relativas à regulação de excitabilidade, incluindo no mínimo duas das seguintes:

- B.1. Inabilidade em modular, tolerar ou recuperar-se de estados afetivos extremos (p. ex., medos, raiva, vergonha), incluindo extremo descontrole comportamental ou imobilização;
- B.2. Distúrbios na regulação de funções corporais (p.ex. distúrbio persistente no sono, alimentação e eliminação; hiperreatividade ou hiporreatividade ao toque ou a sons; desorganização durante mudanças rotineiras);
- B.3. Consciência diminuída/dissociação de sensações, emoções e estados corporais;
- B.4. Comprometimento na capacidade para descrever emoções e estados corporais.⁷

No subitem B1, encontra-se uma “inabilidade para a modulação dos afetos que inclui mudanças afetivas extremas e de se acalmar após fortes experiências afetivas, persistentes ou não manejáveis, humor negativo e hiperresponsividade a estímulos de baixa intensidade” (van der KOLK *et al.*, 2009). Em função desta forma de distúrbio, podemos ainda encontrar conduta autodestrutiva, isolamento social, disforia, depressão entre outros sintomas (van der KOLK e D’ANDREA, 2010).

No subitem B2, a irrupção dos sintomas mencionados pode ser desencadeada por estímulos de baixa intensidade, como os que estão presentes nas mudanças de atividades rotineiras. No estudo de 2008 no *Chicago Child Trauma Center* (van der KOLK *et al.*, 2009), encontrou-se na amostra estudada que em crianças que apresentavam o critério A positivo, 73% tinham alterações de sono. Richardson e colaboradores, também em 2008, encontraram que em crianças com o mesmo critério de exposição positivo, em torno da metade tinha atrasos em várias áreas do desenvolvimento, incluindo alterações no desenvolvimento da motricidade fina (Richardson *apud* van der KOLK *et al.*, 2009).

Em uma pesquisa sobre distúrbios do sono, observou-se que essa dificuldade estava correlacionada à depressão e TEPT. Sujeitos desse estudo que foram vítimas de abuso sexual informaram maiores taxas de distúrbios de sono mesmo quando comparados com os sujeitos que tinham depressão e TEPT (NOLL *et al.*, 2006).

⁷ Tradução do autor deste estudo.

No subitem B3, encontramos crianças que apresentam sintomas de dissociação, despersonalização, consciência diminuída em relação ao ambiente externo, entorpecimento afetivo e analgesia física, entre outros achados (van der KOLK *et al.*, 2009). Segundo van der Kolk e d'Andrea (2010) em torno de 400 estudos associaram vitimização infantil com sintomas dissociativos.

Em um trabalho sobre dissociação e sintomas pós-traumáticos em crianças maltratadas em idade pré-escolar (HULETTE *et al.*, 2008), os autores encontraram que crianças, nesta faixa etária, expostas a abuso sexual apresentavam maiores níveis de sintomas pós-traumáticos enquanto crianças que foram expostas a abusos físicos apresentavam maiores níveis de sintomas dissociativos, sendo que essas últimas tendiam a usar mais a dissociação como um mecanismo primário de adaptação (*coping*).

No estudo do *Chicago Child Trauma Center* observou-se que crianças que tinham o diagnóstico de TTD apresentavam mais dificuldades em expressar e categorizar as emoções e em poder expressar necessidades fisiológicas (fome, eliminação de urina e fezes) do que crianças com outros tipos de exposição traumática (van der KOLK *et al.*, 2009).

C. Desregulação na Atenção e no Comportamento: A criança apresenta competências normativas do desenvolvimento comprometidas relativas à manutenção da atenção, aprendizagem ou enfrentamento ao estresse, incluindo pelo menos três dos seguintes:

- C.1. Preocupação com ameaça, ou incapacidade de perceber ameaça, incluindo má interpretação da segurança ou de sinais de perigo;
- C.2. Comprometimento na capacidade de autoproteção, incluindo extrema assunção de risco ou busca de excitação (adrenalina);
- C.3. Tentativa mal-adaptativa de autoconsolo (p.ex. balanceio e outros movimentos rítmicos, masturbação compulsiva);
- C.4. Autoagressão habitual (intencional ou automática) ou reativa;
- C.5. Inabilidade para iniciar ou sustentar um comportamento dirigido a um objetivo.⁸

⁸ Tradução do autor deste estudo. .

Neste item encontram-se também como problemas associados às dificuldades de aprendizagem, carência de curiosidade e problemas de orientação espaço-temporal, dentre outros (van der KOLK e D'ANDREA, 2010). De acordo com o estudo de Perkins e Graham-Bermann (2012), crianças que são expostas à violência apresentam um risco maior de desenvolverem dificuldades que estão relacionadas à escolarização tais como problemas mentais, problemas de aprendizagem, dificuldades de linguagem e outras dificuldades neurocognitivas. No artigo as autoras referem que as dificuldades de autorregulação são particularmente importantes já que estão associadas à saúde mental e às funções escolares através dos problemas na atenção e no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

D. Desregulação pessoal ou relacional. A criança apresenta competências normativas do desenvolvimento comprometidas no sentido de identidade pessoal e envolvimento em relacionamentos, incluindo pelo menos três dos seguintes:

D.1. Preocupação intensa com segurança do cuidador ou outras pessoas amadas (incluindo os cuidadores precoces) ou dificuldade em tolerar a reunião com eles após a separação;

D.2. Persistente senso negativo do eu, incluindo autodepreciação, desamparo, desvalorização, inadequação ou imperfeição;

D.3. Extrema e persistente desconfiança, desafio ou falta de reciprocidade no comportamento com relações próximas de adultos ou pares;

D.4. Agressividade física ou verbal reativa em relação a pares, cuidadores ou outros adultos;

D.5. Tentativas inapropriadas (excessivas ou promíscuas) de entrar em contato íntimo (incluindo, mas não limitando à intimidade sexual ou física) ou excessiva dependência nos pares ou adultos para segurança e re-asseguramento;

D.6. Comprometida capacidade em regular a excitação empática como evidenciado pela falta de empatia ou intolerância com expressões de angústias dos outros, ou excessiva responsividade à angústia alheia.⁹

Neste item, além destes sintomas, encontramos também um sentimento de desvalia, uma pobre imagem corporal, sentimentos de vergonha, culpa e expectativas de vitimização, dentre outros (van der KOLK e D'ANDREA, 2010).

Noll *et al.* (2009), em um estudo que avaliou adolescentes vítimas de maus-tratos, evidenciou o papel da desregulação psicológica na atuação de condutas sexuais de risco (HIV

⁹ Tradução do autor deste estudo.

ou gravidez na adolescência). Esse estudo indica uma direção possível e compatível com a evolução dos sintomas encontrados neste item, em especial no subitem D5.

E. Sintomas do Espectro Pós-traumático. A criança apresenta pelo menos um sintoma de pelo menos três conjuntos de sintomas B, C e D de TEPT (Apêndice B).¹⁰

De acordo com os dados do *National Child Traumatic Stress Network*, 50% das crianças que apresentam o critério A (Exposição) para TTD, também preenchem os critérios para TEPT, enquanto que segundo os dados do *Chicago Child Trauma Center* esses números alcançam o índice de 69% (van der KOLK *et al.*, 2009).

Alguns detalhamentos do item E, são importantes para evitar confusões entre os dois transtornos. Para preencher os critérios deste item para TTD, não é necessário que o sujeito apresente todos os critérios para TEPT. Primeiro, para ser positivo para o TTD é necessário apresentar apenas um sintoma de cada subitem do TEPT, já para esse transtorno, é necessário mais sintomas dentro de cada subitem de seus critérios diagnósticos específicos; segundo, os sintomas do TTD devem durar no mínimo seis meses, no TEPT no mínimo um mês; terceiro, no TTD, se define a necessidade de exposição por um período mínimo de um ano, no TEPT não há a caracterização para o tempo mínimo de exposição; quarto, no TEPT há a exigência de que os sintomas iniciem até seis meses após a exposição, já no TTD não há este tipo de definição.

F. Duração do transtorno (sintomas do Critério TTD B, C, D e E): pelo menos 6 meses.¹¹

Esse item demonstra bem a preocupação na formatação da proposição do TTD para poder ser incluído no DSM V, onde a preocupação com o tempo de duração mínimo dos sintomas é um requisito constante em muitas patologias.

¹⁰ Idem.

¹¹ Tradução do autor deste estudo.

G. Comprometimento funcional. O transtorno causa significativa incômodo ou comprometimento clínico em duas das seguintes áreas de funcionamento:

Escolar: baixo rendimento, abstenção, problemas disciplinares, evasão, falha em completar etapa/diplomar-se, conflito com a equipe da escola, problemas de aprendizagem ou comprometimento intelectual que não pode ser explicado neurologicamente ou por outros fatores.

Familiar: conflito, evitação/passividade, fuga, desapego e apego a substitutos, tentativas de machucar física ou emocionalmente membros da família, não satisfação de responsabilidades dentro da família.

Grupo de iguais; isolamento, afiliações desviantes, conflito físico ou emocional persistente, evitação/passividade, envolvimento em violência ou atos inseguros, afiliações ou estilo de interação impróprios para a idade.

Legal: prisões/recidiva, detenção, condenações, encarceramento, violação de liberdade condicional ou outras ordens da justiça, aumento de ofensas severas, crimes contra outras pessoas, desprezo ou descaso com a lei ou em relação a padrões morais.

Saúde: doença física ou problemas que não podem ser completamente explicados por lesão ou degeneração física, envolvendo os sistemas digestivo, neurológico (incluindo sintomas conversivos e analgesia), sexual, imunológico, cardiopulmonar, proprioceptivo ou sensorial, ou severas dores de cabeça (incluindo enxaqueca) ou dor crônica ou fadiga.

Vocacional (para jovens envolvidos em, procurando por ou encaminhados para emprego, trabalho voluntário ou treinamento): desinteresse no trabalho/vocação, incapacidade para conseguir ou manter empregos, conflito persistente com colegas ou supervisores, emprego inferior a habilidades, falha em conseguir avanços esperados.¹²

Tendo em vista a ampla gama de sintomas que o TTD cobre, é esperado que também afete um amplo espectro de funções da vida do indivíduo.

¹² Tradução do autor deste estudo.

3 JUSTIFICATIVA

Os maus-tratos são reconhecidos como um grave problema de saúde pública, podendo deixar sequelas importantes e levar até mesmo à morte em muitas situações. Atualmente, inúmeros trabalhos apontam para a etiologia traumática dos maus-tratos na infância como causa de síndromes comportamentais bastante complexas.

O estudo dos traumas complexos, unindo as alterações psicológicas às alterações cerebrais, reforça a necessidade do reconhecimento do fator etiológico traumático na origem dessas patologias. Esse reconhecimento tem sido buscado por um grupo de psiquiatras americanos, através da proposição de uma classificação psicopatológica específica, que atualmente não é contemplado nos manuais diagnósticos psiquiátricos atuais.

O presente estudo, apresentando a prevalência dos diferentes critérios diagnósticos que caracterizam o TTD (exposição a situações potencialmente traumáticas e os sintomas decorrentes) ressalta a importância do tema e tenta contribuir com a produção de conhecimento específico nessa área ainda carente de publicações, em especial em língua portuguesa.

Além de todos os pontos considerados anteriormente, através da proposição de um instrumento ainda inédito de *screening* de aplicação rápida e fácil, este estudo poderia vir a ser um aliado importante na detecção dos traumas complexos e o consequente processo de prevenção secundária em saúde mental. Além da identificação da hipótese do transtorno e do consequente encaminhamento para avaliação e atendimento biopsicossocial, a vítima poderia também ser adequadamente conduzida à esfera legal, o que em muitas situações determina o fim do ciclo de violência ao qual está submetida, sendo muitas vezes o último recurso possível para evitar um evento fatal.

4 HIPÓTESE

A hipótese desse estudo é que crianças que apresentam os critérios de exposição (A) para o TTD têm maior probabilidade de apresentar todos os sintomas que caracterizam o transtorno (B+C+D+E+G).

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência dos critérios propostos para o diagnóstico do TTD.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresentar um instrumento, com seus dados ainda preliminares, para identificar as prevalências dos critérios de exposição (A) e de sintomas (B, C, D, E, G) propostos para o diagnóstico do TTD;

Comparar os resultados com outros estudos semelhantes.

6 METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O delineamento do estudo é do tipo transversal.

6.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A amostra foi constituída por crianças e adolescentes de 8 a 14 anos, oriundos de três cenários diferentes: Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (CRAI/HMIPV), um Albergue para crianças vítimas de maus-tratos de uma organização não governamental e uma escola pública da zona sul de Porto Alegre (nesse último cenário, os sujeitos foram selecionados por supostamente não apresentarem histórico conhecido de vitimização por maus-tratos).

6.3 AMOSTRA

6.3.1 Seleção

A amostragem realizada foi do tipo não probabilístico, por conveniência com seleção consecutiva de crianças e adolescentes oriundos de três cenários diferentes.

6.3.2 Critérios de inclusão

Para integrar a amostra, o sujeito deveria ter idade entre 8 e 14 anos, pertencer a um dos locais anteriormente citados, na época em que a coleta foi realizada, ser alfabetizado e

concordar em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incluindo aqui o aceite e assinatura dos sujeitos selecionados e dos responsáveis legais.

6.3.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos os sujeitos analfabetos funcionais e os que não preencheram totalmente os questionários.

6.3.4 Tamanho e Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por 102 sujeitos divididos em dois grupos de 51 cada. Um grupo foi constituído por 51 crianças e adolescentes de 8 a 14 anos, sendo 17 do sexo masculino e 34 do sexo feminino, que foram atendidas no ambulatório do CRAI/HMIPV (30) ou que estavam albergadas nas casas lares do Albergue (21). O outro grupo foi constituído por 51 sujeitos da mesma faixa etária, sendo 31 do sexo masculino e 20 do sexo feminino e que estavam regularmente matriculados numa escola pública da zona sul de Porto Alegre.

Os sujeitos que eram atendidos no ambulatório do CRAI/HMIPV apresentavam suspeita ou confirmação de histórico de maus-tratos. Já os sujeitos da amostra que eram moradores do Albergue, apresentavam confirmação de histórico de maus-tratos. Por último, os sujeitos da amostra que eram alunos da escola pública municipal não apresentavam suspeita de histórico de maus-tratos.

Considerando o estudo de Stolbach que demonstrou que 31% dos sujeitos expostos (A1 e A2) e 6% sem nenhuma exposição (semA1A2), todos apresentando sintomas compatíveis com TTD (STOLBACH *et al.*, 2013), calculou-se que seriam necessários 55

indivíduos em cada grupo para um nível de significância de 5% e poder de 90%, já consideradas as perdas de 10%.

6.4 VARIÁVEIS

6.4.1 Variável Preditora

Exposição a situações de violência, caracterizada por respostas positivas às perguntas do instrumento, relativas ao item A (A1 e A2) dos critérios diagnósticos para o TTD.

6.4.2 Desfecho

Sintomas que constam dos critérios diagnósticos para o TTD, caracterizados por respostas positivas às perguntas do instrumento, relativas a todos os itens do referido transtorno (B, C, D, E e G).

6.5 INSTRUMENTO

6.5.1 Tipos e elaboração

Na literatura específica sobre o TTD, existe uma ampla gama de sintomas que constituem os critérios diagnósticos desse tipo de patologia. Entretanto, não existe um instrumento específico para diagnosticá-lo. Briere e Spinazolla (2009) apresentam uma série de questionários e escalas para avaliação do TTD, como forma de poder abranger esse amplo espectro sintomatológico.

Por isto, tendo como base o protocolo de critérios diagnósticos propostos para TTD – Apêndice A (van der KOLK *et al.*, 2009) e para o TEPT – Apêndice B (KAPZINSKI e MARGIS, 2003), foi construído um questionário que tentou contemplar de forma ampla esses critérios e que em um único instrumento, tentou avaliar os sujeitos da pesquisa quanto à exposição e seus desfechos possíveis.

O instrumento tem a formatação de um *self report*, tendo duas versões de questionários (Apêndice F) do tipo fechado, uma para os pais, que contém 76 perguntas e outra para as crianças, com 47 perguntas. As duas versões avaliam aspectos sintomatológicos semelhantes, sendo a maioria dos itens complementares.

No presente estudo, foram criadas questões que contemplam os dois subitens (A1 e A2), além de uma questão específica que buscou identificar os diferentes tempos de exposição a situações potencialmente traumáticas, também denominado de cronicidade.

Em relação aos diferentes itens que buscaram identificar os sintomas, todos foram contemplados com questões também específicas, com exceção do item F. Esse item que avaliava o tempo de presença do sintoma em questão, em função da dificuldade em elaborar perguntas que pudessem captar este dado com maior verossimilhança.

Já para o subitem E, que buscava identificar os sintomas do espectro pós-traumático, foram elaboradas questões para os critérios A, B, C, e D do TEPT. Assim sendo, foram estruturados quatro subitens para E: E1, E2, E3, E4. No subitem E1, averiguou-se o item de exposição do TEPT; no subitem E2 averiguou-se o sintoma de revivência, equivalente à letra B dos critérios do TEPT; no subitem E3, averiguou-se o sintoma de evitação/esquiva, equivalente à letra C do TEPT; e por fim, no subitem E4, averiguou-se o sintoma de excitabilidade, equivalente à letra D do TEPT. Os subitens E e F específicos do TEPT não foram diretamente avaliados.

Para o critério G do TTD que avalia o comprometimento funcional do indivíduo, foram elaboradas questões específicas pertinentes apenas aos subitens escolar, familiar, grupo de iguais e saúde, por terem sido considerados os mais presentes no dia-a-dia para a faixa etária dos sujeitos do estudo.

Ainda em relação à formulação de questões do instrumento, o critério A2, que avalia circunstâncias envolvendo o vínculo inicial dos pais com a criança e o critério D5, que avalia questões envolvendo a primeira infância dos sujeitos, consta apenas do questionário para os pais ou responsáveis.

As respostas foram estruturadas em uma escala Lickert, de acordo com a frequência de ocorrência dos sintomas observados, tendo quatro opções (*nunca, uma vez, às vezes e muitas vezes*). Já para a cronicidade de exposição, a resposta apresentava quatro opções de tempo de duração (*nunca; durou de um mês a seis meses; de seis meses a um ano; mais de um ano*).

A construção das perguntas que compõem os questionários foi realizada tendo como base a sintomatologia que compõe o TTD, além da leitura de vários outros questionários que tratavam de temas afins.

Após a elaboração dos questionários, foi estruturado um instrumento para avaliação dos mesmos por três especialistas na área de maus-tratos e proteção a crianças e adolescentes (Apêndice C). Esse instrumento utilizou dois critérios, *Clareza e Aplicabilidade*, onde o primeiro visava avaliar se as questões estavam formuladas de maneira compreensível para os sujeitos da pesquisa e o segundo avaliava se as questões se aplicavam adequadamente às diretrizes diagnósticas propostas no estudo. Esses critérios foram solicitados a serem avaliados para cada item diagnóstico dos questionários (A, B, C, D, E, G) segundo uma escala do tipo Lickert com as seguintes opções: *não avalia; avalia pouco; avalia bem; avalia muito bem*. Para cada opção foi dado um valor de 0 a 3 em ordem crescente. Após o somatório das notas e a média das mesmas, o instrumento obteve a média final de 2,5 dos três avaliadores.

Para cada avaliador também foram solicitadas sugestões de alterações para os questionários, se assim julgassem necessário. Por fim, após realizadas as alterações, os questionários foram enviados para uma doutora em linguística visando a adequação do vocabulário para a amostra que seria o público alvo. Sugeridas as alterações, o questionário foi novamente revisado e alterado, permanecendo em sua forma final, tal qual consta nos apêndices.

6.5.2 Aplicação

A aplicação envolveu um período inicial de treinamento para os auxiliares de pesquisa. O pesquisador evitou realizar pessoalmente a aplicação dos questionários em função de um possível viés que pudesse ocorrer, como por exemplo, a indução de respostas. Inicialmente foi elaborado um manual de orientação para os auxiliares de pesquisa e posteriormente o treinamento, quando todas as perguntas foram lidas e discutidas, bem como possíveis situações que poderiam ocorrer. O período de treinamento ocorreu em junho de 2011. O treinamento das auxiliares de pesquisa que coletaram os dados no Albergue foi realizado posteriormente, em abril de 2013.

Os questionários foram entregues às crianças e aos pais ou responsáveis e aplicados com uma média de 15 minutos para sua realização. Houve apenas uma recusa, em função da criança estar sendo atendida no ambulatório no momento da aplicação do questionário. No ambulatório cinco questionários foram excluídos, na escola foram três, todos por não terem sido concluídos em sua totalidade.

O grupo de auxiliares de pesquisa foi constituído por dez psicólogas, duas estudantes de psicologia e uma mestranda em biologia.

A aplicação dos questionários ocorreu em diferentes momentos. No CRAI/HMIPV os dados foram coletados de maio a agosto de 2012, na escola em junho de 2012 e maio de 2013 e no Albergue em abril de 2013.

6.5.3 Considerações estatísticas

A descrição dos dados foi realizada por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas, e por média e desvio padrão para variáveis quantitativas. A fim de avaliar a associação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o teste qui-quadrado. Para avaliar o efeito conjunto da exposição e das covariáveis idade, sexo e origem no desfecho final, foi utilizada regressão de Poisson com variância robusta. No ajuste do modelo multivariável inicialmente foram incluídas todas as variáveis com $P < 0,20$, permanecendo no modelo final somente aquelas com $P < 0,05$. Para todas as análises foi utilizado o software SPSS versão 19, considerando um nível de significância de 5%.

6.5.4 Considerações éticas

O trabalho foi apresentado e aprovado por duas Comissões de Ética em Pesquisa, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o número 110498 e no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

Riscos: segundo a Resolução 196/96 versão 2012 das Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, eticamente, o estudo pode ser considerado de baixo risco, em função de que durante a aplicação do questionário, foi dada especial atenção à preservação dos sujeitos, bem como dos seus pais ou responsáveis, para evitar o incremento do nível de angústia que pudessem vir a apresentar em função das situações de preenchimento dos

questionários. O pesquisador colocou-se à disposição para acompanhamento de qualquer sujeito que viesse a apresentar algum grau de ansiedade resultante da aplicação do questionário.

Benefícios: não houve benefícios diretos para os sujeitos que participaram da pesquisa. O benefício será indireto, pois auxiliaram na produção de conhecimentos, que poderão melhorar a realização de diagnósticos de uma patologia que é gerada pela ansiedade e estresse importantes. Isso em bioética também é denominado de benefício difuso (GOLDIM, 2005).

Banco de dados: o armazenamento e gerenciamento dos dados coletados foi realizado pelo programa EpiData 3.1, que foi organizado para o estudo. No programa há um código de identificação para cada sujeito, gerado a partir da ordem de entrada dos dados de cada questionário. Os nomes com os códigos estão sendo mantidos em separado com o pesquisador, sem que outras pessoas tenham acesso a essa informação, para preservar a confidencialidade das informações coletadas.

Posteriormente, para a realização do tratamento estatístico foi utilizado o SPSS versão 19.

Termo de Consentimento Livre Esclarecido: esse termo foi entregue aos pais ou responsáveis, apresentando o estudo, contendo também a descrição dos riscos, da não obrigatoriedade da participação sem prejuízo da manutenção do atendimento que receberam no ambulatório, entre outros detalhes e informações a serem prestados, para que pudessem decidir se aceitariam em participar, junto com seus filhos, da pesquisa em questão.

O TCLE consta do Apêndice D, para o grupo de crianças e adolescentes com suspeita ou confirmação de histórico de maus-tratos e de Apêndice E para o grupo de crianças sem suspeita ou confirmação de histórico de maus-tratos.

7 REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-V [internet]. Arlington: APA; [acesso em setembro de 2013] Disponível em: www.psychiatry.org.
2. Benetti SPC. Maus-tratos da criança: abordagem preventiva. In: Reppold CT, Pacheco J, Bardagi M, Hutz CS. Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.131-50.
3. Bentley T, Widom, CS. A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity Journal* 2009; 17: 1900-1905.
4. Briere J, Spinazzola J. Assesment of the sequelas of Complex Trauma: evidence-based measures. In: Courtois CA, Ford JD. Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide. New York: The Guilford Press; 2009. p.104-23.
5. Briggs EC, Fairbank JA, Greenson JA, Layne CM, Steinberg AM, Ostrowski SA et al. Links between child and adolescent trauma exposure and service use histories in a national clinic-referred sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013; 5(2): 101-109.
6. Bokanowski T. Variações do conceito de traumatismo: traumatismo, traumático, trauma. *Revista Brasileira de Psicanálise* 2005; 39(1): 27-39.
7. Borges ES. Atendimento a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. In: *Psicologia clínica hospitalar: trauma e emergência*. São Paulo: Vetor Editora, 2009. p.181-98.
8. Borges JL, Zoltowski APC, Zucatti APN, DellAglio DD. Transtorno de estresse pós-traumático na infância e adolescência: prevalência, diagnóstico e avaliação. *Aval. Psicol.* 2010; 9(1): 87-98.
9. Child Welfare Information Gateway. (2013). Child abuse and neglect fatalities 2011: statistics and interventions [internet]. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau; [acesso setembro de 2013]. Disponível em: www.childwelfare.gov.
10. Costa GP, Borges ES. Eterno presente. In: Costa, GP e colaboradores. *A clínica psicanalítica das psicopatologias contemporâneas*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.197-222

11. Cyrulnik B. Autobiografia de um espantallo histórias de resiliência: o retorno à vida. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2009.
12. Dannlowski U, Stuhrmann A, Beutelmann V, Zwanzger P, Lenzen T, Grotegerd D et. al. Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biol. Psychiatry*. 2012; 71: 286-293.
13. Dorahy, M.J., van der Hart, O., Middleton, W. The history of early trauma and abuse from the 1850s to the current time: how the past influences the present. In: Lanius, R.A., Vermetten, E., Pain, C. The impact of early life trauma on health and disease. Cambridge: Cambridge University Press. 2010. p.3-12.
14. Ford JD, Courtois CA. Defining and understanding Complex Trauma and Complex Traumatic Stress Disorders. In: Courtois CA, Ford JD. Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide. New York: The Guilford Press; 2009. p.13-30.
15. Goldim, JR. Bioética: critério de benefício provável [internet]. Porto Alegre: UFRGS; agosto 1997 [atualizado agosto 2005; acesso em setembro 2011]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioética/bioética.htm>.
16. Hebert SK. O traumatologista e a criança maltratada. In: Outeiral JO e colaboradores. Infância e adolescência: psicologia do desenvolvimento, psicopatologia e tratamento. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1982. p.148-64.
17. Herman JL. Trauma and recovery. London: Pandora; 2001.
18. Hulette AC, Freyd JJ, Pears KC, Kim HK, Fisher PA, Becker-Blease KA. Dissociation and posttraumatic symptoms in maltreated preschool children. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2008;193: 108.
19. Kapzinski F, Margis R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr*; 2003; 25 (Suppl I): 3-7.
20. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The Battered-Child Syndrome. *Child Abuse Negl*. 1985; 9: 143-154.
21. Kühn S, Gallinat J. Gray matter correlates of posttraumatic stress disorder: a quantitative meta-analysis. *Biol Psychiatry*. 2013; 73: 70-74.
22. Masson, J.M. Freud no necrotério de Paris. In: Atentado à verdade: a supressão da teoria da sedução por Freud. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1984. p.15-52.

23. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymow S, Labonté B, Szyf M et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*. 2009 March; 12(3): 342-348.
24. Noll JG, Trickett PK, Susman EJ, Putnam FW. Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of Pediatric Psychology*. 2006; 31(5): 469-480.
25. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EM, Sattler AL, Colbenson KM et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders a systemic review and meta-analysis. *JAMA*, 2009 August; 302(5): 550-61.
26. Noll JG, Shenk CE, Putnam KT. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: a meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology*. 2009 May; 34(4): 366-378.
27. Perkins S, Graham-Bermann S. Violence exposure and the development of school-related functioning: mental health, neurocognition, and learning. *Aggression and Violent Behavior*. 2012; 17: 89-98.
28. Perry BD. The neurodevelopmental costs of adverse childhood events. In: Geffner B, editor. *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do*. Harworth Press, 2000. [artigo na Internet, acesso em 14 jul 2007]. Disponível em: <http://www.childtrauma.org/ctamaterials/Neuroarcheology.asp>.
29. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2005; 12(1): 42-49.
30. Salvaterra AT. Clinicians diagnostic evaluation of chronic childhood trauma: an examination of the clinical utility of Developmental Trauma Disorder. Massachusetts. Thesis [Master of Social Work] – Smith College School for Social Work; 2010. [Tese na Internet, acesso em setembro 2010]. Disponível em : <http://dspace.nitle.org/bitstream/handle/10090/17375/April%20Salvaterra%20Thesis.pdf?sequence=1>.
31. Santos SR, Ferreira AL, Paixão AC, Pfeiffer LY, Aquino LA, Amaral JLF. Adaptação e aplicabilidade do componente “maus-tratos” à estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância no Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009; 9(3): 359-366.
32. Schestatsky S, Shansis F, Ceitlin LH, Abreu PBS, Hauck S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003; 25 (Supl I): 8-11.

33. Schimid M, Petermann F, Fegert JM. Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 1-12.
34. SDH - Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República [internet]. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos e Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, agosto 2010. {acesso agosto 2011} Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/copac/escolaqueprotege/documentos/FEPETIPB_241110/FEPE TIDD.pdf>.
35. Seganfredo ACG, Torres M, Salum GA, Blaya C, Acosta J, Eizirik C, Manfro GG. Diferenças de gênero nas associações de trauma na infância e apego no transtorno de pânico. *Rev Bras Psiquiatr*; 2009; 32(4): 314-21.
36. Stein PT, Kendall J. Complex PTSD in children: brain and behavior. In: Stein PT, Kendall J. *Psychological trauma and the developing brain: based interventions for troubled children*. New York: Routledge; 2004. p.97-132.
37. Stolbach BC. Complex trauma exposure and symptoms in urban traumatized children: a preliminar test of proposed criteria for developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress August*. 2013; 26: 483-491.
38. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *FOCUS* [periódicos na Internet]. 2003 [acesso em 28 set 2010];1. Disponível em: <http://www.focus.psychiatryonline.org/cgi/content/full/1/3/322>.
39. van der Kolk BA, d'Andrea W. Towards a developmental trauma disorder diagnosis for childhood interpersonal trauma. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain Clare. *The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p.57-68.
40. van der Kolk BA, Pynoos RS, Cicchetti D, Cloitre M, D'Andrea W, Ford JD et al. Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V [artigo na Internet]. 2009 [acesso em março de 2010]. http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf.
41. Vidal I. Clínica de lo traumático. La función del analista. In: Boschán PJ compilador. *Sandor Fereczi y el psicoanálisis del siglo XXI*. Buenos Aires: Letra Viva, 2011. p.457-67.

42. Waiselfisz, J.J. Mapa da Violência 2012 - Crianças e Adolescentes do Brasil. [relatório na Internet] RJ: CEBELA/FLACSO, 2012. [acesso em abril 2014]. http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf.
43. Woon FL, Sood S, Hedges DW. Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults: a meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacological & Biological Psychiatry*; 2010; 34: 1181-1188.
44. Wylie MS. The long shadow of trauma: childhood abuse may be our number one public health issue. Washington, DC: Psychotherapy Networker. 2010 [acesso em maio 2012]. Disponível em: <http://afosterdissertation.wikispaces.com/file/view/Wylie+The+Long+Shadow+of+Trauma+2010.pdf>.
45. Zavaschi MLS, Graeff ME, Menegassi MT, Mardini V, Pires DWS, Carvalho RH et. al. Transtornos do humor no adulto e trauma psicológico na infância. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28(3): 184-90.

8 ARTIGO

Violência e Trauma Psíquico na Infância e Adolescência: prevalência dos critérios diagnósticos do Transtorno Traumático do Desenvolvimento em Diferentes Cenários de Risco

Resumo: O presente trabalho consiste na apresentação dos dados referentes às prevalências encontradas para os diferentes critérios diagnósticos do Transtorno Traumático do Desenvolvimento (TTD), oriundos da aplicação de um instrumento elaborado em língua portuguesa originalmente para esse estudo. A amostra foi constituída por 102 crianças e adolescentes de 8 a 14 anos, provenientes de diferentes cenários de risco para maus-tratos, incluindo uma escola pública (n=51), um ambulatório de violência (n=30) e um albergue para vítimas de violência familiar (n=21). Os resultados preliminares sugerem ser possível corroborar a hipótese que sustenta o conceito do transtorno ao indicar que crianças que são expostas à violência, têm maiores probabilidades de apresentar os sintomas que caracterizam o TTD.

Introdução

A violência contra crianças e adolescentes não é algo recente, havendo relatos desde as civilizações greco-romana e hebraica (PIRES e MIYAZAKI, 2005). O fato novo é o reconhecimento da violência, através da denominação de maus-tratos, como um problema social e de saúde. Um dos grandes desafios em relação ao tema segue sendo o silêncio e a cumplicidade social, inclusive por parte dos profissionais de saúde, o que auxilia na manutenção e disseminação do problema (BORGES, 2009).

Um serviço criado pela Secretaria dos Direitos Humanos (SDH) da Presidência da República do Brasil, o Disque Denúncia, recebeu, entre 2003 até julho de 2010, 130872 denúncias de maus-tratos de crianças e adolescentes. De janeiro a julho de 2010 foram 16348 denúncias, sendo 4741 destas especificamente de abuso sexual de crianças e adolescentes.

No relatório intitulado “Mapa da violência 2012 Crianças e Adolescentes do Brasil” (Waiselfisz, 2012) segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de 2011, foram relatados 39281 casos de violência contra indivíduos com menos de dezenove

anos de idade, o que constitui aproximadamente 40% do total de notificações de violência entre indivíduos de todas as idades.

Na América Latina e Caribe, “85% das mortes por maus-tratos são classificadas erroneamente como acidentais ou indeterminadas e, para cada morte, estima-se nove incapacitados, 71 crianças com lesões graves e inúmeras vítimas com sequelas psicológicas” (SANTOS *et al.*, 2009, p. 359).

A violência e os maus-tratos são considerados por muitos clínicos e pesquisadores como o fator etiológico do trauma psíquico e dos transtornos mentais a ele associados. Achados de vários estudos indicam a associação entre exposição à violência e maus-tratos levando à estruturação de sintomas que caracterizam diferentes tipos de transtornos (SEGANFREDO *et al.*, 2009; BENTLEY e WIDOW, 2009; PARAS *et al.*, 2009; ZAVASCHI *et al.*, 2006).

Um tipo especial de trauma psíquico, o trauma complexo, é causado pela exposição frequente e prolongada à violência em momentos de vulnerabilidade do desenvolvimento biopsíquico do indivíduo, como na primeira infância e adolescência (FORD e CORTOUIS, 2009).

Os traumas complexos se caracterizam não apenas por serem crônicos em suas sequelas, mas também por funcionarem como fatores de risco para revitimizações futuras levando a uma tendência a responder a novas situações traumáticas com sintomatologias ainda mais graves (BRIERE e SPINAZZOLA, 2009). Quando diagnosticados na infância e na adolescência são denominados de Transtorno Traumático do Desenvolvimento, quando diagnosticados na vida adulta de Transtorno de Estresse Extremo (van der KOLK *et al.* 2009), transtorno muito similar ao denominado de Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (HERMAN, 2001).

O TTD é uma forma de trauma complexo, que surge como resultado de uma alteração vincular cuidador-criança que se caracteriza pelo estabelecimento de situações de maus-tratos repetidos e/ou prolongados. A vivência dessa situação causa uma complexa síndrome psicobiológica (STEIN e KENDALL, 2004), com alterações evidentes nas áreas afetiva,

perceptual, cognitiva, de memória, de pensamento, de atenção, de conduta e de consciência, que se estruturam conjuntamente a uma alteração morfológica e funcional do cérebro.

Este transtorno é um conceito teórico-clínico que ainda não consta dos *guidelines* psiquiátricos oficiais, nem tampouco é um consenso entre os profissionais da área de saúde mental (SCHIMID *et al.*, 2013). Ainda não existe um instrumento específico validado para aferir esse diagnóstico.

Para Salvaterra (2010) o diagnóstico do TTD, preenche uma lacuna entre os sistemas diagnósticos atualmente disponíveis e a realidade dos sintomas das vítimas de trauma interpessoal crônico na infância.

Os rigorosos critérios formulados para o transtorno denotam uma tentativa de evitar o diagnóstico de falsos positivos, possivelmente para impedir a generalização e banalização do conceito.

A hipótese do presente estudo é que crianças e adolescentes expostos à violência têm maiores probabilidades de apresentar a sintomatologia descrita pelos critérios diagnósticos do TTD.

Este artigo visa contribuir para diminuir a lacuna de conhecimento, em língua portuguesa, referente ao tema dos traumas complexos, além de apresentar um instrumento ainda em fase preliminar de construção e elaboração, que é inédito em relação à detecção do TTD.

Métodos

Estudo transversal incluindo uma amostra de crianças e adolescentes, selecionados em diferentes cenários de origem em relação ao risco de apresentar histórico de maus-tratos (escola, ambulatório e albergue) na cidade de Porto Alegre (Brasil).

O instrumento deste estudo apresenta a formatação de um *self report*, tendo duas versões de questionários do tipo fechado, uma para os pais, que contém 76 perguntas e outra para as crianças, com 47 perguntas. O número de questões difere entre os questionários porque há dados que apenas os pais têm conhecimento para responder (dados evolutivos). As duas versões avaliam aspectos semelhantes, sendo a maioria dos itens complementares, funcionando como um único instrumento que objetiva identificar os critérios diagnósticos característicos do TTD.

As respostas foram estruturadas em uma escala Lickert, de acordo com a frequência de ocorrência dos sintomas observados, tendo quatro opções de respostas (*nunca, uma vez, às vezes e muitas vezes*). Já para a cronicidade de exposição, a resposta apresentava quatro opções de tempo de duração (*nunca; durou de um mês a seis meses; de seis meses a um ano; mais de um ano*).

A construção das perguntas que compõem os questionários teve como base os critérios de exposição e da sintomatologia que compõe o TTD, além da leitura de vários outros questionários que tratavam de temas afins. Após sua elaboração, o instrumento foi avaliado por três especialistas em maus-tratos e posteriormente por uma doutora em linguística para aperfeiçoamento técnico e linguístico.

O presente estudo avaliou os resultados obtidos no questionário considerando duas concepções distintas: uma diagnóstica e outra de *screening*.

A concepção diagnóstica levou em consideração a proposição diagnóstica formal do TTD (van der KOLK *et al.*, 2009) que exige que o sujeito apresente os dois critérios de exposição A (A1 e A2) conjuntamente, por um mínimo de um ano, além da presença de todos os critérios sintomatológicos (B, C, D, E, G), com duração mínima de seis meses (critério F) (Apêndice A).

A concepção de *screening* foi baseada na referência de van der Kolk *et al.* (2009) segundo a qual dados de alguns estudos demonstraram que sujeitos que apresentaram apenas um dos dois critérios de exposição e por um período inferior a um ano, evidenciaram os sintomas típicos do TTD. Assim sendo, na concepção de *screening* sujeitos que apresentaram qualquer um dos critérios de exposição, sem levar em conta sua cronicidade, foram considerados como positivos para esse item.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue e assinado por todos os participantes do estudo. O tempo médio para preenchimento do questionário foi de quinze minutos.

Considerando o estudo de Stolbach que demonstrou que 31% dos sujeitos expostos (A1 e A2) e 6% sem nenhuma exposição (semA1A2), apresentaram sintomas compatíveis com TTD (STOLBACH *et al.*, 2013), calculou-se que seriam necessários 55 indivíduos em cada grupo para um nível de significância de 5% e poder de 90%, já consideradas as perdas de 10% para a comparação entre expostos e não expostos quanto à prevalência de TTD.

A descrição dos dados foi realizada por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas, e por média e desvio padrão ($\mu \pm DP$) para variáveis quantitativas. A fim de avaliar a associação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o teste qui-quadrado. Para avaliar o efeito conjunto da exposição e das covariáveis idade, sexo e origem nos sintomas característicos do transtorno, foi utilizada regressão de Poisson com variância robusta. No ajuste do modelo multivariável inicialmente foram incluídas todas as variáveis com $p < 0,20$, permanecendo no modelo final somente aquelas com $p < 0,05$. Para todas as análises foi utilizado o software SPSS versão 19, considerando um nível de significância de 5%.

Éticamente, o estudo pode ser considerado de baixo risco. O pesquisador colocou-se à disposição para acompanhamento de qualquer sujeito que viesse a apresentar algum de algum

grau de ansiedade resultante da aplicação do questionário. O trabalho foi apresentado e aprovado por duas Comissões de Ética em Pesquisa (Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas).

Resultados

No presente estudo foram aplicados 110 questionários a crianças e adolescentes e seus pais/responsáveis, sendo que oito destes foram excluídos por preenchimento incompleto. Assim, a amostra foi constituída pelos 102 sujeitos restantes, com idades de 8 a 14 anos ($11,7 \pm 1,7$), sendo 48 do sexo masculino (47,1%). Dos 102 sujeitos, 51 eram oriundos de uma escola pública, caracterizados por supostamente não apresentarem histórico de maus-tratos e os demais 51 oriundos de um ambulatório de violência ($n=30$) e de um Albergue para vítimas de violência familiar ($n=21$), caracterizados por apresentarem suspeita ou confirmação de maus-tratos. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição idade e sexo nos grupos provenientes dos diferentes cenários de exposição.

A partir da aplicação do instrumento foram encontrados os seguintes dados.

Tabela 1 – Prevalência dos Critérios Diagnósticos Formais do Transtorno Traumático do Desenvolvimento nos Diferentes Cenários de Risco (Concepção Diagnóstica)

	Cenários					
	SEM RISCO PRESUMIDO		COM RISCO PRESUMIDO		Total	
	n=51	%	n=51	%	n=102	%
EXPOSIÇÃO						
A(mais de 1 ano)	0	0,00	16	31,4	16	15,7
A(6meses-1ano)	1	2	2	3,9	3	2,9
A(1mês-6meses)	0	0,00	4	7,8	4	3,9
A(nunca exposto)	11	21,6	10	19,6	21	20,6
SóA1	23	45,1	15	29,4	38	37,2
SóA2	3	5,9	2	3,9	5	4,9
SemA1A2	13	25,5	2	3,9	15	14,7
DESFECHO						
Sintomas (B+C+D+E+G)	20	39,2	28	54,9	48	47,1
TTD (A+Sintomas)	0	0,00	9	17,6	9	8,8

*Critérios formais A: exposição e cronicidade:

A: critérios de exposição A1 e A2; só A1: apresenta somente o critério A1 (exposição repetida à violência interpessoal); só A2: apresenta somente o critério A2 (rupturas significativas dos cuidados infantis); semA1A2: não apresenta o critério A1 e não apresenta o critério A2; Sintomas (B+C+D+E+G): itens dos diferentes grupos de sintomas que compõem o transtorno; TTD (A+Sintomas): suspeita de ter o transtorno caracterizado por apresentar A1 e A2 com cronicidade de mais de um ano associado a todos os grupos de sintomas conjuntamente.

Levando-se em consideração o cenário de origem, nenhum indivíduo proveniente do cenário sem risco presumido (escola) preencheu o critério A, enquanto que avaliando em conjunto aqueles com risco presumido (ambulatorio e albergue), 31,4% (n=16) preencheram os referidos critérios ($p < 0,001$). Por outro lado, avaliando qualquer critério de exposição, não se restringindo à definição original do conceito, vemos que 43,7% (n=38) dos sujeitos da escola e 56,3% (n=49) do cenário de risco presumido, foram submetidos a algum tipo de exposição ($p = 0,005$).

A prevalência dos indivíduos oriundos do cenário de suspeita ou confirmação de maus-tratos (ambulatorio) apresentou 3 sujeitos que preencheram os critérios de A (10%), enquanto o cenário de maior risco, onde todos os sujeitos tinham maus-tratos confirmados (albergue) houve 13 sujeitos com esses mesmos critérios (61,9%) para um $p < 0,001$.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre exposição e sintomas de TTD ($p=0,6\%$). Dos 16 sujeitos com exposição A, 9 (56,2%) apresentaram sintomas de TTD. No entanto, dos 86 sujeitos que não preenchiam os critérios de A, 39 (45,3%) também apresentaram os referidos sintomas.

Ao compararmos os 15 sujeitos sem nenhuma exposição (semA1A2) com os 87 restantes, observou-se que dentre os primeiros, apenas 1 (6,7%) apresentou os sintomas de TTD, contra 47 (54%) dos restantes ($p=0,002$).

Com relação aos diferentes critérios sintomatológicos encontrou-se para B, C, D, E, G as prevalências de 96,1%, 53,9%, 82,4%, 99% e 90,2% respectivamente. Não foram encontradas diferenças significativas entre os sujeitos com exposição e sem exposição quando os critérios dos sintomas são avaliados isoladamente.

Tabela 2 – Prevalência dos Critérios de Exposição menos Restritos e do Desfecho nos Diferentes Cenários de Risco (Concepção de *Screening*)

	Cenários				Total	
	Sem Risco Presumido		Com Risco Presumido		n=51	%
	n=51	%	n=51	%		
EXPOSIÇÃO						
QualquerA(A1eA2*;sóA1;só2)	38	74,5	49	96,1	87	85,3
DESFECHO						
Sintomas (B+C+D+E+G)	20	39,2	28	54,9	48	47,1
TTD (QualquerA+Sintomas)	19	37,2	28	54,9	47	46

*Independente da cronicidade.

QualquerA: apresenta todas as possibilidades de critérios de exposição com suas diferentes cronicidades, além de somente o critério A1 ou somente o critério A2; sóA1: apresenta somente o critério A1 (exposição à violência interpessoal); sóA2: apresenta somente o critério A2 (ruptura cuidados infantis); Sintomas (B+C+D+E+G): itens dos diferentes grupos de sintomas que compõem o transtorno; TTD: nesta concepção, apresenta qualquer tipo de exposição associado aos sintomas do transtorno.

Tabela 3 – Análise Bruta e Ajustada para Regressão de Poisson para os Fatores de Risco e Desfecho TTD

Variável	RP Bruta (IC 95%)	Valor-P	RP Ajustada (IC 95%)	Valor-P
Exposição: A1 ou A2				
Sim	8 (1,2-53,3)	0,03	8,1 (1,2-54,4)	0,031
Não	1		1	
Origem				
Com Risco Presumido	1,03 (0,7-1,6)	0,9		
Sem Risco Presumido	1			
Sexo				
Feminino	1,3 (0,9-2)	0,2		
Masculino	1			
Idade				
	1 (0,9-1,2)	0,6		

Discussão

Este estudo, além de ser um dos poucos a tratar do tema no Brasil, também se caracterizou pelo seu ineditismo, ao propor a criação de um instrumento específico para identificar o transtorno.

O instrumento foi elaborado visando cobrir o mais fidedignamente possível os critérios diagnósticos para o transtorno em questão, apesar de não contemplar o critério que caracteriza o tempo de presença dos sintomas (item F). É possível que este aspecto tenha auxiliado a elevar a prevalência dos sintomas do transtorno.

Neste estudo, foram apresentadas duas concepções diferentes de identificar o TTD, uma com características de avaliação diagnóstica e outra com características mais próprias a uma avaliação do tipo *screening*, ambas apoiadas pelas referências dos autores do conceito do transtorno e discutidas a partir dos dados colhidos na aplicação do instrumento.

Na concepção diagnóstica, o instrumento conseguiu identificar uma associação significativa entre os critérios de exposição e o cenário de origem dos sujeitos da amostra, ou seja, os indivíduos que pertenciam aos cenários de risco para maus-tratos (ambulatório e albergue) apresentaram maior prevalência destes critérios do que os sujeitos pertencentes ao

cenário (escola) onde supostamente esse risco estava ausente. Da mesma forma, discriminou o aumento progressivo da exposição de acordo com o risco previamente esperado de cada cenário (0% escola, 10% ambulatório, 61,9% albergue). A característica distintiva do risco entre os dois últimos cenários é que no ambulatório havia alguns sujeitos apenas com a suspeita de maus-tratos, já no albergue todos os casos eram confirmados, com o respectivo afastamento dos cuidadores.

Em relação à associação entre não expostos e não apresentar os sintomas, esse achado é coerente com o conceito do transtorno, no sentido que não é esperado encontrar um indivíduo com o TTD sem que ele tenha vivenciado os indicadores de A1 e A2.

Entre os indivíduos provenientes dos cenários de risco (ambulatório e albergue), evidenciou-se que 16 (31,4%) apresentaram os critérios de exposição com cronicidade mínima de um ano; destes, 9 (17,6% do total) preenchiam os critérios de TTD e apenas 2 (3,9% do total), não apresentaram nenhum destes critérios. Esses dados são quase superponíveis aos do estudo de Stolbach, que encontrou prevalências de 32%, 14,9% e 4%, respectivamente, em uma amostra de 214 crianças do meio urbano, vítimas de maus-tratos e atendidas em ambulatório específico para essas crianças (STOLBACH *et al.*, 2013).

Na concepção diagnóstica, não foi encontrada significância estatística para a associação exposição e sintomas característicos do transtorno, base da hipótese deste estudo e do conceito do TTD. É possível que o questionário não tenha sido acurado em identificar os sujeitos expostos ou que os sintomas do TTD aqui identificados não correspondam exatamente aos que são apresentados nos critérios do transtorno.

Na concepção de *screening*, considerou-se como critério de exposição a presença de qualquer um dos itens (A1 e A2; só A1; só A2) independentemente de sua cronicidade. Os dados obtidos ampliaram tanto as prevalências de exposição, quanto as prevalências de suspeita da presença de TTD, pois se na primeira concepção de análise encontrou-se uma

prevalência de exposição de 15,7%, para a hipótese de TTD encontrou-se 8,8%, já para a segunda concepção esses números se ampliam para 85,3% e 46% respectivamente. Os dados dessa última forma de análise são semelhantes ao estudo de van der Kolk que, em uma amostra de 1699 crianças atendidas em um ambulatório de crianças vítimas de violência, encontrou aproximadamente 78% com exposição à violência e 50% com sintomas caracterizados pelos critérios do conceito do TTD (van der KOLK *et al.*, 2009).

Segundo a concepção de *screening*, um sujeito da amostra que apresentou qualquer um dos itens de exposição, independente da cronicidade, tem uma probabilidade oito vezes maior de apresentar sintomas compatíveis com o diagnóstico do transtorno e possivelmente de ter o TTD. Essa forma de análise corrobora a hipótese do estudo e do conceito.

Se a elaboração do conceito do transtorno por seus idealizadores tinha a preocupação de evitar a detecção dos falsos positivos, o presente estudo ao empregar critérios menos restritivos (concepção de *screening*) identificou um espectro mais amplo de indivíduos que apresentaram os critérios compatíveis com o transtorno. Desta forma, é possível considerar que o questionário elaborado se comporta melhor como instrumento de *screening* do que como instrumento diagnóstico para o transtorno. Um instrumento com maior sensibilidade tem uma aplicação mais efetiva tendo em vista as possíveis consequências que a não identificação de uma situação de maus-tratos possa acarretar.

A grande utilidade de um instrumento com tais características, em especial para vítimas de maus-tratos e para portadores do TTD, é que ele pode vir a ser capaz de tirar do anonimato e do sofrimento silencioso um enorme contingente de crianças e adolescentes que acabam por estruturar graves patologias mentais. Além disso, deve-se considerar o risco de óbito dessas crianças. Um estudo realizado nos Estados Unidos estimou a ocorrência de 4 mortes diárias no país, devido direta ou indiretamente a situações de vitimização de maus-tratos (*Child Welfare Information Gateway*, 2013).

O estudo apresentou limitações do ponto de vista metodológico, tanto na elaboração do instrumento em si, quanto na estruturação da amostra. As altas prevalências dos diferentes tipos de sintomas, talvez em função da ausência de um item que avaliasse o tempo de observação (item F), podem ter contribuído para este fato. No questionário, a formulação das perguntas podem não ter contemplado de forma mais adequada a equivalência com os critérios do TTD.

Este estudo apresentou duas contribuições importantes. A primeira foi que sujeitos que apresentaram critérios de exposição menos rigorosos do que os formulados na proposição original do TTD, também apresentaram os sintomas compatíveis do transtorno, o que pode sugerir que os questionários se comportam de forma compatível com um instrumento de *screening*. A segunda foi a elaboração de um instrumento inédito para a identificação do transtorno, o que poderá servir como base para estudos e formulações posteriores sobre o tema.

Referências

1. Bentley T, Widom, CS. A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity Journal* 2009; 17: 1900-1905.
2. Briere J, Spinazzola J. Assesment of the sequelas of Complex Trauma: evidence-based measures. In: Courtois CA, Ford JD. *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide*. New York: The Guilford Press; 2009.
3. Borges ES. Atendimento a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. In: *Psicologia clínica hospitalar: trauma e emergência*. São Paulo: Vetor Editora, 2009.
4. Child Welfare Information Gateway. (2013). Child abuse and neglect fatalities 2011: statistics and interventions [internet]. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. [acesso setembro 2013] Disponível em: www.childwelfare.gov.
5. Ford JD, Courtois CA. Defining and understanding Complex Trauma and Complex Traumatic Stress Disorders. In: Courtois CA, Ford JD. *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide*. New York: The Guilford Press; 2009.

6. Herman JL. Trauma and recovery. London: Pandora; 2001.
7. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EM, Sattler AL, Colbenson KM et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders a systemic review and meta-analysis. JAMA, 2009 August; 302(5): 550-61
8. Salvaterra AT. Clinicians diagnostic evaluation of chronic childhood trauma: an examination of the clinical utility of Developmental Trauma Disorder. Massachusetts. Thesis [Master of Social Work] – Smith College School for Social Work; 2010. [Tese na Internet, acesso em setembro 2010]. Disponível em : <http://dspace.nitle.org/bitstream/handle/10090/17375/April%20Salvaterra%20Thesis.pdf?sequence=1>.
9. Seganfredo ACG, Torres M, Salum GA, Blaya C, Acosta J, Eizirik C, Manfro GG. Diferenças de gênero nas associações de trauma na infância e apego no transtorno de pânico. Rev Bras Psiquiatr; 2009; 32(4): 314-21.
10. Santos SR, Ferreira AL, Paixão AC, Pfeiffer LY, Aquino LA, Amaral JLF. Adaptação e aplicabilidade do componente “maus-tratos” à estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância no Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2009; 9(3): 359-366.
11. SDH - Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República [internet]. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos e Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, agosto 2010.{acesso agosto 2011} Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/copac/escolaqueprotege/documentos/FEPETIPB_241110/FEPE_TIDD.pdf>.
12. Schmid M, Petermann F, Fegert JM. Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. BMC Psychiatry. 2013; 13: 1-12.
13. Stein PT, Kendall J. Complex PTSD in children: brain and behavior. In: Stein PT, Kendall J. Psychological trauma and the developing brain: based interventions for troubled children. New York: Routledge; 2004.
14. Stolbach BC. Complex trauma exposure and symptoms in urban traumatized children: a preliminar teste f proposed criteria for developmental trauma disorder. Journal of Traumatic Stress August. 2013; 26: 483-491.
15. van der Kolk BA, Pynoos RS, Cicchetti D, Cloitre M, D’Andrea W, Ford JD et al. Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V [artigo na Internet]. 2009 [acesso em março de 2010]. http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf.

16. Waiselfisz, J.J. Mapa da Violência 2012 - Crianças e Adolescentes do Brasil. [relatório na Internet] RJ: CEBELA/FLACSO, 2012. [acesso em abril 2014]. http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf

17. Zavaschi MLS, Graeff ME, Menegassi MT, Mardini V, Pires DWS, Carvalho RH et. al. Transtornos do humor no adulto e trauma psicológico na infância. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(3): 184-90.

9 CONCLUSÕES

No presente estudo, a partir da concepção diagnóstica encontraram-se prevalências de 15,7% para exposição à violência, de 47,1% para os sintomas característicos do transtorno e de 8,8% para a hipótese de ter o TTD. Já segundo a concepção de *screening* encontrou-se as prevalências de 85,3% para exposição à violência, de 47,1% para os sintomas característicos do transtorno e de 46% para a hipótese de ter o TTD.

Tais resultados são muito semelhantes aos estudos de Stolbach (2013) e o de van der Kolk (2009).

Os dados encontrados na concepção de *screening* demonstraram que os sujeitos que apresentaram qualquer um dos critérios de exposição à violência, sem levar em conta o fator da sua cronicidade, apresentaram uma probabilidade oito vezes maior de apresentar os sintomas compatíveis com o diagnóstico do transtorno, estando de acordo com a hipótese de base que sustenta o conceito do TTD.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito do TTD é algo ainda recente na área de saúde mental. Sua proposição vem provocando polêmicas ao defender a etiologia do transtorno através das situações de violência social e maus-tratos, colidindo diretamente com algumas perspectivas que não contemplam com a mesma ênfase o papel do meio social como fator causal das patologias mentais.

Contudo, cada vez mais crianças e adolescentes vêm sendo identificados como estando submetidos e sendo vitimizados por tais situações de violência, com desfechos que incluem lesões físicas, alterações psíquicas, mutilações e morte.

Este trabalho ao discutir e realçar a importância da identificação deste transtorno oferece uma contribuição para diminuir o perverso ciclo de violência que acomete indivíduos indefesos e incapazes de lidar de forma adequada com as sequelas desta patologia. Para isso, a elaboração de um instrumento capaz de auxiliar na identificação do TTD, que possa ser aplicado de forma simples e rápida a uma parcela significativa da população infanto-juvenil, poderia abrir caminho para uma visão mais clara do panorama epidemiológico deste transtorno, além de uma possibilidade de atendimento clínico mais efetivo a todos aqueles que dele necessitam.

No presente trabalho, foi elaborado um instrumento com o objetivo de identificar as prevalências dos diferentes critérios diagnósticos que caracterizam o TTD. Os dados preliminares desse estudo parecem indicar que os questionários funcionam como um instrumento de *screening* para a identificação de sujeitos com suspeita de ter o transtorno. Além disso, também parece corroborar a hipótese do conceito do TTD, ao demonstrar que crianças expostas a situações potencialmente traumáticas, apresentam maior probabilidade de apresentar os sintomas característicos do transtorno.

Os dados deste estudo são ainda preliminares e deverão ser retomados a partir do seu seguimento, visando sua validação.

APÊNDICE A - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PROPOSTOS PARA TTD

(van der KOLK *et al.*, 2009)¹³

A. Exposição. A criança ou adolescente experienciou ou testemunhou eventos adversos múltiplos ou prolongados por um período mínimo de um ano começando na infância ou início da adolescência, incluindo:

A.1. Experiência ou testemunho direto de episódios severos e repetidos de violência interpessoal; e

A.2. Significante rupturas no cuidado protetor como resultado de repetitivas mudanças no cuidador primário; repetitiva separação do cuidador primário; ou exposição a severo e persistente abuso emocional.

B. Desregulação Afetiva e Fisiológica. A criança apresenta competências normativas do desenvolvimento comprometidas relativas à regulação de excitabilidade, incluindo no mínimo duas das seguintes:

B.1. Inabilidade em modular, tolerar ou recuperar-se de estados afetivos extremos (p. ex., medos, raiva, vergonha), incluindo extremo descontrole comportamental ou imobilização.

B.2. Distúrbios na regulação de funções corporais (p.ex. distúrbio persistente na sono, alimentação e eliminação; hiper-reatividade ou hiporreatividade ao toque ou a sons; desorganização durante mudanças rotineiras).

B.3. Consciência diminuída/dissociação de sensações, emoções e estados corporais

B.4. Comprometimento na capacidade para descrever emoções e estados corporais.

C. Desregulação na Atenção e no Comportamento. A criança apresenta competências normativas do desenvolvimento comprometidas relativas à manutenção da atenção, aprendizagem ou enfrentamento ao estresse, incluindo pelo menos três dos seguintes:

C.1. Preocupação com ameaça, ou incapacidade de perceber ameaça, incluindo má interpretação da segurança ou de sinais de perigo.

C.2. Comprometimento na capacidade de autoproteção, incluindo extrema assunção de risco ou busca de excitação (adrenalina).

C.3. Tentativa mal-adaptativa de autoconsolo (p.ex. balanceio e outros movimentos rítmicos, masturbação compulsiva).

C.4. Autoagressão habitual (intencional ou automática) ou reativa.

¹³Tradução dos critérios pelo autor.

C.5. Inabilidade para iniciar ou sustentar um comportamento dirigido a um objetivo

D. Desregulação pessoal ou relacional. A criança apresenta competências normativas do desenvolvimento comprometidas no sentido de identidade pessoal e envolvimento em relacionamentos, incluindo pelo menos três dos seguintes:

D.1. Preocupação intensa com segurança do cuidador ou outras pessoas amadas (incluindo os cuidadores precoces) ou dificuldade em tolerar a reunião com eles após a separação.

D.2. Persistente senso negativo do eu, incluindo autodepreciação, desamparo, desvalorização, inadequação ou imperfeição.

D.3. Extrema e persistente desconfiança, desafio ou falta de reciprocidade no comportamento com relações próximas de adultos ou pares.

D.4. Agressividade física ou verbal reativa em relação a pares, cuidadores ou outros adultos.

D.5. Tentativas inapropriadas (excessivas ou promiscuas) de entrar em contato íntimo (incluindo mas não limitando à intimidade sexual ou física) ou excessiva dependência nos pares ou adultos para segurança e reassuramento.

D.6. Comprometida capacidade em regular a excitação empática como evidenciado pela falta de empatia ou intolerância com expressões de angústias dos outros, ou excessiva responsividade à angústia alheia.

E. Sintomas do Espectro Pós-traumático. A criança apresenta pelo menos um sintoma de pelo menos três conjuntos de sintomas B, C e D de TEPT.*

* Este item exige utilização do Protocolo de Critérios Diagnósticos do TEPT

F. Duração do transtorno. (sintomas do Critério TTD B, C, D e E) pelo menos 6 meses.

G. Comprometimento funcional. O transtorno causa significativo incômodo ou comprometimento clínico em duas das seguintes áreas de funcionamento:

- *Escolar:* baixo rendimento, abstenção, problemas disciplinares, evasão, falha em completar etapa/diplomar-se, conflito com a equipe da escola, problemas de aprendizagem ou comprometimento intelectual que não pode ser explicado neurologicamente ou por outros fatores.
- *Familiar:* conflito, evitação/passividade, fuga, desapego e apego a substitutos, tentativas de machucar física ou emocionalmente membros da família, não satisfação de responsabilidades dentro da família.
- *Grupo de iguais:* isolamento, afiliações desviantes, conflito físico ou emocional persistente, evitação/passividade, envolvimento em violência ou atos inseguros, afiliações ou estilo de interação impróprios para a idade.
- *Legal:* prisões/recidiva, detenção, condenações, encarceramento, violação de liberdade condicional ou outras ordens da justiça, aumento de ofensas severas, crimes contra outras pessoas, desprezo ou descaso com a lei ou em relação a padrões morais.

- *Saúde*: doença física ou problemas que não podem ser completamente explicados por lesão ou degeneração física, envolvendo os sistemas digestivo, neurológico (incluindo sintomas conversivos e analgesia), sexual, imunológico, cardiopulmonar, proprioceptivo ou sensorial, ou severas dores de cabeça (incluindo enxaqueca) ou dor crônica ou fadiga.
- *Vocacional* (para jovens envolvidos em, procurando por ou encaminhados para emprego, trabalho voluntário ou treinamento): desinteresse no trabalho/vocação, inabilidade para conseguir ou manter empregos, conflito persistente com colegas ou supervisores, emprego inferior a habilidades, falha em conseguir avanços esperados.

APÊNDICE B – PROTOCOLO DE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS TEPT

(KAPCZINSKI e MARGIS, 2003)

DSM-IV – TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolvem morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros;
2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

1. Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
3. Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos);
4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
5. Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que lembram algum aspecto do evento traumático.

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três ou mais dos seguintes quesitos:

1. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma;
2. Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
3. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;
4. Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
5. Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
6. Faixa de afeto restrita;

7. Sentimento de um futuro abreviado (não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou período normal da vida).

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

1. Dificuldade em conciliar ou manter o sono;
2. Irritabilidade ou surtos de raiva;
3. Dificuldade em concentrar-se;
4. Hipervigilância;
5. Resposta de sobressalto exagerada.

E. A duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C e D) é superior a 1 mês.

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

APÊNDICE C – AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM MAUS-TRATOS

Caro Colega, estou encaminhando esta correspondência com o objetivo de convidá-lo a participar da avaliação de um instrumento que será aplicado em crianças de 8 a 12 anos de idade e a seus pais, visando avaliar uma nova proposição diagnóstica na área de saúde mental. Esta nova proposição denominada de Transtorno Traumático do Desenvolvimento acredita que crianças expostas de forma repetida e/ou prolongada a situações de maus-tratos (abuso físico e/ou sexual) podem apresentar uma alteração no seu desenvolvimento psíquico.

Como ainda não existe um instrumento único validado para avaliar esta patologia, gostaria de apresenta o instrumento que estou propondo validar e que faz parte de meu projeto de pesquisa de mestrado, para que você possa avaliá-lo.

Haverá duas questões (Clareza e Aplicabilidade) avaliando cada uma das diretrizes diagnósticas (A, B, C, D, E e G) associadas às perguntas dos questionários (para pais e crianças), todas apresentadas na sequencia desta correspondência.

Inicialmente haverá uma página apresentando os critérios avaliativos das questões que lhe serão propostas para avaliar, numa segunda página estarão 7 questões objetivas dispostas numa escala tipo Lickert, na terceira página uma nota para avaliar de forma global o instrumento, seguindo os mesmos critérios da escala Lickert e, finalmente, uma questão aberta descritiva para que você possa propor alterações nas questões que julgar serem necessárias para a melhoria do instrumento. Abaixo estão os dois índices avaliativos para servir de orientação para as avaliações.

Também estão sendo enviadas anexadas as perguntas e as diretrizes diagnósticas.

Clareza

Este item visa avaliar se as questões estão formuladas de maneira compreensível, para os sujeitos em questão:

Não avalia – 0 pontos

Avalia pouco – 1 ponto

Avalia bem – 2 pontos

Avalia muito bem – 3 pontos

Aplicabilidade

Este item avalia se as questões se aplicam adequadamente às diretrizes diagnósticas propostas no estudo.

Não avalia – 0 pontos

Avalia pouco – 1 ponto

Avalia bem – 2 pontos

Avalia muito bem – 3 pontos

A. Exposição

Clareza

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

Aplicabilidade

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

B. Desregulação Afetiva

Clareza

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

Aplicabilidade

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

C. Desregulação na Atenção e no Comportamento

Clareza

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

Aplicabilidade

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

D. Desregulação Pessoal ou Relacional

Clareza

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

Aplicabilidade

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

E. Sintomas do Espectro Pós-Traumático (ver os critérios em anexo B)

Clareza

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

Aplicabilidade

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

G. Comprometimento Funcional

Clareza

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

Aplicabilidade

não avalia avalia pouco avalia bem avalia muito bem

Nota de Avaliação Global do Instrumento (de 0 a 3):

Sugestões de alterações das questões do instrumento:

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS GRUPOS DE CRIANÇAS EM ACOMPANHAMENTO POR MAUS-TRATOS

Estamos realizando uma pesquisa que tem o objetivo de compreender melhor a importância da ansiedade e do estresse no desenvolvimento das crianças de 8 a 14 anos de idade.

Por esse motivo você está recebendo um convite para responder a um questionário com 76 perguntas sobre seu(sua) filho(a). Além deste questionário seu(sua) filho(a) também receberá outro questionário com 47 perguntas, com perguntas parecidas as que você responderá.

Cada questionário levará um tempo de 15 a 20 minutos para o seu preenchimento.

As informações que teremos com as respostas desses questionários nos ajudarão a entender melhor a importância da ansiedade no desenvolvimento das crianças, podendo ajudá-las a prevenir ou a enfrentar situações em que isso possa acontecer.

Se você não quiser participar deste estudo, ou que seu filho participe, basta informar ao pesquisador e não assinar esse documento.

Se você aceitar participar, mas depois quiser retirar seu consentimento, basta informar ao pesquisador cujo telefone está no final deste documento, sem que isto traga qualquer prejuízo no atendimento de seu filho neste ambulatório.

Seu nome ou informações a seu respeito, assim como o nome de seu (sua) filho(a), não irão aparecer em nenhum momento da pesquisa, ficando em total segredo, sendo impossível identificá-los.

Assim sendo, pedimos que confirme a permissão de sua participação e a de seu(sua) filho(a) nesta pesquisa, assinando o consentimento no espaço abaixo.

Agradecemos sua atenção.

Assinatura do pai, mãe ou responsável legal

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura da criança

Responsável pela pesquisa: Edson Sá Borges – Psicólogo
Programa de Pós Graduação Saúde da Criança e do Adolescente/FAMED/UFRGS.
Telefone para contato Comitê de Ética em Pesquisa HCPA: (51)3359-7640.

Porto Alegre, ____ de _____ 2012.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GRUPO DE CRIANÇAS DE UMA ESCOLA PÚBLICA MUNICIPAL

Estamos realizando uma pesquisa que tem o objetivo de compreender melhor a importância da ansiedade e do estresse no desenvolvimento das crianças de 8 a 12 anos de idade.

Por esse motivo você está recebendo um convite para responder a um questionário com 76 perguntas sobre seu(sua) filho(a). Além deste questionário seu(sua) filho(a) também receberá outro questionário com 47 perguntas, com perguntas parecidas as que você responderá.

Cada questionário levará um tempo de 15 a 20 minutos para o seu preenchimento.

As informações que teremos com as respostas desses questionários nos ajudarão a entender melhor a importância da ansiedade no desenvolvimento das crianças, podendo ajudá-las a prevenir ou a enfrentar situações em que isso possa acontecer.

Se você não quiser participar deste estudo, ou que seu filho participe, basta informar ao pesquisador e não assinar esse documento.

Se você aceitar participar, mas depois quiser retirar seu consentimento, basta informar ao pesquisador, cujo telefone está no final deste documento, sem que isto traga qualquer prejuízo para o aproveitamento de seu (sua) filho (a) na escola.

Seu nome ou informações a seu respeito, assim como o nome de seu (sua) filho(a), não irão aparecer em nenhum momento da pesquisa, ficando em total segredo, sendo impossível identificá-los.

Assim sendo, pedimos que confirme a permissão de sua participação e a de seu(sua) filho(a) nesta pesquisa, assinando o consentimento no espaço abaixo.

Agradecemos sua atenção.

Assinatura do pai, mãe ou responsável legal

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura da criança

Responsável pela pesquisa: Edson Sá Borges – Psicólogo
Programa de Pós Graduação Saúde da Criança e do Adolescente/FAMED/UFRGS.
Telefone para contato Comitê de Ética em Pesquisa HCPA: (51)3359-7640.

Porto Alegre, ____ de _____ 2012.

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIOS¹⁴

QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS

Exposição

A.1.

1. Por quanto tempo a criança sofreu violência?
 nunca durou de 1 mês a 6 meses de 6 meses a 1 ano mais de 1 ano
2. Por quanto tempo a criança já viu brigas e agressões?
 nunca uma vez algumas vezes muitas vezes
3. A criança já foi agredida?
 nunca uma vez algumas vezes muitas vezes
4. A criança já viu alguém ferido ou morrendo?
 nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

A.2.

5. A pessoa que cuidava da criança ficou longe dela quando era pequena?
 nunca uma vez algumas vezes muitas vezes
6. Mais de quatro pessoas diferentes tomaram conta da criança até os dois anos?
 nunca uma vez algumas vezes muitas vezes
7. A criança ficou chateada, sem falar com os outros, por uma coisa que alguém falou ou fez para ela?
 nunca uma vez algumas vezes muitas vezes
8. A criança já foi ameaçada por alguém?
 nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

B. Desregulação Afetiva

B.1.

9. Quando a criança fica com raiva, com vergonha, ou com medo, ela demora até se acalmar?
 nunca uma vez às vezes muitas vezes
10. A criança fica descontrolada?
 nunca uma vez às vezes muitas vezes

B.2.

11. A criança tem dificuldade prá dormir?
 nunca uma vez às vezes muitas vezes
12. A criança acorda de noite e depois não consegue dormir de novo?
 nunca uma vez às vezes muitas vezes

¹⁴ Os questionários aplicados têm uma ordenação de questões diferente da apresentada neste apêndice

13. A criança tem sonhos ruins?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

14. Enquanto dorme a criança se agita, se bate, como se estivesse acordada?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

15. A criança come demais?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

16. A criança força o vômito depois de comer?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

17. A criança tem que ser forçada a comer?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

18. A criança se assusta muito fácil?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

19. Quando a criança se assusta fica como se fosse uma estátua?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

20. A criança tranca o xixi ou cocô?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

21. A criança tem diarreia (desarranjo)?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

22. A criança faz xixi ou cocô na calça ou na cama?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

23. Quando acontece alguma coisa diferente do que a criança está acostumada, ela fica muito esquisita?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

B.3.

24. A criança já ficou como se estivesse noutra mundo?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

25. A criança diz que não sabe quem ela é?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

26. Já acharam a criança perdida sem saber voltar prá casa?

nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

27. A criança fez coisas e depois não lembra de nada do que fez?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

28. A criança já disse que sentia como se o corpo não fosse dela?

nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

B.4.

29. A criança conseguiu dizer que não estava legal?

() nunca () uma vez () às vezes () muitas vezes

30. A criança consegue dizer que estava com dor, mal estar, frio ou calor?

() nunca () uma vez () às vezes () muitas vezes

C. Desregulação na Atenção e no Comportamento**C.1.**

31. A criança sabe quando está fazendo uma coisa que pode se machucar?

() nunca () uma vez () às vezes () muitas vezes

C.2.

32. A criança faz coisas perigosas?

() nunca () uma vez () às vezes () muitas vezes

33. A criança já se machucou fazendo coisas perigosas?

() nunca () uma vez () algumas vezes () muitas vezes

C.3.

34. Quando não está legal ou está chateada, a criança fica se balançando?

() nunca () uma vez () às vezes () muitas vezes

35. A criança mexe no *pinto* ou na *perereca* sem dar bola se tem gente por perto?

() nunca () uma vez () às vezes () muitas vezes

C.4.

36. A criança bate nela mesma?

() nunca () uma vez () às vezes () muitas vezes

C.5.

37. A criança começa a fazer uma coisa e para antes de terminar?

() nunca () uma vez () às vezes () muitas vezes

D. Desregulação pessoal ou relacional**D.1.**

38. A criança já disse que estava muito preocupada com as outras pessoas da família?

() nunca () uma vez () às vezes () muitas vezes

D.2.

39. A criança já disse que é burra ou feia?

() nunca () uma vez () às vezes () muitas vezes

40. A criança já disse que os outros não gostam dela?

() nunca () uma vez () às vezes () muitas vezes

D.3.

41. A criança é muito desconfiada com as pessoas que moram com ela ou com as pessoas da escola?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

42. A criança provoca os outros até brigarem com ela?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

D.4.

43. A criança é respondona ou brigona quando provocam ela?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

D.5.

44. A criança tenta tocar no corpo das pessoas, de um jeito que os outros não gostam?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

45. A criança precisa de alguém por perto para ficar bem?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

D.6.

46. Quando a criança vê alguém triste ou chorando ela acha engraçado?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

47. Quando a criança vê alguém triste ou chorando, ela fica irritada?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

E. TEPT**a. Exposição: já avaliados em itens anteriores**

48. A criança ficou com muito medo ou apavorada com alguma coisa que aconteceu com ela?

nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

b. Revivência

49. A criança lembra de coisas ruins que aconteceram com ela?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

50. A criança diz que sonha com coisas ruins que aconteceram com ela?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

51. Quando a criança se lembra de uma coisa ruim que aconteceu, ela se comporta do mesmo jeito que quando essa a coisa ruim aconteceu?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

52. A criança fica muito nervosa quando lembra de uma coisa ruim que aconteceu com ela?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

53. A criança se queixa de dor quando lembra de uma coisa ruim que aconteceu com ela?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

c. Evitamento

54. A criança muda de assunto quando alguém lembra de uma coisa ruim que aconteceu com ela?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

55. A criança tenta desviar do lugar onde uma coisa ruim aconteceu com ela?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

56. A criança esquece de coisas ruins que aconteceram com ela?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

57. A criança parou de brincar depois que uma coisa ruim aconteceu com ela?

nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

58. A criança ficou muito quieta e sozinha, desde que uma coisa ruim aconteceu com ela?

nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

59. A criança fala que vai morrer?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

d. Hiperexcitabilidade

60. A criança fica muito irritada, com raiva?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

61. A criança é distraída?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

62. A criança fica muito ligada e agoniada com tudo que acontece em volta dela?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

63. A criança dá pulos quando se assusta?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

e. Duração**f. Sofrimento psicossocial****F. Duração TTD****G. Comprometimento funcional**

64. A criança tira notas ruins na escola?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

65. A criança já repetiu de ano?

nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

66. A criança briga com colegas ou professores na escola?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

67. A criança briga com as pessoas da família?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

68. A criança já fugiu de casa?

nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

69. A criança foge quando outras crianças provocam ela?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

70. A criança já andou com pessoas que não são legais?

nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

71. A criança tem medo de outras crianças?

nunca uma vez às vezes muitas vezes

72. A criança já teve problemas de saúde que o médico não descobriu o que ela tinha?

nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

73. A criança já ficou internada em hospital?

nunca uma vez algumas vezes muitas vezes

H. Perguntas Triagem (não pontuam)

74. A criança já esteve no Conselho Tutelar?

sim não

75. A criança já consultou psiquiatra?

sim não

76. A criança já tomou remédio para os nervos?

sim não

QUESTIONÁRIO PARA AS CRIANÇAS

A.1. Exposição

1. Tu já viu alguém brigar ou se machucar muito?
() nunca () uma vez () algumas vezes () um montão de vezes
2. Já te machucaram ou bateram em ti?
() nunca () uma vez () algumas vezes () um montão de vezes
3. Já tocaram no teu corpo de um jeito que tu não gostou?
() nunca () uma vez () algumas vezes () um montão de vezes

B. Desregulação afetiva e fisiológica

B.1.

4. Quando tu fica muito chateado, tu demora até ficar legal de novo?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes
5. Tu já ficou como se tu fosse uma estátua, depois que uma coisa ruim te aconteceu?
() nunca () uma vez () algumas vezes () um montão de vezes

B.2.

6. Tu demora muito pra dormir?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes
7. Tu acorda no meio da noite depois de tá dormindo?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes
8. Tu come muito?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes
9. É difícil prá ti fazer xixi e cocô?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes
10. Tu já fez xixi ou cocô na cama ou nas calças?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes
11. Tu te assusta muito?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes
12. Quando uma coisa diferente acontece tu fica muito nervoso?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

B.3.

13. Tu já sentiu como se tu fosse outra pessoa?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

14. Tu já sentiu como se o teu corpo não fosse teu?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

B.4.

15. Tu consegues dizer para os outros quando tu tá chateado ou com medo?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

16. Tu consegues dizer para os outros quando tu tá com dor?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

C. Desregulação na atenção e no comportamento**C.1.**

17. Tu fica preocupado imaginando que uma coisa ruim vai acontecer?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

C.2.

18. Tu gosta de fazer coisas perigosas?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

C.3.

19. Quando tu fica chateado tu fica te balançando até melhorar?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

C.4.

20. Tu bate em ti mesmo?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

C.5.

21. Quando tu começa a fazer uma coisa, tu faz até o fim?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

D. Desregulação pessoal ou relacional**D.1.**

22. Tu fica pensando que o teu pai ou tua mãe vão morrer?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

D.2.

23. Tu já achou que tu é feio ou burro?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

D.3.

24. Quando tem problema em casa os teus pais acham que tu é o culpado?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

25. Na escola quando fazem bagunça a tua professora acha que tu é o culpado?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

26. Tu briga com as pessoas quando elas te pedem ajuda?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

D.4.

27. Tu briga com os outros quando fazem uma coisa que tu não gostas?
 nunca uma vez às vezes um montão de vezes

D.5. Não dá para a criança fazer, só os pais respondem**D.6.**

28. Quando tu vê uma pessoa triste, tu achas engraçado?
 nunca uma vez às vezes um montão de vezes

29. Quando tu vê uma pessoa nervosa, tu ficas irritado?
 nunca uma vez às vezes um montão de vezes

E. Sintomas do Espectro Pós-Traumático**a. Exposição****a.1.**

30. Tu já viu uma pessoa morrer?
 nunca uma vez mais de uma vez um montão de vezes

31. Alguém já disse que ia te machucar?
 nunca uma vez algumas vezes um montão de vezes

a.2.

32. Tu teve muito medo quando uma coisa muito ruim aconteceu contigo?
 nunca uma vez algumas vezes um montão de vezes

b. Revivência

33. Tu pensa nas coisas ruins que te aconteceram?
 nunca uma vez às vezes um montão de vezes

34. Tu sonha com coisas ruins que tu viu?
 nunca uma vez às vezes um montão de vezes

35. Tu já sentiu que uma coisa ruim que aconteceu contigo parece que tá acontecendo de novo?
 nunca uma vez às vezes um montão de vezes

36. Quando tu te lembra de uma coisa ruim que aconteceu contigo, tu fica muito nervoso?
 nunca uma vez às vezes um montão de vezes

37. Quando tu lembra de alguma coisa ruim que aconteceu contigo, o teu coração bate mais forte ou tu sente dor?
 nunca uma vez às vezes um montão de vezes

c. Evitamento

38. Quando tu lembra de uma coisa ruim, tu tenta pensar noutra coisa?
 nunca uma vez às vezes um montão de vezes

39. Tu já ficou sem vontade de brincar depois que uma coisa ruim aconteceu contigo?
() nunca () uma vez () algumas vezes () um montão de vezes

40. Tu já te sentiu muito sozinho sem ter ninguém prá conversar?
() nunca () uma vez () algumas vezes () um montão de vezes

41. Tu pensa como tu vai ser quando tu for grande?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

d. Hiperexcitabilidade

42. Tu tem muita raiva?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

43. Tu é muito distraído?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

44. Tu fica imaginando que alguma coisa ruim acontecer?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

45. Tu dá pulo quando tu te assusta?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

e. Sintomas B, C, D superior há um mês

f. Sofrimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do individuo

F. Sintomas por pelo menos 6 meses

G. Comprometimento Funcional

46. Tu briga muito em casa?
() nunca () uma vez () às vezes () um montão de vezes

47. Um médico já te atendeu no hospital?
() nunca () uma vez () algumas vezes () um montão de vezes