

Maiara Pereira Cunha

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM
CRIANÇAS DE SEIS A DOZE ANOS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
FAMILIAR**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof^a Dr^a Lucienne Martins Borges

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Cunha, Maiara

Transtorno de estresse pós-traumático em crianças de seis a doze anos vítimas de violência familiar / Maiara Cunha ; orientador, Lucienne Martins Borges - Florianópolis, SC, 2013.

146 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

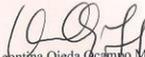
1. Psicologia. 2. Violência familiar . 3. infância . 4. TEPT. I. Martins Borges, Lucienne. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

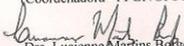
Maiara Pereira Cunha

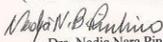
*Transtorno de estresse pós-traumático em crianças vítimas de
violência familiar*

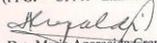
Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de
Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de
Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de dezembro de 2013.


Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(Coordenadora - PPGP/UFSC)


Dra. Lucienne Martins Borges
(PPGP - UFSC - Orientadora)


Dra. Nadja Nara Pinheiro
(PPGP - UFPR - Examinadora)


Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP - UFSC - Examinadora)

Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(PPGP - UFSC - Suplente)

A minha querida avó Tete (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por me ensinarem o valor da vida, por seu amor incondicional e por compreenderem as minhas ausências.

Ao meu Dindo João, à minha madrinha Elisiani e ao meu primo Bernardo, por me acolherem carinhosamente em seu lar. Em especial à minha madrinha Elisiani, que me incentiva desde a graduação a ousar adentrar no mundo acadêmico. Por seu amor, apoio e orientação em todos os momentos da vida!

À minha orientadora, por se permitir investigar crianças e compartilhar sua bagagem profissional comigo. Por acompanhar de perto todos os passos da dissertação e por ter feito jus à palavra ORIENTADOR.

Às professoras Dr^a Maria Aparecida e Dr^a Nadja, por disponibilizarem seu tempo e experiência para refletir acerca deste trabalho.

Aos meus amigos da UNIVALI, João, Roberta, Nathalia e Gabriel, que me acompanharam ao longo da graduação e sonharam junto comigo que seria possível a realização do mestrado. A amizade de vocês me faz crescer enquanto pessoa e profissional.

Aos meus amigos do PPGP, Ana Paula, Rovana, Shana, Scheila, Camila, Felipe e Allyne pela aprendizagem e trocas. Em especial, a Scheila, que não mediu esforços para me ensinar o programa Atlas/Ti.

À minha querida amiga Amanda, também pós-graduanda, por ouvir meus anseios e demonstrar que ter amigos é tal qual ter fortalezas por perto.

À equipe do CAPSi que me acolheu carinhosamente no serviço e foi imprescindível para a conclusão deste trabalho. Além disso, por vibrarem comigo a cada novo participante.

Aos responsáveis e às crianças que me proporcionaram momentos únicos ao gentilmente compartilharem suas histórias de vida.

Ao Programa de Pós-Graduação, pela sua excelência e à Capes, por ter proporcionado o apoio por meio da bolsa de estudo. Enfim, o meu muito obrigada!

RESUMO

A criança em desenvolvimento está em constante interação com o ambiente e possui momentos de avanços, transições e regressões. No período de transição é possível que a criança seja exposta à situações de risco e, dependendo das suas características individuais e contextuais, desenvolva problemas de saúde mental, como por exemplo, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Esse transtorno é caracterizado pela Associação de Psiquiatria Americana como um quadro clínico pertencente à categoria dos transtornos de ansiedade em que há necessariamente exposição a um estressor traumático extremo. Um dos eventos estressores que pode ocasionar o TEPT é a violência familiar. Sendo assim, o presente estudo procurou investigar o TEPT em crianças de seis a 12 anos expostas à violência familiar, atendidas em um serviço de saúde mental do sul do Brasil. Para atingir os objetivos, utilizou-se a abordagem quanti-qualitativa com delineamento documental, transversal e exploratório. A fim de verificar a sintomatologia do TEPT, foi utilizada a entrevista clínica K-SADS-PL com os responsáveis e com as crianças, além de uma entrevista semiestruturada com os responsáveis. Os dados extraídos da pesquisa documental e da entrevista clínica K-SADS-PL foram organizados no Microsoft Excel. A análise descritiva foi realizada com o auxílio do programa Stata versão 12 e, para a análise dos dados provindos da entrevista semiestruturada, utilizou-se o software Atlas/Ti 5.0. Ao total participaram 20 sujeitos, 10 crianças entre seis e 12 anos de idade e 10 responsáveis. A média de idade das crianças foi de 8,7 anos e a queixa mais frequente, agressividade. Predominou a composição familiar composta e o tipo de violência que sobressaiu foi a psicológica. Das 10 crianças que fizeram parte da pesquisa, três apresentaram diagnóstico de TEPT e quatro demonstraram sintomas, porém não fecharam todos os critérios diagnósticos para o transtorno. O sintoma “relembrações recorrentes, intrusivas e aflitivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções”, do critério B – revivência, apareceu em 50% dos casos no passado. Com os sintomas “evita pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma” e “diminuído interesse ou participação em atividades importantes”, referentes ao critério C – evitação persistente, 50% das crianças o apresentaram no passado. O sintoma “hipervigilância”, do critério D – excitabilidade aumentada, apareceu em 70% dos participantes no passado. Os eventos traumáticos mais frequentes vividos pelas crianças foram: abuso físico, testemunhar violência doméstica, receber notícias traumáticas e testemunhar

desastres. Constatou-se na entrevista semiestruturada o traumático na percepção dos responsáveis enquanto perdas e violências às quais as crianças foram expostas. Os sintomas psíquicos, comportamentais e cognitivos manifestaram-se como decorrentes do evento traumático. Frente à situação, os responsáveis buscaram apoio em pessoas de referência. Conclui-se que é premente problematizar e pensar em estratégias de prevenção à violência, assim como pesquisar sobre violência e TEPT nos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Violência familiar; infância; TEPT.

ABSTRACT

The developing child is constantly interacting with the environment and has moments of progress, transitions and regressions. In the transition period, it is possible that children are exposed to risk situations and, depending on their individual and contextual characteristics, they may develop mental health problems, such as Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). This disorder is characterized by the American Psychiatric Association as a clinical condition that belongs to the category of anxiety disorders in which there is necessarily an exposure to an extreme traumatic stressor. One of the stressful events that can cause PTSD is family violence. Therefore, the present study aimed to investigate PTSD in children from six to 12 years exposed to family violence, attending a mental health service in southern Brazil. To achieve the objectives, it was used a quantitative and qualitative approach with a documentary, transversal and exploratory design. In order to check the symptoms of PTSD, clinical interview K-SADS-PL was used with officials and with children, and a semistructured interview with the responsible.

The data extracted from the documentary research and from the clinical interview K-SADS-PL were organized in the Microsoft Excel. The descriptive analysis was performed with the aid of Stata version 12 software and, for the analysis of data coming from the semi-structured interview, the Atlas/Ti 5.0 software was used. In total 20 subjects participated, 10 children between six and 12 years of age and 10 caregivers. The average age was 8.7 years and the most frequent complaint was aggressiveness. The family composition that predominated was blended and the type of violence that has surfaced was the psychological. Of the 10 children who participated in the survey, three were diagnosed with PTSD and four of them showed symptoms, but not closed all the diagnostic criteria for the disorder. The symptom “recurrent and intrusive distressing recollections of the event, including images, thoughts, or perceptions”, of criterion B – “revival”, appeared in 50% of cases in the past. With the symptoms efforts to “avoid thoughts, feelings, or conversations associated with the trauma” and “diminished interest or participation in significant activities”, related to the criterion C - persistent avoidance, 50 % of the children presented them in the past. The symptom of “hypervigilance”, of the criterion D - increased arousal, appeared in 70% of participants in the past. The most common traumatic events experienced by children were:

physical abuse, witnessing domestic violence, receiving traumatic news and witnessing disasters. It was found in semi-structured interviews the traumatic in the perception of the caregivers as losses and violence to which children were exposed. The psychological, behavioral and cognitive symptoms manifested as a result from the traumatic event. In this situation, caregivers sought support in reference people. These findings suggest that it is urgent to question and think of strategies to prevent violence, as well as researching on PTSD and violence in mental health services.

Key-words: Family violence; childhood; PTSD

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2Objetivos Específicos.....	19
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
3.1 Breve Histórico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.....	21
3.2 Prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático	25
3.3 Comorbidades do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.....	28
3.4 Infância	30
3.5 Violência Familiar	31
4 MÉTODO	37
4.1 Caracterização da pesquisa	37
4.2 Local da pesquisa.....	37
4.3 Participantes.....	41
4.4 Instrumentos para coleta de dados	47
4.4.1 Formulário para coleta de dados	42
4.4.2 Affective disorders and schizophrenia for school aged-children and lifetime version (K-SADS-PL).....	43
4.4.3 Roteiro de entrevista semiestruturado	44
4.5 Procedimentos de preparação para coleta de dados	45
4.6 Procedimentos de coleta de dados.....	45
4.7 Análise dos dados	47
4.8 Aspectos éticos da pesquisa	48
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	51
5.1Apresentação dos participantes	51
5.2 Apresentação dos resultados da entrevista clínica (K-SADS-PL) ..	53
5.3Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise	56
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
6.1Análise e discussão da caracterização das crianças investigadas... ..	59
6.2 Análise e discussão da entrevista clínica K-SADS-PL	60
6.3 Análise e discussão das categorias, subcategorias e elementos de análise	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS... ..	79
8 REFERÊNCIAS.....	83
9 APÊNDICES	127
9.1APÊNDICE 1 – Declaração institucional para realização da coleta de dados	93

9.2APÊNDICE 2 – Carta convite entregue aos responsáveis pelas crianças.....	94
9.3APÊNDICE 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido 1.....	95
9.4APÊNDICE 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido 2.....	97
9.5APÊNDICE 5 – Formulário da pesquisa documental	99
9.6APÊNDICE 6 – Entrevista clínica K-SADS-PL realizada com os responsáveis	100
9.7APÊNDICE 7 – Entrevista semiestruturada realizada com os responsáveis	146

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Descrição das etapas da coleta de dados 47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Comorbidades encontradas em crianças com Transtornos de Estresse Pós-Traumático	29
Quadro 2 Caracterização dos participantes da pesquisa.....	40
Quadro 3 Participantes da pesquisa e hipótese diagnóstica de Transtorno de Estresse Pós-Traumático atual e passado	53
Quadro 4 Síntese geral das categorias, subcategorias e elementos de análise.....	57

1 INTRODUÇÃO

Não tenho sono, tenho medo de dormir e não ouvi a briga [sic]". Essa frase sintetiza e ilustra os fenômenos que se pretende investigar no presente estudo. A infância é uma fase caracterizada pelo desenvolvimento motor, cognitivo, afetivo e social. A criança, por sua vez, deveria priorizar suas energias para brincar e aproveitar ao máximo a infância, livre de preocupações referentes ao mundo adulto. Todavia, nem sempre isso é possível, já que intercorrências, tais como a violência familiar¹, podem assolar essa fase e deixar marcas indeléveis, culminando, por exemplo, com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

A criança em desenvolvimento está em constante interação com o ambiente e possui momentos de avanços, transições e de regressões. Nos períodos de transição é possível que a criança seja exposta a situações de risco e, dependendo de suas características individuais e contextuais, apresente transtornos de saúde mental tal como o TEPT (Aspesi, Dessen & Chagas, 2005). Esse transtorno é caracterizado pela Associação de Psiquiatria Americana [APA] (2002) como um quadro clínico pertencente à categoria dos transtornos de ansiedade, em que há necessariamente a exposição a um evento traumático extremo. Dentre esses, a pessoa foi testemunha ou vivenciou um ou mais eventos os quais envolveram morte, ferimento ou ameaça à integridade física. No TEPT a pessoa experienciou a situação traumática com medo intenso, horror e impotência.

O evento traumático é revivido persistentemente em uma ou mais situações por meio de recordações, pensamentos, percepções e/ou sonhos. Quando exposto a algo que remete a aspectos da situação traumática, a pessoa pode agir como se a situação anteriormente traumática estivesse novamente presente; ela a experiencia com sofrimento psicológico e/ou reatividade fisiológica. Além dos sintomas acima descritos, a pessoa se esquia constantemente de estímulos que a remetam ao evento, bem como pode apresentar entorpecimento geral e sintomas de excitabilidade aumentada que não estavam presentes antes do trauma.

¹ Neste projeto optou-se pela denominação violência familiar com intuito de compreender a complexidade e a multideterminação do referido fenômeno.

A exposição ao evento traumático e a apresentação posterior de sintomas não é o suficiente para o diagnóstico do TEPT. O fator tempo, isto é, a duração dos sintomas e o impacto desses na vida cotidiana da pessoa devem ser observados. Os sintomas precisam estar presentes por um período superior a um mês e os sujeitos devem demonstrar sofrimento nas esferas ocupacionais, sociais, entre outras que sejam importantes (APA, 2002).

Assim como os adultos, nem todas as crianças que passam por algum evento traumático necessariamente desenvolvem o TEPT. Isto porque fatores ambientais, contextuais, bem como a trajetória de vida da criança contribuem para o não desenvolvimento do transtorno. Nesse caso, encontram-se as crianças resilientes ou mesmo aquelas que puderam contar com acolhimento imediato, as quais, embora estiveram em situação de risco, conseguiram enfrentá-los sem apresentar comprometimento psicológico (Marsh & Graham, 2007a).

Com relação ao histórico do TEPT, grande parte dos estudos menciona a identificação do quadro clínico a partir dos veteranos americanos da Guerra do Vietnã (1959-1975). No entanto, as raízes do mesmo remontam ao neurologista alemão Hermann Oppenheim (1858-1919), o qual cunhou o termo neurose traumática. Em seguida, o médico e filósofo Pierre Janet (1859-1947) descreveu alguns sintomas traumáticos presentes em mulheres, por exemplo os histéricos e dissociativos, como resultantes de abusos sexuais e de momentos difíceis da vida. (Pedersen, 2007; Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu & Hauck, 2003; Schiraldi, 2009a). A neurose traumática, tal como denominada por Hermann Oppenheim, após influência de abordagens teóricas e acontecimentos históricos, veio a ser chamada de TEPT. Porém, apenas em 1980 o TEPT foi inserido no DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), ao descrever o conjunto de sintomas apresentados pelo paciente frente a um evento traumático (Pedersen, 2007; Schestatsky et al, 2003; Schiraldi, 2009a).

A prevalência do TEPT, de acordo com DSM-IV-TR, é de aproximadamente 8% para uma população de adultos residentes nos Estados Unidos (APA, 2002). No Brasil, Ximenes, Oliveira e Assis (2009) apontam uma prevalência de 6,5% em escolares de seis a 13 anos de idade, moradores do Rio de Janeiro. De acordo com Mash e Graham (2007), ao estudar a prevalência são necessários alguns cuidados, tais como: o tipo de transtorno psicológico pesquisado, a idade, a classe social, o sexo dos participantes, o método de avaliação e as técnicas de pesquisa.

Um dos eventos estressores que pode ocasionar o TEPT é a violência familiar. A violência familiar é definida como “uso intencional de força física ou poder, sob a forma de ameaça ou real, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande possibilidade de resultar em dano, morte, prejuízo psicológico, mal desenvolvimento ou privação” (Ministério da Saúde, 2002, p.5). A violência cometida contra a criança e o adolescente no Brasil é contabilizada por meio do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). No Mapa da Violência elaborado por Waiselfisz (2012), no ano de 2011 a Região Sul apresentou 19.959 casos notificados, ficando atrás apenas da Região Sudeste com 46.322. Especificamente em Santa Catarina, 5.632 casos de violência foram notificados.

Com base no autor supracitado, o sexo feminino é o mais atingido pela violência e o principal local em que esta ocorre é na residência da vítima. Com relação aos tipos de violência observados, 40,5% (n = 21.279) dos casos são de violência física, 20% (n = 10.425) de violência sexual, 17% (n = 8.948) de violência psicológica e 16% (n = 8.275) de negligência. No contexto da violência familiar, especificamente no abuso sexual infantil, Habigzang, Corte, Hatzenberger, Stroehrer e Koller (2008) realizaram uma pesquisa com 10 meninas entre nove e 13 anos de idade; sete das participantes apresentaram o diagnóstico de TEPT e as demais, sintomas de hipervigilância e revivência.

A relevância social deste estudo encontra-se no fato da prevalência de TEPT no Brasil, na infância, ser de aproximadamente 6,5% e que a essa frequência somam-se os prejuízos psicológicos e sociais tanto para as vítimas quanto para seus familiares. Neste sentido, Borges, Zoltowski, Zucatti e Dell’Aglio (2010) ressaltaram a importância de profissionais sensibilizados à problemática do TEPT e habilitados para realização de diagnósticos e intervenções adequadas, o que inclui um atendimento psicológico logo após a situação traumática ou após o aparecimento dos primeiros sintomas.

Com relação à relevância científica, por meio de pesquisa nas bases de dados Bireme, Psyc, Redalyc, EBSCO e Scopus nos últimos 10 anos, com as palavras-chaves: “neurose traumática”, “Transtorno de Estresse Pós-Traumático”, “estresse pós-traumático”, “TEPT” e “criança”, “TEPT” e “infância”, constatou-se uma produção vertiginosa nos artigos internacionais, sobretudo de pesquisas com enfoque quantitativo. Entretanto, no Brasil os estudos com TEPT na infância são incipientes, sendo que localizou-se apenas sete artigos condizentes com

o escopo desta pesquisa. Cabe destacar que o enfoque quantitativo também é mais encontrado nos estudos brasileiros.

No banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), as palavras-chaves supracitadas foram inseridas, no entanto não foi localizado conhecimento disponível que pudesse contribuir com a presente investigação. Além disso, a pesquisadora, por fazer parte do Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC), procurou nas teses e dissertações dispostas no site² a respeito da temática a ser investigada, mas não encontrou estudos enfocando a mesma.

Com intuito de conhecer os principais temas de pesquisa do país, investigou-se o Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sendo localizados alguns grupos que se detêm em investigar o TEPT, a saber: a) o grupo *Transtornos Relacionados ao Estresse*, sob supervisão de Figueira e Mendlowicz vinculados à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que direciona seus estudos para os aspectos epidemiológicos e neurobiológicos do transtorno; b) o grupo *Cognição, Emoção e Comportamento*, liderado por Kristensen na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), que desenvolve instrumentos para aferir os sintomas de TEPT e protocolos de intervenção à luz da teoria cognitivo comportamental; c) o *Núcleo de Investigações Clínicas e Epidemiológicas*, coordenado por Mello, na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que investiga a interface entre violência e desenvolvimento de transtornos ansiosos e depressivos, alterações neurobiológicas, tratamentos medicamentosos e psicoterapêuticos; e d) o grupo *Psicologia, cultura e saúde mental*, coordenado por Martins-Borges, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o qual direciona as investigações sobre violência e trauma sob a perspectiva psicodinâmica.

Frente aos resultados, o presente estudo torna-se relevante sob o ponto de vista científico ao contribuir com a produção de conhecimento tanto para a pós-graduação em Psicologia quanto na instrumentalização dos psicólogos atuantes na rede de saúde mental na área da infância. Deste modo, para compreender os fenômenos mencionados, busca-se investigar: *qual a frequência do estresse pós-traumático em crianças expostas à violência familiar, atendidas em um serviço de saúde mental do Sul do Brasil?*

²Site do Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade: www.labsfac.paginas.ufsc.br

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em crianças de seis a doze anos expostas à violência familiar, atendidas em um serviço de saúde mental do sul do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever os eventos traumáticos vivenciados pelas crianças de seis a doze anos atendidas no serviço de saúde mental;

Identificar a frequência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em crianças de seis a doze anos expostas à violência familiar;

Identificar os sintomas encontrados nas crianças de seis a doze anos atendidas no serviço de saúde mental;

Identificar os serviços e profissionais de saúde procurados pelos pais ou cuidadores após o evento traumático.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo é composto pelos seguintes tópicos: breve histórico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e definição atual, assim como sua prevalência e comorbidades. Em seguida, serão abordadas a infância e a violência familiar.

3.1 Breve histórico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O histórico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) possui suas raízes vinculadas à Neurologia, à Psiquiatria e à Psicanálise. Hermann Oppenheim (1858-1919), neurologista alemão, foi o primeiro autor a cunhar o termo “neurose traumática”, defendendo que o trauma psíquico era o principal desencadeador da neurose traumática. Oppenheim observou 42 casos de pacientes que sofreram acidentes ferroviários, os quais tiveram leves ferimentos na cabeça e desenvolveram um quadro clínico específico. Esse era constituído de sintomas psicológicos e físicos, sendo que dentre os psicológicos encontram-se: medo, excitação aumentada, melancolia, fobias e irritabilidade. Já os sintomas físicos comumente observados foram: desmaios, tonturas, distúrbios na fala, incapacidade de ficar em pé e tremores no corpo. A etiologia da neurose traumática, para o neurologista supracitado, estava atrelada a pequenas mudanças moleculares que ocorriam no sistema nervoso central em decorrência do trauma (Holdorff, 2011; Schestatsky et al, 2003).

De acordo com Birmes, Escande, Moron e Schmitt (2005), outra referência é o médico Jean-Martin Charcot (1825-1893), responsável pelo departamento de neurologia do Hospital Geral de Salpêtrière, em Paris. Para Charcot, situações traumáticas que envolvessem componentes emocionais possuíam relação com a histeria. É nesse período que Pierre Janet (1859-1947) e Sigmund Freud (1856-1939) entram em contato com o trabalho de Charcot.

Pierre Janet nasceu na França e direcionou seus estudos à Filosofia. Sua teoria, intitulada de Automatismo Psicológico, foi fruto de sua tese de Filosofia. Por meio dela, Janet pretendia compreender alguns estados mentais, tais como: a histeria, a catalepsia e o sonambulismo. Para Janet, os estados histéricos ocorriam devido a eventos traumáticos que haviam se fixado no inconsciente. Para que houvesse a irrupção brusca das manifestações histéricas, era necessário que traumas psíquicos junto a dificuldades em realizar sínteses psíquicas, agregadas a uma personalidade hereditariamente predisposta,

possibilitassem a dissociação psíquica. O método de tratamento utilizado era a hipnose, com intuito de conseguir efeitos catárticos, objetivando a elaboração dos traumas (Pereira, 2008). A experiência de Janet o levou a estabelecer relações entre as dissociações e o trauma, ou seja, a pessoa, por não conseguir lidar conscientemente com o mesmo, dissocia-o da consciência. No entanto, em alguns momentos da vida, as lembranças traumáticas podem reaparecer, seja na consciência ou no corpo, por meio de paralisias, conversões, entre outras. Sendo assim, o trauma torna-se parte constituinte da pessoa que o experienciou, tendo em vista o estado constante de alerta que algumas pessoas podem vivenciar (Van der Kolk, Brown & Van der Hart, 1989).

Mas afinal, o que vem a ser o trauma de acordo com essas concepções? Ele não tem origem orgânica e é causado por alguma surpresa, susto, dor física ou vergonha que, dependendo das características do sujeito, tendem a converter-se em trauma. A representação da palavra “trauma” remete-se a uma quebra ou ruptura, “o trauma se apresenta e não se representa”(Meshulam-Werebe, Andrade & Delouya, 2003, p.39). Desta maneira, é conceituado como uma dificuldade por parte do sistema psíquico, o qual não consegue, por meio do pensamento associativo ou reação motora, dar vazão a impressão ou vivência de dor ao sofrimento psíquico. Jaques (2012) complementa que a psicanálise vai direcionar seu olhar para os efeitos decorrentes do excesso traumático, em detrimento dos danos físicos ocorridos. Isto porque a vida sob ameaça representa diretamente uma ameaça ao inconsciente.

De acordo com Sigmund Freud (1905), no que tange à neurose traumática, ela é geralmente desencadeada por um acontecimento impactante, externo à pessoa, com uma representação de perigo iminente de morte; as noções de acidentalidade - algo que não é esperado - e de singularidade - que se refere ao sujeito - mostram-se fundamentais para a compreensão do conceito. Castro e Rudge (2012) afirmam, com base em Freud, que na neurose traumática o humor tende a ser depressivo e há um desinvestimento no mundo exterior e um superinvestimento no mundo interior. Freud (1917a) indicou que o afeto na neurose traumática equipara-se ao do sujeito melancólico, ou seja, autoestima rebaixada, desinteresse pelo mundo e um desânimo em relação aos contextos da vida. Desta maneira, a experiência de proximidade com a morte torna-se, geralmente, desestabilizadora para o sujeito. Logo, a ameaça de morrer tende a ser revivida inúmeras vezes após o evento (Borges, 2012; Maldonado & Cardoso, 2009).

A neurose de guerra aparece vinculada à neurose traumática. Elas possuem a mesma origem teórica, mas refletem duas realidades diferentes, sendo a primeira relacionada aos quadros clínicos específicos observados em ex-combatentes da I Guerra Mundial (1914-1918). Os sintomas mais comuns eram: revivência da situação traumática, sentimentos de tristeza e desânimo. Na etiologia da neurose de guerra encontra-se a cisão do eu, sendo que o jovem antes de ir à guerra era o “eu pacífico”, mas durante a mesma teve que defender seu país e se tornar o “eu guerreiro”. (Meshulam-Werebe et al, 2003; Rudge, 2009a; Rudge, 2009b). Em 1918, Freud (1919) afirmou que a neurose de guerra também pode ocorrer em momentos de paz. Apesar desse constato, a neurose de guerra é relativamente esquecida após o fim da II Guerra Mundial.

Nos anos 70, Chaim Shatan e Robert J. Lifton (2003), psiquiatras americanos, reativam o interesse pelo quadro clínico ao entrar em contato com os veteranos da guerra do Vietnã. Eles estabeleceram relações entre o observado em seus pacientes (n = 700) e os quadros clínicos relatados a respeito dos sobreviventes do holocausto e de pacientes que haviam sofrido queimaduras (Schestatsky et al, 2003). A retomada dos estudos sobre os quadros traumáticos levam à inscrição do TEPT no DSM-III, em 1980 e em 1994, no DSM-IV. A descrição atual do TEPT na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) é semelhante à do DSM-IV. O CID-10 (OMS, 1993) não estipula, porém, um tempo mínimo de duração dos sintomas, como o que é previsto nas versões do DSM.

Esse breve histórico permite lembrar que o TEPT não é um quadro clínico recentemente descoberto. Apesar dessa raiz comum - da neurose traumática e do TEPT - as teorias subjacentes a cada uma dessas definições são diferentes. Cabe ressaltar que ao longo desse trabalho, com o intuito de estabelecer uma coerência entre o objeto estudado e os instrumentos utilizados, o TEPT é apreendido em uma perspectiva descritiva, como apresentado no DSM-III-R (1992) e no DSM-IV (1994).

O TEPT pertence à categoria dos transtornos de ansiedade e caracteriza-se por um dos quadros clínicos que podem surgir após a exposição a um evento traumático, tendo sido este experienciado com medo intenso, horror ou impotência. Para ser considerado um evento traumático, ele deve envolver morte, ferimento, ameaça real à vida ou, ainda, ameaça à integridade física de outra pessoa (APA, 2002). Sendo assim, a Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2002) definiu alguns critérios com base em três grandes grupos de sintomas para o

diagnóstico do TEPT, a saber: (B) Revivência do evento traumático, (C) Esquiva persistente aos estímulos que lembrem o evento traumático, e (D) Excitabilidade aumentada.

Por meio do critério (B) – Revivência do evento traumático – encontram-se recordações com medo intenso, sonhos aflitivos e episódios de flashbacks, no qual a pessoa sente ou age como se estivesse experienciando novamente o evento traumático. No (C) – Esquiva persistente aos estímulos que lembrem o evento traumático – a pessoa tenta evitar sentimentos, pensamentos, conversas, inclusive locais e pessoas que remetam ao trauma, ocorrem dificuldades para recordar alguns aspectos significativos, assim como a sensação de se afastar das pessoas e o sentimento de abreviação do futuro. Já com (D) – Excitabilidade aumentada – a pessoa apresenta hipervigilância, dificuldade para ter e manter o sono, irritabilidade ou, ainda, surtos de raiva e dificuldade em se concentrar. Para caracterizar de fato o TEPT, é indispensável que os sintomas estejam ocorrendo há mais de um mês e causem prejuízo em áreas importantes da vida da pessoa.

Tendo em vista o diagnóstico do TEPT já explicitado, na infância haverá algumas peculiaridades. A criança pode manifestar, após a exposição a um evento traumático, medo intenso, horror ou impotência e apresentará comportamento agitado ou desorganizado. No critério (C) – Esquiva persistente aos estímulos que lembrem o evento traumático – o adulto geralmente tem sonhos aflitivos e episódios de flashbacks com o evento. Entretanto, a criança ao sonhar não identificará o conteúdo do mesmo e os flashbacks são substituídos pela reencenação do evento traumático por intermédio de brincadeiras com conteúdo recorrente.

Assim como nos adultos, nem todas as crianças que passam por algum evento traumático necessariamente desenvolvem o TEPT. Isto porque fatores ambientais, contextuais, bem como a trajetória de vida da criança, contribuem para o não desenvolvimento do transtorno. Nesse caso, caracterizam-se as crianças resilientes, as quais, embora estivessem em situação de risco, conseguem enfrentá-lo sem apresentar um comprometimento psicológico (Marsh & Graham, 2007a).

Retornando ao diagnóstico do TEPT, a APA (2002) esclarece o conceito de evento traumático e cita alguns exemplos, entre eles: ataque físico, sexual, assalto à mão armada, roubo, ser feito de refém, sequestro, tortura, ataque terrorista, ser encarcerado como prisioneiro ou em campo de concentração, desastres naturais causados ou não pelo homem, receber diagnóstico de uma doença grave, vivenciar acidentes graves de automóveis e ferimentos. Acidentes que aconteceram com

alguma pessoa da família ou alguém significativo, morte de um ente querido e descoberta do diagnóstico de alguma doença grave de alguém próximo à família, são todos eventos que acontecem com outras pessoas, mas que podem impactar quem fica a par da situação. Dependendo da proximidade e da intensidade do estressor, há mais chances do desenvolvimento do quadro psicopatológico.

Schiraldi (2009b) sistematiza os eventos traumáticos e facilita a compreensão quando divide-os em três grupos: a) os intencionais, provocados pelo homem, b) os não intencionais, também provocados por ele, e c) aqueles provocados pela natureza. Com relação aos eventos intencionais, encontram-se: guerra, terrorismo, ameaça de morte, assalto, sequestro, estupro, crime violento cometido contra a pessoa ou alguém significativo a ela, violência familiar, negligência, alcoolismo, uso de drogas ilícitas e suicídio.

No segundo grupo de eventos estão os seguintes: queda de ponte ou viaduto, explosão, incêndio, acidente automobilístico, aéreo ou ainda aquático, assim como, perda de alguma parte do corpo no ambiente de trabalho, além de queimadura ou explosão. No terceiro grupo, apresentam-se os desastres naturais: furacão, enchente, seca, terremoto, ataque de animal, epidemia, erupção vulcânica, avalanche e tornado.

Deste modo, para caracterizar o TEPT, além dos eventos traumáticos já mencionados, o que o torna sobremaneira impactante é o elemento surpresa, ou seja, o não esperado que vem à tona ou, ainda, o sintoma de ansiedade.

3.2 Prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Para Borges et al (2010) e Ximenes et al (2009), a prevalência da população, em geral, de apresentar alguma vez na vida o TEPT é de aproximadamente 6,5%. Neste tópico, os estudos acerca da prevalência foram organizados na seguinte sequência: a) Eventos intencionais provocados pelo homem (abuso sexual e guerra), b) Eventos não intencionais provocados pelo homem (acidente de carro e queimadura) e c) Eventos provocados pela natureza (terremoto e furacão).

No caso do abuso sexual, Borges e Dell'Aglio (2008) checaram a presença de sintomas tanto emocionais quanto comportamentais presentes no TEPT e suas comorbidades. O número de participantes foi de 16 meninas vítimas de abuso sexual, pertencentes à faixa etária dos sete aos 13 anos. Enurese (n = 7), comportamento sexualizado (n = 7), pesadelos (n = 7), choro frequente (n = 9), medos (n = 9) e dificuldade de concentração (n = 11) foram os principais sintomas referidos pelas

mães e/ou cuidadores. Com relação à prevalência do diagnóstico, 10 meninas, ou seja, 62,5% delas responderam aos critérios necessários para o diagnóstico de TEPT; as outras seis apresentavam alguns sintomas, porém insuficientes para que um diagnóstico pudesse ser estabelecido. O critério que se sobressaiu foi a excitabilidade fisiológica aumentada, sobretudo nos sintomas de dificuldade de concentração, hipervigilância, irritabilidade e insônia.

Outro estudo que avaliou a presença de TEPT em meninas vítimas de abuso sexual dividiu-as em dois grupos: o primeiro era composto por meninas entre nove e 16 anos, e o segundo, de sete a 13 anos. Os instrumentos utilizados para compreender tal fenômeno foram: uma entrevista estruturada baseada no DSM-IV, denominada de Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) (Grupo I, n = 40), e o Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children, Kiddie – Sads (K-SADS-PL) (Grupo II, n = 15). Foi possível observar que no Grupo I 29 crianças foram acometidas pelo transtorno e, no Grupo II, 11 meninas apresentaram TEPT, encontrando em ambos os grupos a presença de TEPT em 70% da amostra estudada (Habigzang, Borges, Dell’Aglío & Koller, 2010). Logo, para Borges e Dell’Aglío (2008), o abuso sexual pode predispor ao diagnóstico de TEPT na infância.

O segundo tópico a ser abordado, de acordo com os eventos intencionais provocados pelo homem, é a guerra. Catani et al (2009) realizaram um estudo no Afeganistão, precisamente na cidade de Dashti Barchi. Os autores investigaram nos escolares de sete a 13 anos os eventos traumáticos aos quais as crianças tinham sido expostas e a prevalência de TEPT. O grupo de meninos foi exposto mais diretamente à guerra e à violência familiar, sendo a prevalência de TEPT de 26,1%. Já no grupo de meninas, menos expostas à guerra, a prevalência de TEPT foi de 14,1%.

Young, Kenardy, Cobham e Kimble (2012) investigaram pré-escolares que sofreram queimaduras a fim de conhecer os impactos decorrentes em crianças entre um e seis anos de idade. Os pais ou cuidadores mencionaram que, ao longo do tratamento, algumas situações geraram mais impacto para a criança em detrimento de outras, tais como: a dor, as trocas de curativos, a longa permanência no hospital e, quando necessário, intervenções cirúrgicas. Os autores tentaram mensurar a recuperação das crianças e, para isso, avaliaram-nas no primeiro mês e reavaliaram seis meses depois. Desta forma, dividiram-nas em quatro grupos: I) Resilientes (em nenhum momento apresentaram TEPT); II) Recuperadas (apresentaram sintomas de TEPT

apenas no primeiro mês de internação); III) Crônico (casos em que a criança obteve os critérios diagnósticos de TEPT entre o primeiro e sexto mês); e IV) Início Tardio (o TEPT só foi diagnosticado após seis meses do evento estressor).

Sendo assim, no grupo I as crianças demonstraram características de resiliência em 72% (n = 90); no grupo II, embora tenham apresentado sintomas de TEPT no primeiro mês de internação, quando reavaliadas, 18% (n = 22) deixaram de apresentá-los. No grupo III, em 8% (n = 10) o diagnóstico de TEPT perdurou, e no grupo IV, 2% (n = 3) apresentaram o diagnóstico tardiamente, ou seja, seis meses após o evento. Os autores concluem que os pré-escolares vítimas de queimaduras demonstraram vulnerabilidades, as quais geraram impacto para seu desenvolvimento infantil. Logo, percebe-se a importância de avaliar a presença do TEPT e propor estratégias de intervenção às crianças do grupo III e IV.

Por fim, encontram-se os eventos provocados pela natureza, ou seja, crianças que passaram por situações de desastres naturais, tais como: terremoto, furacão, tsunami. Demir Demir, Alkas, Copur, Dogangun e Kayaalp (2010) investigaram 321 crianças e adolescentes expostas a dois terremotos consecutivos na Turquia, um em agosto e outro em novembro de 1999. Os participantes foram divididos em três grupos por faixa etária: a) até seis anos de idade, b) de seis a 12 anos, e c) adolescentes acima de 12 anos. No grupo a) observou-se menos diagnósticos de TEPT e mais Transtornos de Adaptação, enquanto no grupo b) e c) houve mais prevalência do TEPT. Este último diagnóstico foi encontrado principalmente em crianças e adolescentes que residiam nos locais mais próximos ao terremoto e que tiveram suas casas destruídas ou perderam algum familiar ou amigo.

Outro desastre natural investigado foi o furacão Katrina, o qual ocorreu no ano de 2005, em New Orleans, nos Estados Unidos da América. Devido à força do vento, os diques que protegiam a cidade romperam-se, alagando-a. Alguns moradores conseguiram sair a tempo da cidade, mas outros não. Em 2006, um ano após a passagem do furacão, Scheeringa e Zeanah (2008) investigaram 70 crianças entre três e seis anos vítimas diretas ou indiretas do desastre. Com relação ao grupo de crianças que permaneceu na cidade, 62,5% (n = 24) apresentaram o quadro clínico de TEPT. As que saíram de suas casas também desenvolveram TEPT em 43,5% (n = 46) dos casos.

Conclui-se que os estudos apresentados acerca da prevalência devem ser lidos com cautela, pois, de acordo com Mash e Graham (2007), são necessários alguns cuidados, tais como: investigar qual será o transtorno psicológico pesquisado, a idade, a classe social e o sexo dos

participantes. Os autores enfatizam a importância da escolha do método e da técnica, já que o resultado pode variar de acordo com o recurso que se utiliza. Em especial no caso do TEPT, deve se ter ressalvas ao interpretar os dados dos artigos, os quais apresentam diferentes eventos traumáticos e, conseqüentemente, prevalências distintas. Sbardelloto, Schaefer, Justo e Kristensen (2011) ressaltam que os critérios diagnósticos do TEPT estão em constantes reformulações, dificultando uma precisão da prevalência do TEPT como foi demonstrado nos estudos supracitados.

Com relação à prevalência do transtorno, diferentes estudos foram citados neste tópico os quais demonstraram que as prevalências tendem a variar de acordo com a amostra e metodologia utilizada. Por isso, ao observar as prevalências, ressalta-se o cuidado em compreendê-las de acordo com o estudo e suas peculiaridades (Cunha & Martins-Borges, 2013).

3.3 Comorbidades do Transtorno de Estresse Pós-Traumático

De acordo com Marcelli (2007, p. 229), a comorbidade é compreendida como a “associação a outros tipos de psicopatologias”. Desta maneira, no Quadro 1 (página 24) encontram-se estudos acerca do TEPT na infância, com seus respectivos autores e ano de publicação, objetivos, metodologias, participantes e comorbidades encontradas.

<i>Autores e ano</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Participantes</i>	<i>Comorbidades encontradas</i>
Borges e Dell'Aglio (2008)	Investigar a prevalência do TEPT e suas comorbidades psiquiátricas em meninas vítimas de abuso sexual.	Estudo quantitativo e qualitativo.	16 meninas vítimas de abuso sexual entre 7 e 13 anos e suas mães ou cuidadores responsável.	Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Depressão Maior, Transtorno de Ansiedade de Separação, Distímia, Fobia Social, e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.
Catani et al (2009)	Conhecer a extensão das experiências acumulativas ligadas a guerra e a violência familiar em estudantes de Cabul.	Estudo quantitativo.	287 crianças na faixa etária dos 7 aos 15 anos de idade.	Transtorno de Ansiedade de Separação, e Transtorno de Depressão Maior.
Demir et al (2010)	Postulado: A proximidade com a zona do terremoto, as perdas materiais e imateriais poderiam prever o diagnóstico de TEPT.	Estudo quantitativo.	321 crianças e adolescentes entre 2 a 15 anos de idade.	Transtorno de Adaptação (CID-10). ³
Thabet, Tavahina, El Sarraj e Vostanis (2008)	Investigar sintomas de TEPT e comorbidades em crianças e pais.	Estudo quantitativo.	200 pais (100 mães e 100 pais) e 197 crianças expostas a guerra na faixa de Gaza.	Tanto os pais quanto as crianças apresentaram sintomas de ansiedade.
Stallard, Salter e Velleman (2004)	Compreender a relação entre TEPT e outros transtornos psiquiátricos.	Estudo quantitativo retrospectivo.	158 crianças e adolescentes de 7 a 18 anos e seus cuidadores.	Transtorno de Ansiedade Generalizada, e Transtorno Depressivo Maior.
Young et al (2012)	Investigar a comorbidade entre o TEPT e o aparecimento concomitante de outras psicopatologias.	Estudo quantitativo longitudinal.	130 crianças vítimas de queimaduras entre 1 a 6 anos de idade.	<u>Primeiro mês:</u> Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade de Separação, e Fobia Específica. <u>Sexto mês:</u> Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Ansiedade de Separação, e Transtorno Desafiador Opositivo.

Quadro 1. Comorbidades encontradas em crianças com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (continuação do quadro).

Assim sendo, com base no Quadro 1, observa-se concentração de estudos com metodologias quantitativas, com objetivos e participantes diferentes, mas que têm em comum a investigação das comorbidades como consequência direta ou indireta do TEPT. Entre essas, as mais citadas estão relacionadas aos Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade e Transtorno de Deficit de Atenção e de Comportamento Disruptivo.

Deste modo, com base nos conhecimentos elucidados, torna-se fundamental a busca pelos encaminhamentos necessários às crianças ou adolescentes vítimas de violência familiar, objetivando o manejo adequado na tentativa de minimizar os impactos na própria infância ou adolescência e, por conseguinte, na vida adulta (Cunha & Martins-Borges, 2013).

3.4 Infância

Nem sempre a infância, no ocidente, foi compreendida como um período de desenvolvimento com particularidades sociais, afetivas e cognitivas. Para chegar à compreensão que se tem hoje, ou seja, de que a infância tem suas particularidades, foi necessário um processo sócio-histórico de construção, sobretudo do sentimento do adulto para com a criança. Sentimento esse direcionado ao investimento e provimento de cuidados, seja ele material ou afetivo (Ariès, 1981).

O autor supracitado faz alguns apontamentos para tentar compreender o não investimento na infância no século XIII e infere que uma das explicações possíveis seriam as altas taxas de mortalidade infantil. Consequentemente, uma criança que não completava dois anos de idade era mais regra do que exceção, logo, não se apegar e não investir na mesma era natural.

Na Idade Média, a criança relacionava-se com a comunidade em detrimento da família; sua socialização e aprendizagem ficavam a encargo da comunidade e a família, por sua vez, realizava os primeiros cuidados após o nascimento. Contudo, com as mudanças sociais a partir da Renascença, o espaço privado recai sobre a família, momento esse em que a criança passa de coadjuvante a papel principal no contexto familiar. Concomitantemente, surgem os primeiros indícios de preocupação dos pais para com o futuro dos filhos (Ariès, 1981).

Com o Capitalismo e os novos valores da burguesia, a criança passa a ser um investimento com possibilidade de retornos a médio e longo prazo. Entra em vigor a importância da educação formal,

vislumbrando o desenvolvimento intelectual e conseqüentemente uma posição social. A família, por conseguinte, passou a destinar seus esforços para a educação da criança, preocupando-se com sua saúde física e higiene (Ariès, 1981). Tendo em vista toda a perspectiva histórica que transcorreu ao longo de anos até culminar com a compreensão que se tem atualmente acerca da infância, talvez fosse mais interessante referir-se às infâncias (Sarmiento, 2004).

Para Costa e Bigras (2007); Halpern e Figueiras (2004); Maria-Meneghel e Linhares (2007) e Sá, Bordin e Martin (2010), são considerados fatores de risco para o desenvolvimento infantil: a gestação sem planejamento, desemprego por parte dos familiares responsáveis pela casa, pais com problemas psicológicos, pais que tiveram pouco acesso ao estudo, violência física contra a criança, condição socioeconômica desfavorável, família monoparental, cuidadores envolvidos com substâncias ilícitas e problemas sociais e ambientais. Deve-se levar em consideração também aspectos culturais, individuais e quão imbricados e correlacionados esses estão, propiciando agravos ao desenvolvimento.

Em contrapartida, é premente refletir acerca das possibilidades da criança, ou seja, de sua capacidade para lidar com eventos adversos. Características pessoais, o contexto familiar, social e cultural podem também lhe garantir proteção e subsídios para enfrentar momentos difíceis (Costa & Bigras, 2007). Consoante Sarmiento (2004), é relevante refletir sobre a infância que está se pensando, em que contexto social, cultural e econômico ela está inserida. Desta maneira torna-se um desafio, tanto para os familiares quanto para o sistema de saúde, protegê-las e promover a sua saúde.

3.5 Violência Familiar

A violência é considerada, no Brasil, um problema de saúde pública, cujos custos ultrapassam o sistema de segurança pública, o sistema prisional e o setor da saúde, seja ele público ou privado (Minayo, 2001). A violência é caracterizada como um fenômeno multifacetado e deve ser compreendida e abordada de maneira interdisciplinar.

De acordo com Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi e Lozano (2002), para ser estudada e compreendida a violência foi dividida em diferentes categorias, entre elas: autoinfligida, coletiva e interpessoal. Na primeira categoria, a pessoa direciona a violência a si mesma, como nos casos de tentativa de suicídio e as automutilações. Em contrapartida, a violência

coletiva ocorre por meio de atos violentos políticos e econômicos, pertencentes ao contexto macro-social.

Para o Ministério da Saúde (2002), por violência interpessoal entende-se a violência intrafamiliar e a comunitária. A intrafamiliar recebe esta denominação por ocorrer no âmbito familiar, acontece tanto no lar quanto fora dele e o agressor não precisa ter consanguinidade com a vítima. No entanto, o agressor deve exercer a função paterna, como por exemplo, nos casos de ser madrasta/padrasto. Deve ainda prejudicar o bem-estar físico, psicológico e a liberdade da vítima. Já a violência comunitária se dá no contexto social e atinge conhecidos e desconhecidos. Para Minayo (2001), a violência intrafamiliar é dividida em quatro tipos de expressão, sendo elas: violência física, sexual, psicológica e negligência. Para o propósito deste trabalho, a ênfase será dada ao fenômeno da violência e seu impacto em crianças e adolescentes. Deste modo, Rocha e Moraes (2011) afirmam que a infância não está livre da violência e muitas vezes, pela fragilidade física da criança e pela dependência de cuidados, elas tornam-se facilmente vítimas desse fenômeno.

No ano de 2011, de acordo com o Mapa da Violência compilado por Waiselfisz (2012), constatou-se que a violência física foi o tipo mais frequente, atingindo crianças e adolescentes entre um e 19 anos. Da amostra de 52.515 atendimentos, 21.279 deles foram de violência física, correspondendo a 40,5% do total. As meninas são as principais vítimas, sobretudo as de um a quatro anos de idade. Os principais agressores são os pais, compreendidos pelo pai e/ou padrasto, mãe e/ou madrasta. Na violência física, o uso da força física objetiva causar desde uma leve sensação de dor e/ou ferimento até a tentativa de assassinato. O Ministério da Saúde (2002) afirma que, na violência física, a relação de poder entre agressor e vítima tende a ocorrer por meio de chutes, mordidas, socos, queimaduras, estrangulamento, tapas, obrigar a vítima a ingerir alimentos, álcool e substâncias ilícitas, entre outros.

Nessa mesma vertente, Martins e Jorge (2009a) observaram que o principal agressor, no caso da violência física, é o pai, bem como as principais vítimas são as do sexo feminino. Esse estudo menciona que crianças entre quatro e seis anos sofrem mais com a violência física e, ao se tornarem adolescentes, o tipo de violência praticada pelo pai tende a mudar. Uma das explicações dos autores refere-se ao fato de que o adolescente adquire força e geralmente desenvolve alternativas para se proteger do adulto, o que não é possível quando se é criança.

Cabe ressaltar que a violência física, muitas vezes, é utilizada pelos familiares para repreender a criança pelo mau comportamento.

Pais que sofreram violência física na infância geralmente a reproduzem com seus filhos; além disso, há outros fatores concomitantes que podem facilitar a prática de tal violência, tais como: pais mais rígidos, abuso de substância lícita e/ou ilícita por parte dos familiares e vulnerabilidade social (Frota, Martins, Gonçalves, Sousa & Casimiro, 2011; Sagim, 2008).

Segundo Minayo (2001), outro tipo de violência observada é a sexual. Essa caracteriza-se por todo jogo sexual ou ato, entre um ou mais adultos, que envolve uma criança ou adolescente, de natureza heterossexual ou homossexual, com o objetivo de estimular a vítima sexualmente, assim como, conseguir estímulo para si ou outra pessoa. Destaca-se que uma das formas de violência sexual que atinge crianças e adolescentes de maneira impactante para o seu desenvolvimento é o abuso sexual. De acordo com Krug et al (2002), ele ocorre quando uma criança ou adolescente pratica atividade sexual; porém, em decorrência de seu desenvolvimento cognitivo, é incapaz de compreender e autorizar a situação. O adulto geralmente estabelece uma relação de responsabilidade, confiança e até mesmo de força com intuito de obter gratificação sexual.

O abuso sexual pode acontecer em dois contextos distintos: extrafamiliar ou familiar. No âmbito extrafamiliar, o abuso se dá fora das relações familiares, onde o agressor, por vezes, é alguém conhecido, mas na grande maioria dos casos é desconhecido para vítima. Todavia, o abuso que acontece com mais frequência se dá na esfera familiar e o agressor pode ter parentesco com a vítima ou não. O abuso sexual geralmente não vem sozinho, ou seja, com ele outros tipos de violência interatuam (Habigzang, Ramos & Koller, 2011; Machado, Lueneberg, Régis & Nunes, 2005).

As autoras já mencionadas afirmam que o abuso intrafamiliar é cometido predominantemente pelo padrasto ou pai biológico e na casa da família. Um ano é geralmente o tempo que transcorre entre o abuso até o relato da criança para alguém de confiança. As meninas de cinco a 10 anos de idade são as principais vítimas e usualmente procuram suas mães para pedir ajuda. Algumas crianças que passaram por essa situação podem desenvolver transtornos psicológicos. Entre eles, destacam-se: Transtorno do Humor, Diruptivos ou de Ansiedade. Para Borges e Dell'Aglio (2009), Habigzang et al (2008) e Serafim, Saffi, Achá e Barros (2011), crianças vítimas de abuso sexual que passaram por avaliação psicológica tendem a apresentar desde alguns sintomas até o quadro clínico completo de TEPT.

Kugler, Bloom, Kaercher, Truax e Storch (2012) complementam que crianças que sofreram abuso sexual tendem a apresentar mais sintomas de somatização do que crianças que passaram por abandono, negligência, violência física e/ou psicológica. Os sintomas somáticos referidos pelos autores em seu estudo foram: tontura, nervosismo, dores no peito, tremor, sensação de estranhamento, inquietação, dores estomacais, coração acelerado, suor e mãos trêmulas.

Kugler et al (2012) investigaram 161 participantes entre oito e 17 anos residentes em um abrigo. As crianças eram avaliadas entre o terceiro e o sexto mês após sua chegada a instituição, sendo utilizados os instrumentos: Checklist dos Sintomas Traumáticos para Crianças (TSCC), Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças e Inventário de Depressão Infantil (CDI). Os principais resultados sinalizam que as meninas ($n = 72$) apresentaram mais tonturas e dores estomacais e os meninos ($n = 89$), inquietação. Em 95,2% dos casos, as crianças mencionaram pelo menos um sintoma somático. Crianças com tais sintomas foram correlacionadas positivamente com a pontuação total do CDI e das subescalas de ansiedade do TSCC para estresse pós-traumático, depressão, raiva e dissociação.

Beltran (2009) dividiu em cinco grupos as possíveis consequências do abuso sexual para as crianças, a saber: 1) Problemas emocionais, 2) Problemas cognitivos e rendimento acadêmico, 3) Problemas de relacionamento, 4) Problemas funcionais e 5) Problemas de conduta. O primeiro problema engloba sintomas de estresse pós-traumático, de depressão e de ansiedade, além de somatizações e baixa autoestima. No segundo, em muitos casos, encontra-se afetada a capacidade de a criança manter a atenção, o que, conseqüentemente, dificulta a evocação dos conteúdos escolares. No terceiro problema, há a presença de dificuldades de relacionamento com adultos e até mesmo entre pares, em decorrência da ruptura da confiança nas pessoas, além de tendência ao isolamento social. Já o quarto problema está relacionado aos sintomas físicos que se manifestam na alimentação, no sono e na perda do controle dos esfíncteres. Com o quinto e último problema, a vítima tende a demonstrar comportamento sexualizado não condizente com sua idade e/ou agressividade.

Por sua vez, Beltran (2010) investigou as consequências a longo prazo do abuso sexual. O autor constatou a presença de: Transtornos de Ansiedade, sobretudo o TEPT; Transtornos do Humor, principalmente a depressão e bipolaridade; Transtornos da Alimentação, como bulimia e anorexia nervosa; Transtornos Somatoformes, sobretudo somático e

converso; Transtornos Dissociativos e Transtornos Relacionados a Substâncias.

Com relação à violência psicológica, esta ocorre nos momentos em que houver ações ou até mesmo omissões, as quais podem causar dificuldades à autoestima, ao desenvolvimento da criança e à sua identidade. Entre o rol de ações que caracterizam a violência psicológica encontram-se: humilhação, desvalorização, isolamento dos amigos e familiares, ameaça, ridicularização, entre outros. A violência psicológica, por não deixar marcas visíveis no corpo das crianças, torna-se, na maioria dos casos, difícil de ser identificada, e a percepção por parte da criança de que esteja sofrendo violência psicológica é bastante dificultosa (Ministério da Saúde, 2002). Portanto, o diagnóstico ou o número de notificações acerca desse tipo de violência é bastante reduzido. A mãe foi considerada a principal agressora nos episódios de violência psicológica e física. Uma das explicações seria o fato de as mulheres permanecerem mais tempo com as crianças, expostas a um maior nível de estresse e descontrole. Por conseguinte, ameaças, tapas e gritos são utilizados como forma de solucionar conflitos familiares (Rocha & Moraes, 2011).

Outro tipo também deletério de violência para crianças e adolescentes e cometido na sua grande maioria pelas mães é a negligência. Essa ocorre quando há omissão de cuidados, negando-se à criança condições básicas e imprescindíveis para o seu desenvolvimento, seja no âmbito da educação, moradia, saúde ou afeto (Krug et al, 2002). Para Graham-Bermann, Castor, Miller e Howell (2012), pré-escolares entre quatro e seis anos que conviveram com a violência dentro de casa apresentaram mais chances de desenvolver sintomas e diagnóstico de TEPT, ou seja, sintomas de ansiedade, medo e regressão nos comportamentos aprendidos. Quando as crianças, além de presenciarem a violência familiar, forem expostas a outros eventos traumáticos, tais como o abuso sexual, acidentes graves de carro e assalto, aumenta o risco de desenvolver TEPT.

Ximenes et al (2009), em consonância com as autoras supracitadas, reforçam o impacto da violência sobre o desenvolvimento infantil, sobretudo quando há acúmulo de situações traumáticas; tal condição tende a aumentar as chances de surgirem sintomas relativos ao TEPT. A violência severa e a agressão verbal cometidas pela mãe dirigida ao filho, bem como a violência severa do pai para com a mãe, são tidas como eventos traumáticos familiares que podem contribuir para o desenvolvimento do transtorno. Por fim, as autoras compararam famílias de crianças com rede de apoio externa à família e famílias com

a ausência dessa rede. Constataram que as famílias de crianças com sintomas de TEPT tendem a apresentar uma rede de apoio fragilizada, caracterizada pela falta de amigos e vizinhos.

Por tais razões, Costa e Bigras (2007) e Habigzang et al (2011) apontam para a importância das redes de apoio no contexto da violência familiar. O fato de a família ouvir e levar em consideração o discurso da criança, realizar a denúncia e afastar a vítima do agressor resulta em estratégias salutares à criança. Por meio das políticas públicas, outras redes de combate à violência podem ser ativadas, tais como: a escola, o conselho tutelar, o serviço de saúde e a promotoria do juizado da infância. Contudo, há uma carência de coesão entre as práticas dos diversos setores implicados, o que não contribui no sentido de diminuir o tempo entre gestos violentos, o aparecimento de sintomas e o atendimento às vítimas.

4. MÉTODO

4.1 Caracterização da pesquisa

A presente pesquisa utilizou a abordagem quanti-qualitativa. Por meio do enfoque quantitativo foi realizado o levantamento documental dos usuários do serviço de saúde mental, bem como das crianças diagnosticadas com TEPT. Com a perspectiva qualitativa pretendeu-se compreender os relatos dos pais ou responsáveis dos usuários do serviço acerca dos eventos traumáticos, sintomas e suas redes de apoio.

Para Minayo e Sanches (1993), tanto o enfoque quantitativo quanto o qualitativo possuem diferentes características epistemológicas e modos de compreender os fenômenos. Todavia, desde que respeitados tais princípios, é possível pensá-los enquanto complementares, isto porque um estudo quantitativo pode levantar questões que a abordagem qualitativa tem a possibilidade de responder e vice e versa. Neste sentido, Silverman (2009) menciona três situações nas quais a abordagem quanti-qualitativa pode ser utilizada, são elas: 1º) iniciar a pesquisa com o enfoque qualitativo objetivando explorar um tema com afinco e posteriormente fazer uso das informações para planejar instrumentos quantitativos; 2º) envolver-se em um estudo qualitativo o qual utiliza dados quantitativos para encontrar resultados pertencentes a um contexto maior; e 3º) começar a pesquisa com o enfoque quantitativo para estabelecer contornos mais amplos no campo de investigação e aprofundar com a abordagem qualitativa uma questão-chave, sendo esta última a situação em que se enquadra esta pesquisa.

O delineamento do presente estudo caracterizou-se como documental, transversal e exploratório. Por documental, Gil (2002) esclarece que são materiais os quais não receberam tratamento analítico e que, neste caso, correspondem aos registros e prontuários disponíveis no serviço de saúde mental. Como foi investigado um dado momento na vida dos participantes tal fato revelou a transversalidade do estudo (Richardson, 2010). Por exploratório, Gil (2008) enfatiza a familiaridade com a problemática investigada a fim de explicitá-la.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um serviço de saúde mental infantil localizado em uma cidade do Estado de Santa Catarina. O referido serviço surgiu em 1999, funcionando inicialmente nos modelos de um

ambulatório. Em 2000, o serviço adequou-se à Portaria nº 336 (2002) do Ministério da Saúde, a qual regulamenta a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Portanto, o CAPS é um serviço direcionado a saúde mental que atende usuários com transtornos mentais severos e persistentes. Além disso, o CAPS tem como objetivos reinserir socialmente o usuário, realizar acompanhamento clínico e fortalecer os vínculos com os familiares e a comunidade ao atendê-lo no seu território de abrangência. Para que isso ocorra, os atendimentos são oferecidos diariamente e se planeja um projeto terapêutico singular para cada usuário. Para ser implantado um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) – serviço direcionado ao atendimento de crianças e adolescentes – é necessário que haja uma população com 200.000 habitantes. Além disso, o gestor local deverá ser o responsável pela organização da rede de cuidado direcionada às crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2004).

Tendo em vista o CAPSi em que aconteceu a coleta de dados, desde janeiro a outubro de 2013, 273 usuários foram acolhidos, 99 projetos terapêuticos foram realizados, 93 visitas domiciliares e 850 ações de reabilitação psicossocial ocorreram. Dentre as principais fontes de encaminhamento ou referência feitas ao CAPSi, encontram-se respectivamente: escolas, atenção básica, outras instituições e busca espontânea³.

O horário de funcionamento deste serviço é de segunda a sexta-feira das 07h às 18h e a equipe é composta por duas Auxiliares de Serviços Gerais, um Técnico de Enfermagem, uma Secretária, duas Assistentes Sociais, uma Enfermeira, uma Médica com especialização em Pediatria, uma Médica com especialização em Psiquiatria, quatro Psicólogos e duas Terapeutas Ocupacionais.

O trabalho da equipe supracitada começa pela escuta inicial que pode ser realizada por qualquer profissional da área da saúde. Nesta, os usuários relatam o motivo de terem buscado o serviço e o profissional avalia se a queixa é condizente com a proposta do CAPSi. Em caso afirmativo, o projeto terapêutico será elaborado atentando-se para a necessidade de cada usuário. Os tipos de serviços disponibilizados no referido CAPSi são: atendimento médico, atendimento psicológico individual ou em grupo, atendimento terapêutico ocupacional, atendimento e acompanhamento familiar e grupo aos pais ou responsáveis dos usuários.

³ Dados dos CAPSi fornecidos à pesquisadora.

Para elucidar acerca da população atendida, abaixo encontram-se dados referentes à pesquisa documental realizada no serviço no período de 2010 a 2012. Em relação às terminologias utilizadas na composição familiar, estas foram pensadas com base no documento da Organização das Nações Unidas (2007). Este menciona que o domicílio constituído por uma família monoparental é composto por um dos progenitores, seja pai ou mãe, e seu respectivo filho. Na sequência, encontra-se o domicílio com família estendida, onde a família nuclear (pais e filhos) reside com outros parentes, como avós, tios, primos etc. Por fim, o domicílio composto é caracterizado pela presença de um genitor (a) (pai ou mãe), seu companheiro(a) (madrasta ou padrasto) e seus respectivos filhos.

Quadro 2. Caracterização do serviço de saúde mental: 2010 a 2012.

<i>Variáveis</i>		<i>(%) - Frequência</i>
<i>Idade</i>	6 anos	13,80% (61)
	7 anos	16,30% (72)
	8 anos	15,38% (68)
	9 anos	13,80% (61)
	10 anos	16,06% (71)
	11 anos	12,90% (57)
	12 anos	11,76% (52)
<i>Sexo</i>	Masculino	67,19% (297)
	Feminino	32,81% (145)
<i>Escolaridade</i>	Ens. Fundamental I	67,19% (297)
	Ens. Fundamental II	25,11% (111)
	Não consta a informação	4,07% (18)
	Outros	3,63% (16)
<i>Configuração familiar</i>	Nuclear	39,37% (174)
	Família Composta	20,81% (92)
	Família Estendida	19,00% (84)
	Família Mononuclear	18,78% (83)
	Outros	2,04% (9)
<i>Origem do encaminhamento</i>	Educação	39,14% (173)
	Atenção Básica	33,26% (147)
	Conselho Tutelar	11,31% (50)
	Outros	16,29% (72)
<i>Presença de hipótese diagnóstica</i>	Não	82,81% (366)
	Sim	17,19% (76)
<i>Presença de violência familiar</i>	Não	72,40% (320)
	Sim	27,60% (122)
<i>Tipos de violência</i>	Violência Física	48,36% (59)
	Violência Psicológica	31,15% (38)
	Negligência	12,30% (15)
	Violência Sexual	8,19% (10)
<i>Presença de queixas</i>	Sim	88,68% (392)
	Não	11,32% (50)
<i>Tipos de queixas</i>	Dificuldade Processo Ensino/Aprendizagem	21,17% (83)
	Outros	15,58% (61)
	Ansiedade	15,05% (59)

	Agressividade	13,27% (52)
	Agitação	9,43% (37)
	Evento Traumático	8,93% (35)
	Comportamento Opositor	7,14% (28)
	Comportamento Regredido	5,35% (21)
	Humor Deprimido	4,08% (16)
<i>Duração do atendimento no serviço em dias</i>	30 a 89 dias	96,15% (425)
	1 a 29 dias	3,85% (17)
<i>Desfecho/ encaminhamentos realizados pelos profissionais do serviço de saúde mental</i>	Sem Indicação	25,34% (112)
	Educação	20,36% (90)
	Outros	16,97% (75)
	Profissionais/Instituições	11,76% (52)
	Desistência da Avaliação	10,19% (45)
	Atenção Básica	8,14% (36)
	Outros	7,24% (32)
	Assistência Social	

Verificou-se que os dados apontados no quadro 2 estão em consonância com a Portaria nº 336 (2002), pois a prioridade do CAPSi é justamente destinar seus atendimentos à população infantil e adolescente com transtornos mentais severos e persistentes.

4.3 PARTICIPANTES

Neste estudo participaram 10 mães ou responsáveis pela criança. Em seguida participaram 10 crianças entre seis e 12 anos de idade, sendo oito do sexo masculino e dois do sexo feminino, totalizando 20 participantes. Cabe ressaltar que as crianças eram usuárias do serviço de saúde mental infantil, frequentando-o de acordo com o estipulado no seu projeto terapêutico. Tais crianças e responsáveis foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão citados abaixo:

Critérios de Inclusão: (1) Crianças que entraram no serviço de saúde mental infantil entre os anos de 2010 e 2013; (2) as crianças deviam ter no mínimo seis e no máximo 12 anos de idade quando entraram no serviço de saúde mental infantil; (3) terem sido vítimas de algum tipo de violência familiar, seja ela: física, psicológica, sexual e/ou negligência, com no mínimo um mês após o acontecimento; (4) frequentarem o serviço de saúde mental infantil no momento da pesquisa e (5) os pais ou responsáveis terem conhecimento do evento traumático vivenciado pela criança.

Critérios de Exclusão: (1) Crianças cujos pais ou responsáveis apresentaram problemas de saúde mental e não compreenderam as perguntas e (2) crianças cujos pais ou responsáveis eram os agressores.

Com base nas pesquisas de Habigzang et al (2010), as quais também fizeram uso da entrevista clínica K-SADS-PL, pretendeu-se selecionar por conveniência pelo menos 15 crianças entre seis e 12 anos e seus respectivos pais ou responsáveis. Entretanto, devido à especificidade dos critérios de inclusão e exclusão, foi possível coletar informações com 10 crianças e 10 mães ou responsáveis. Duas aplicações da entrevista clínica K-SADS-PL realizadas tanto com a tia quanto com a criança foram desconsideradas porque a criança apresentava problemas na fala.

4.4 Instrumentos para coleta de dados

Os instrumentos utilizados para coleta de dados desta pesquisa foram um questionário sócio-demográfico e uma entrevista semi-estruturada.

Consoante aos objetivos deste estudo foi imprescindível combinar métodos quanti e qualitativos. Para tanto, a pesquisadora utilizou o Formulário para coleta de dados dos prontuários dos participantes. Na sequência, a fim de verificar a sintomatologia do TEPT, foi utilizada a entrevista clínica K-SADS-PL, com as mães ou responsáveis, e com as crianças. Por fim, a pesquisadora realizou uma entrevista semiestruturada apenas com as mães ou responsáveis com o objetivo de conhecer os eventos traumáticos aos quais as crianças foram expostas e possíveis mudanças observadas no comportamento das mesmas. Além disso, pretendeu-se investigar as redes ao entorno da família e da criança. Os três instrumentos mencionados acima são descritos a seguir.

4.4.1 Formulário para coleta de dados (Apêndice 9.5)

Por meio do Formulário investigou-se a queixa que motivou a busca por atendimento, a data de nascimento da criança, a idade da criança quando entrou no serviço, com quem residia no momento do acolhimento, escolaridade, sexo, presença de registro de violência familiar e qual o tipo, bem como há quanto tempo a criança está ou esteve em atendimento.

4.4.2 Affective disorders and schizophrenia for school aged-children and lifetime version (K-SADS-PL) (Apêndice 9.6)

A K-SADS-PL é uma entrevista clínica que deve ser realizada com os pais ou responsáveis e/ou com as crianças. Esta baseia-se nos critérios diagnósticos do DSM-III/R (1987) e DSM-IV (1994) para identificar transtornos na infância e adolescência. Os idealizadores da K-SADS-PL foram Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn, Moreci, Ryan (1997). No Brasil, o estudo com a K-SADS-PL foi replicado por Bordin e Brasil (2010) e Brasil (2003). Estas autoras traduziram a versão em inglês para o português (back-translation), avaliaram sua validade de conteúdo, constructo e convergente. Além disso, verificaram a confiabilidade entre avaliadores e o teste-reteste em uma amostra de 78 crianças e seus respectivos responsáveis que buscaram atendimento em um ambulatório de saúde mental infantil.

Com relação à validade de conteúdo, de acordo com Brasil (2003), houve equivalência de conteúdo entre o instrumento em português e em inglês. Na validade de constructo convergente (Pasquali, 2011), foi utilizada a Child Behavior Checklist (CBCL), encontrando evidências de transtornos na K-SADS-PL ao mensurar os transtornos psicológicos na infância e adolescência quando comparado a CBCL (Brasil, 2003). A pesquisa realizada por Kaufman et al (1997) (n = 66) encontrou participantes com TEPT e o índice de confiabilidade ficou entre regular e bom (0,63-0,67).

A entrevista clínica K-SADS-PL avalia os seguintes transtornos: Enurese, Encoprese, Transtorno de Deficit de Atenção/ Hiperatividade, Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno de Conduta, Transtorno do Pânico, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Evitação/ Fobia Social, Agorafobias/ Fobias Específicas, Transtorno de Ansiedade Generalizada/ Ansiedade Excessiva, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno do Tique, Transtornos Depressivos, Mania, Psicoses, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Uso/ Abuso de Álcool, Uso/ Abuso de Substâncias.

No caso da aplicação da entrevista clínica, essa deve ser completa, isto quer dizer que, mesmo o pesquisador tendo interesse apenas na seção correspondente ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático, deve-se aplicar o rastreamento completo que investiga todos os transtornos supracitados. A parte relativa ao TEPT é composta por perguntas em que o pesquisador questiona os participantes com base nas perguntas do instrumento. Geralmente inicia-se a entrevista com os pais e posteriormente com a criança. A pontuação do instrumento varia

de 0 a 2, onde 0 indica que os pais ou as crianças não sabem informar, 1 o sintoma está ausente e 2 sugere a presença de sintomas. No instrumento existem três colunas, sendo que a primeira delas serve para registrar as pontuações dos pais, depois as das crianças e por último, o investigador pontua suas impressões acerca do que foi respondido.

Com relação às questões de TEPT, a primeira parte da entrevista se refere aos eventos traumáticos, entre eles encontram-se: acidentes de carros, outros tipos de acidentes, fogo, desastres naturais, violência extrafamiliar (assaltos e trocas de tiros), notícias traumáticas (morte de um ente querido) e violência familiar. Nesses eventos, geralmente as crianças são questionadas se vivenciaram, testemunharam ou tomaram conhecimento de tais estressores traumáticos. Caso seja confirmada uma das três hipóteses supracitadas, o pesquisador deverá dar prosseguimento à entrevista.

Na seção correspondente aos sintomas do TEPT, caso haja presença dos sintomas no diagnóstico atual, a pontuação deverá ser inserida no episódio atual (EA). Caso contrário, se houver histórico de sintomas, mas os participantes ficaram no mínimo dois meses sem apresentá-los, a pontuação se referirá ao episódio de maior gravidade ocorrido no passado (EMGP).

As perguntas da entrevista foram divididas de acordo com os principais sintomas, entre eles: revivência, evitação persistente e excitabilidade aumentada, sendo que se houver 2 pontos em EA deverá o pesquisador investigar a terceira parte da entrevista. Do mesmo modo, caso haja 2 pontos em EMGP também deverá dar continuidade a última parte da investigação. Ao final do instrumento e com base nas respostas obtidas, caberá ao pesquisador responder os critérios do DSM-III/R (1987) e DSM-IV (1994) para evidências de TEPT na criança.

4.4.2 Roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice 9.7)

A entrevista semiestruturada foi definida com intuito de acessar outras informações e, sobretudo, dar aos pais ou responsáveis a oportunidade de falar sobre as situações vividas pelas crianças com base nos seguintes questionamentos:

a) Conhecer o evento traumático sofrido pela criança

As mães ou responsáveis foram convidados a pensar e a relatar se houve alguma situação difícil pela qual a criança passou, o que aconteceu e como ocorreu.

b) Verificar se houve modificação no comportamento da criança

Investigou-se também se houve alguma modificação no comportamento da criança e solicitou-se que os mesmos citassem quais modificações perceberam.

c) Conhecer as redes de apoio dos familiares

Pretendeu-se conhecer se as mães ou responsáveis buscaram apoio para lidar com a situação difícil e se procuraram algum serviço de saúde para seus filhos.

4.5 Procedimentos de preparação para coleta de dados

A pesquisadora entrou em contato com a Dr^a Heloísa Helena Brasil, responsável por traduzir e validar a K-SADS-PL no Brasil, para solicitar a entrevista clínica. Posteriormente, a pesquisadora iniciou o treinamento, o qual contou com a participação de três mães e duas crianças do sexo feminino. Essa etapa foi essencial para a familiarização da pesquisadora com a entrevista clínica K-SADS-PL. Na sequência, construiu-se a entrevista semiestruturada com base nos objetivos específicos da pesquisa e a mesma passou pela verificação por pares. Portanto, dois pesquisadores do Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGP) avaliaram se as perguntas utilizadas estavam adequadas aos objetivos do presente estudo.

4.6 Procedimento de coleta de dados

A pesquisadora entrou em contato com o Serviço de Saúde Mental Infantil cuja Coordenadora agendou uma reunião com a pesquisadora. Após a reunião, a pesquisadora foi informada que deveria entrar em contato com a Coordenadora de Saúde Mental do município. Esta, após ter ciência do projeto, emitiu parecer favorável assinando a declaração institucional (Apêndice 9.1). A única restrição quanto à coleta era obter parecer favorável do comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e levar uma cópia do documento à Coordenadora do Serviço de Saúde Mental Infantil, para que esta liberasse a coleta junto aos pais ou responsáveis.

Deste modo, a coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2013. Inicialmente, o critério de inclusão (1) determinava que as crianças deveriam ter entrado no Serviço entre os anos de 2010 e 2012. Respeitando esse critério, a amostra continha apenas oito possíveis

participantes. Sendo assim, foi necessária a adequação do mesmo, passando a incluir o período de 2013, entre janeiro e julho, para aumentar o número de possíveis participantes, acrescentando seis deles.

Posteriormente, a pesquisadora participou de uma reunião de equipe para comunicar quais crianças que comporiam a amostra e verificou junto aos profissionais a forma de abordagem dos usuários. Os profissionais sugeriram que a coleta com os pais ou responsáveis fosse feita enquanto as crianças eram atendidas. Já no caso das crianças, essas poderiam ser entrevistadas enquanto os pais ou responsáveis estivessem no grupo de família. Sendo assim, a prioridade estabelecida pela equipe, era de entrevistar pais ou responsáveis e crianças participantes no próprio Serviço de Saúde Mental Infantil.

O primeiro contato entre a pesquisadora e os participantes foi estabelecido por meio de uma carta convite (Apêndice 9.2). Essa carta foi entregue para as mães ou responsáveis ou para as crianças, pelos profissionais da equipe de saúde ou pela própria pesquisadora. Quando a criança faltava ao Serviço e a família já havia recebido a carta, a pesquisadora entrava em contato para agendar a entrevista.

Foram entregues 14 cartas convites e agendadas 13 entrevistas, sendo que ocorreram duas desistências e uma entrevista foi eliminada do estudo. Das 10 entrevistas realizadas sete aconteceram no Serviço e em três casos os familiares solicitaram que a pesquisadora fosse à casa deles. A aplicação da entrevista clínica K-SADS-PL e da entrevista semiestruturada com a mãe ou responsável levou em média duas horas. Com as crianças, a aplicação da K-SADS-PL durou em média uma hora e trinta e seis minutos. A coleta ocorreu de acordo com a disponibilidade das mães ou responsáveis, variando entre um até quatro encontros tanto com os familiares quanto com as crianças.

Depois de agendada a coleta, no primeiro encontro, a pesquisadora esclareceu os objetivos e leu em voz alta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 (TCLE 1) (Apêndice 9.3), o qual solicitou a permissão por parte dos responsáveis para que a pesquisadora tivesse acesso ao prontuário da criança. Posteriormente, realizou o mesmo procedimento com o TCLE 2 (Apêndice 9.4), o qual esclareceu sobre os instrumentos a serem utilizados e solicitou a gravação em áudio com intuito de facilitar a análise. A pesquisadora elucidou eventuais dúvidas e enfatizou o caráter sigiloso e confidencial da coleta dos dados.

A aplicação da entrevista clínica K-SADS-PL era longa e por isso a pesquisadora fez intervalos com as mães ou responsáveis e, em alguns casos, com as crianças também. Na coleta com as crianças, a pesquisadora se apresentou, explicou sobre a temática a ser conversada e

esclareceu que seria necessário gravar a conversa. Deste modo, a pesquisadora solicitou verbalmente o consentimento da criança, não obtendo recusa. Antes de iniciar a coleta com as crianças de seis a 10 anos, a pesquisadora entregou para a criança um desenho para colorir de acordo com a sua escolha ou ainda, folha sulfite e lápis de cor. Entretanto, acordou previamente que essa deveria conversar com a pesquisadora sobre as perguntas feitas.

Para elucidar os caminhos percorridos pela pesquisadora desde o contato inicial com a Coordenadora do Serviço até a coleta propriamente dita, segue abaixo a Figura 1:

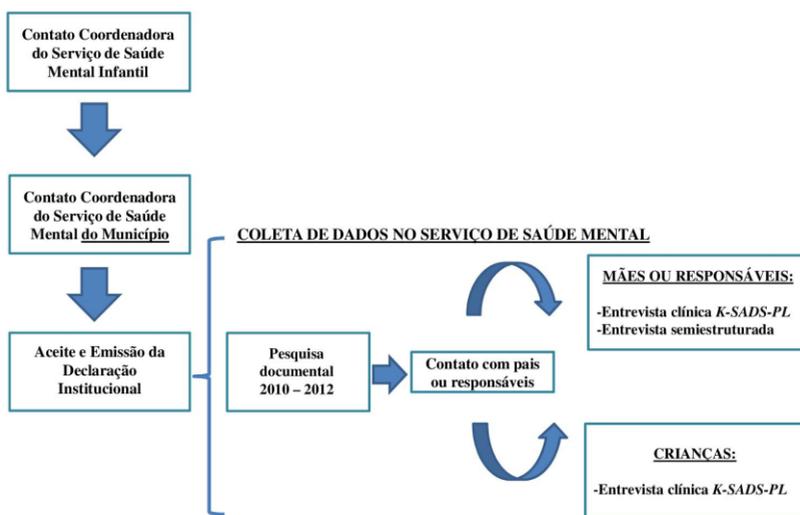


Figura 1. Descrição das etapas da coleta de dados.

4.7 Análise dos dados

Os dados extraídos da pesquisa documental e da entrevista clínica K-SADS-PL foram organizados no Microsoft Excel. Posteriormente, para calcular as frequências e as porcentagens, ou seja, para realizar a análise descritiva, os dados foram tratados quantitativamente com o programa Stata versão 12 (Dancey & Reydi, 2006).

Na sequência, para analisar os dados oriundos da entrevista semiestruturada utilizou-se o delineamento qualitativo. Para tanto, as entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas com o auxílio do

software Atlas/Ti 5.0. Este é um software utilizado para analisar dados qualitativos, o qual organiza grandes quantidades de texto, informações em áudio ou em vídeo, possibilitando a organização das 10 entrevistas e a construção das categorias de análise (Muhr, 2004). Em seguida, as entrevistas foram analisadas com base na Grounded Theory (Teoria Fundamentada Empiricamente), proposta por Strauss e Corbin (2008).

Para analisar as entrevistas com base na Grounded Theory, o pesquisador pode iniciar com a codificação aberta, ou seja, momento em que são criadas diferentes categorias. Já com a codificação axial, objetiva-se reagrupar os dados da codificação aberta e verificar se as categorias dizem respeito ao fenômeno investigado, bem como, se as subcategorias respondem a questões ligadas ao fenômeno. Resumindo, pretende-se na codificação axial sistematizar categorias que se relacionem entre si.

Strauss e Corbin (2008) mencionam que a codificação aberta e a axial não são estanques e que não é obrigatório primeiro iniciar com a codificação aberta e depois dar continuidade com a axial, portanto, quem sistematiza tais passos é o pesquisador. No entanto, para dar prosseguimento à análise, necessariamente o pesquisador deverá executar os passos anteriores para então realizar a codificação seletiva. Por codificação seletiva compreende-se a integração dos dados e o refinamento das categorias para dar corpo a teoria.

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

O presente estudo respeitou a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual se refere aos cuidados éticos imprescindíveis ao se realizar pesquisas com seres humanos. Sendo assim, a pesquisa passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC), que avaliou o projeto e emitiu o parecer aprovado (Número do parecer: 301.464).

O Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia (2005), especificamente o artigo 16, sinaliza sobre os aspectos éticos na realização de pesquisa ao enfatizar o caráter voluntário, ao dar ciência ao participante dos objetivos e metodologia da pesquisa, bem como a garantia do anonimato e sigilo.

No que tange a presente pesquisa, todos as mães ou responsáveis foram esclarecidos mediante a apresentação do TCLE 1 (Apêndice 9.3) e TCLE 2 (Apêndice 9.4). No TCLE 1 a pesquisadora solicitou autorização das mães ou responsáveis para que a mesma tivesse acesso a determinados dados que constam no prontuário da criança. No TCLE 2

a pesquisadora esclareceu sobre a utilização da entrevista clínica K-SADS-PL e semiestruturada com as mães ou responsáveis e o uso do gravador. Em ambos os TCLEs a pesquisadora mencionou o título da pesquisa, os objetivos, a metodologia detalhada, os riscos e benefícios, o caráter voluntário, a utilização dos dados para fins de pesquisa e enfatizou o aspecto sigiloso e confidencial do trabalho.

Por conseguinte, as mães ou responsáveis foram informados sobre a pesquisa e esclarecidos antes do início da coleta, mediante apresentação dos TCLEs. Com o consentimento obtido, a pesquisadora solicitou a assinatura em duas vias do termo, ficando o participante com uma via e a pesquisadora com a outra. Após a finalização da investigação, a pesquisadora fará a devolutiva dos dados aos participantes e entregará uma cópia da dissertação à Coordenadora do serviço, apresentando os principais resultados aos profissionais de saúde.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo aborda exclusivamente a apresentação dos resultados, os quais estão divididos em duas partes. Na primeira tem-se a caracterização da população investigada (Quadro 2). Em seguida, encontram-se os dados quantitativos da entrevista clínica K-SADS-PL (Quadro 3 e Tabela 2), bem como os dados qualitativos correspondentes à entrevista semiestruturada (Quadro 4). No Quadro 4 esquematizou-se as categorias, subcategorias e elementos de análise que subsidiaram a análise e discussão dos dados qualitativos.

5.1 Apresentação dos participantes

O Quadro 2 apresenta as informações referentes aos participantes: idade, escolaridade, queixa que motivou o encaminhamento da criança ao serviço, hipótese diagnóstica, composição familiar e tipos de violência sofridos. Desta maneira, dez crianças compuseram esta pesquisa, sendo que duas ($n = 2$) são do sexo feminino e oito ($n = 8$) do sexo masculino. Ao total, 10 responsáveis compuseram este estudo. Com relação à idade, a média de anos das crianças foi de 8,7 e a média de anos de estudo das crianças foi de quatro anos.

As denominações das queixas foram estabelecidas levando em consideração as informações dos prontuários, sobretudo do registro da escuta inicial. Portanto, como observado no Quadro 2, contemplou-se com a queixa *evento traumático*, situações em que o encaminhamento da criança foi motivado pela exposição a cenas de violência física e psicológica entre o pai e a mãe, acompanhada de intenso medo e horror por parte da criança. Com a queixa *agressividade*, considerou-se agressões verbais e físicas direcionadas aos pares, crianças entre si, e às figuras de autoridade, tais como pais e professores. A queixa *agitação* referiu-se a comportamentos verbais e motores intensos. Na queixa *comportamentos sociais inadequados* encontram-se situações em que a criança furta objetos e mente. Já a queixa *luto* contempla a perda de uma pessoa significativa para a criança. E por último, com a queixa *comportamento retraído*, observou-se crianças isoladas socialmente na escola e tímidas.

A hipótese diagnóstica foi localizada geralmente no Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde – Psicossocial (RAAS-PSI). Este documento deve ser preenchido a fim de monitorar as ações realizadas nos serviços de saúde mental (Ministério da Saúde, 2004).

Cabe ressaltar que os tipos de violência foram caracterizados no Quadro 2 com base em Krug et al (2002), Minayo (2001) e o Ministério da Saúde (2002).

Criança/abvo	Responsável	Idade	Escolaridade (ano)	Qualia	Hipótese Diagnóstica	Composição Familiar	Tipos de Violência Sofrida
MA1	R1	8	3º	Evento traumático	Reação aguda a estresse	Monoparental	Psicológica
MA2	R2	7	3º	Comportamento retraído	Transtornos comportamentais e emocionais não especificados com início habitualmente na infância ou adolescência	Composta	Psicológica; Sexual; Negligência
MO3	R3	10	5º	Agressividade	Transtorno afetivo bipolar ou Episódios depressivos	Composta	Física; Psicológica; Negligência
MO4	R4	8	4º	Agressividade	Transtornos hipericinéticos	Monoparental	Física; Psicológica
MO5	R5	8	4º	Agressividade	Transtorno de conduta não especificado	Composta	Física; Psicológica
MO6	R6	7	3º	Agitação	Transtorno ansioso não especificado	Estendida	Psicológica
MO7	R7	11	6º	Comportamentos sociais inadequados	Transtornos do desenvolvimento psicológico não especificado	Composta	Psicológica
MO8	R8	6	1º	Luto	Transtorno ansioso não especificado	Estendida	Psicológica
MO9	R9	10	4º	Comportamento retraído	Transtornos globais do desenvolvimento	Composta	Física; Psicológica; Negligência
MO10	R10	12	7º	Agressividade	Distúrbio desafiador e de oposição	Estendida	Psicológica

Quadro 2. Caracterização dos participantes da pesquisa.

Com base na Classificação de transtornos mentais e de comportamento dispostas na CID-10 (OMS, 1993), no quesito hipótese diagnóstica, quatro (n = 4) participantes chegaram ao serviço com a hipótese de *Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência*: Transtornos comportamentais e emocionais não especificados com início habitualmente na infância ou adolescência (MA2), Transtornos hipericinéticos (MO4), Transtorno de conduta não especificado (MO5) e Distúrbio desafiador e de oposição (MO10).

Dois (n = 2) participantes possuem hipótese diagnóstica relacionada aos *Transtornos do desenvolvimento psicológico*: Transtornos globais do desenvolvimento (MO9) e Transtornos do desenvolvimento psicológico não especificado (MO7). MO6 e MO8 apresentaram critérios diagnósticos dos *Transtornos fóbicos-ansiosos*, mais especificamente de um Transtorno ansioso não especificado. Apenas um (n = 1) participante enquadrou-se na hipótese diagnóstica de *Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoforme*, ou seja, a Reação aguda ao estresse (MA1). Com relação aos *Transtornos*

do humor (*afetivos*), um (n = 1) participante apresentou o Transtorno afetivo bipolar ou Episódios depressivos (MO3).

Observando o Quadro 2, constatou-se que o tipo de família mais frequente é a família composta, com 50% (n = 5) dos participantes. Também foi encontrada uma predominância da tipologia de violência psicológica, em 100% (n = 10) dos participantes.

5.2 Apresentação dos resultados da entrevista clínica K-SADS-PL

O Quadro 3 foi elaborado com o objetivo de indicar a presença do diagnóstico e dos sintomas do TEPT em crianças de seis a 12 anos expostas à violência familiar.

Quadro 3. Participantes da pesquisa e hipótese diagnóstica de Transtorno de Estresse Pós-traumático atual e passado.

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

Consoante ao quadro exposto acima, observa-se evidência de TEPT atual ou passado em 30% (n = 3) dos participantes (MA2, MO9 e MO10). Cabe ressaltar que estas crianças respeitaram também os critérios de duração e sofrimento significativo ou limitação funcional. Com os participantes MO3, MO4 e MO7, o instrumento não foi positivado no presente. Isto quer dizer que os eventos traumáticos investigados na entrevista clínica não causaram prejuízos para as crianças envolvidas, as quais não apresentaram a sintomatologia completa do TEPT. O mesmo ocorreu para o passado, com MO4 e com MO10. Com os demais participantes (MA1, MO5, MO6 e MO8)

percebeu-se que, embora não tenham todos os critérios diagnósticos necessários para o TEPT, há presença de sintomas dos critérios B (revivência), C (evitação persistente) e D (excitabilidade acentuada).

Na sequência, os dados referentes à entrevista clínica K-SADS-PL são apresentados na Tabela 2.

▣ Tabela 2. Dados quantitativos da entrevista clínica K-SADSP-PL.

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

Dentre os eventos traumáticos investigados pela entrevista clínica, encontram-se: *acidentes de carro* e *outros acidentes*: que envolvem acidentes de moto, de bicicleta, entre outros, nos quais necessariamente a criança ou quem estava com ela precisou de ajuda médica; *fogo*: a criança colocou fogo ou testemunhou algo pegando fogo em que houve dano material ou físico; *testemunha de desastre*: a criança deve ter sido testemunha de um desastre natural, tal como, inundação, enchente ou desmoronamento; e *testemunha de transgressão violenta*: a criança deve ter visto um assalto, presenciado trocas de tiros ou visto alguém ser ferido por algum tipo de arma.

Também são averiguados eventos como: *notícia traumática*: o participante recebeu uma notícia inesperada da morte de algum ente querido; *testemunha de violência doméstica*: a criança foi exposta a agressões físicas entre os familiares ou até mesmo a ameaças de agressões; *abuso físico*: os pais ou cuidadores devem ter batido na criança mais de uma vez, ocasionando lesões; *abuso sexual*: este pode ter ocorrido uma única vez ou ter se repetido e deve ter envolvido assédio sexual, sexo vaginal, oral ou anal; e *outros*, em que a pesquisadora questionou as mães ou responsáveis e as crianças se desejavam falar sobre algo de muito ruim ou assustador que havia acontecido.

Deste modo, a Tabela 2 apresenta os critérios diagnósticos do TEPT encontrados no período atual e no passado, sendo o critério B, revivência, o critério C, evitação persistente e o critério D, excitabilidade acentuada. Lembrando que para fechar os critérios diagnósticos de acordo com o DSM-IV (APA, 2002), no critério B é imprescindível a presença de um item, no critério C, pelo menos três itens e no D, pelo menos dois itens. O critério E corresponde à duração em que o transtorno deve se manifestar, por pelo menos mais de um mês. O critério F, corresponde à apresentação de sofrimento significativo ou limitação funcional. Lembrando que para o diagnóstico de TEPT, todos os critérios aludidos devem ser contemplados. O critério A não está diretamente citado na entrevista clínica, pois deduz-se que para ter os sintomas dos demais critérios, a pessoa deve ter vivenciado ou ainda ter testemunhado alguma situação que despertou intenso medo, horror ou impotência.

Com base na Tabela 2, o *abuso físico* e ser *testemunha de violência doméstica* esteve presente em 70% (n = 7) dos participantes. Em 60% (n = 6) dos casos, as crianças receberam *notícias traumáticas* e 50% (n = 5) delas testemunharam desastres naturais, visto que a região da coleta de dados sofre com as intensas chuvas, alagamentos e enchentes. Tendo

em vista o evento traumático *outros*, 40% (n = 4) dos participantes mencionaram: internação para cirurgia do braço (MO6), invasão da casa por policiais (MO9), o impacto decorrente dos jogos sexuais (MO8) e a descoberta da mãe biológica (MO10).

Com relação ao critério B, no momento atual, os itens *Relembrações recorrentes, intrusivas e aflitivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções*, com 40% (n = 4), bem como, *Intensa sensação aflitiva devido à exposição a estímulos que se parecem ou simbolizam aspectos do trauma*, com 30% (n = 3), foram os sintomas que predominaram. No passado, o item *Relembrações recorrentes, intrusivas e aflitivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções* também possui elevada frequência, com 50% (n = 5).

No critério C atual, 40% (n = 4) dos participantes possui o sintoma *Evita pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma*. No passado, o mesmo sintoma atingiu elevada frequência, com 50% (n = 5), assim como o sintoma *Diminuído interesse ou participação em atividades importantes*, que apresentou a mesma frequência. No critério D destacam-se os sintomas atuais de *Dificuldade de concentração* e *Hipervigilância*, ambos com 40% (n = 4). O sintoma *Hipervigilância*, no passado

5.3 Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise

De acordo com os objetivos do presente estudo, realizou-se uma entrevista semiestruturada com a mãe ou responsável pelas crianças. Deste modo, três categorias compõem o Quadro 4, as quais, por sua vez, compreendem as subcategorias e seus elementos de análise que serão descritos a posteriori. sobressaiu com 70% (n = 7).

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
CATEGORIA 1 O TRAUMÁTICO NA PERCEÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	1.1 Perdas sofridas pelas crianças	1.1.1 <i>abandono</i> 1.1.2 <i>rejeição por parte dos familiares</i> 1.1.3 <i>morte de pessoas significativas</i> 1.1.4 <i>separação da mãe</i>
	1.2 Violência contra as crianças por parte dos familiares	1.2.1 <i>violência psicológica</i> 1.2.2 <i>negligência</i> 1.2.3 <i>violência física</i> 1.2.4 <i>violência sexual</i> 2.1.1 <i>tristeza</i> 2.1.2 <i>ansiedade</i> 2.1.3 <i>irritabilidade</i> 2.1.4 <i>sintomas somáticos</i>
CATEGORIA 2 SINTOMAS DECORRENTES DO EVENTO TRAUMÁTICO NA PERCEÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	2.1 Sintomas psíquicos presentes nas crianças	2.1.1 <i>tristeza</i> 2.1.2 <i>ansiedade</i> 2.1.3 <i>irritabilidade</i> 2.1.4 <i>sintomas somáticos</i>
	2.2 Sintomas comportamentais presentes nas crianças	2.2.1 <i>falta de limites</i> 2.2.2 <i>comportamentos regredidos</i> 2.2.3 <i>agressividade</i>
CATEGORIA 3 REDES DE APOIO BUSCADAS APÓS O EVENTO TRAUMÁTICO	2.3 Sintomas cognitivos presentes nas crianças	2.3.1 <i>baixo rendimento escolar</i>
	3.1 Pessoas de referência	3.1.1 <i>familiares</i> 3.1.2 <i>amigos</i> 3.2.1 <i>outras instituições</i> 3.2.2 <i>instituições de saúde</i>
	3.2 Instituições de referência	

Quadro 4. Síntese geral das categorias, subcategorias e elementos de análise.

A seguir, encontra-se uma breve descrição das categorias e suas respectivas subcategorias:

CATEGORIA 1 – O TRAUMÁTICO NA PERCEÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: Descrição com base na percepção dos responsáveis acerca dos eventos traumáticos vivenciados pelas crianças.

1.1 Perdas sofridas pelas crianças – Identificação das perdas vivenciadas pelas crianças, entre elas: abandono, rejeição por parte dos familiares, morte de pessoas significativas e separação da mãe.

1.2 Violência contra crianças por parte dos familiares – Descrição de diferentes tipos de violência às quais as crianças foram expostas, seja violência do tipo psicológica, negligência, física ou sexual.

CATEGORIA 2 – SINTOMAS DECORRENTES DO EVENTO TRAUMÁTICO NA PERCEÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: Congrega sintomas psíquicos, comportamentais e cognitivos decorrentes do evento traumático na percepção dos responsáveis.

2.1 Sintomas psíquicos presentes nas crianças – Descreve os sintomas psicológicos encontrados nas crianças deste estudo, tais como: tristeza, ansiedade, irritabilidade e sintomas somáticos.

2.2 Sintomas comportamentais presentes nas crianças – Elucida os sintomas com: falta de limites, comportamentos regredidos e agressividade.

2.3 Sintomas cognitivos presentes nas crianças – Descreve o sintoma cognitivo encontrado nas crianças, como por exemplo: o baixo rendimento escolar.

CATEGORIA 3 – REDES DE APOIO BUSCADAS APÓS O EVENTO TRAUMÁTICO: Identificação das redes de apoio acionadas pelos responsáveis após o evento traumático.

3.1 Pessoas de referência – Identificação de familiares e amigos enquanto pessoas de referência após o evento traumático.

3.2 Instituições de referência – Identificação por parte dos responsáveis acerca de outras instituições e instituições de saúde acionadas após o evento traumático.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo está dividido em três partes. A primeira parte é composta pela caracterização das crianças da pesquisa. Na sequência, tem-se a análise e discussão da entrevista clínica K-SADS-PL. E a terceira parte traz a análise e discussão da entrevista semiestruturada com suas respectivas categorias, subcategorias e elementos de análise.

6.1 Análise e discussão da caracterização das crianças investigadas

Ao comparar as informações obtidas na pesquisa documental (Quadro 2) e a caracterização do Serviço de Saúde Mental apresentada na Tabela 1, observou-se dados semelhantes, como o predomínio do sexo masculino e de estudantes do Ensino Fundamental I; dados divergentes também foram constatados: a idade dos usuários, a queixa, a composição familiar e o tipo de violência. De acordo com o Quadro 2, a média de idade dos participantes ficou em 8,7 anos; a queixa predominante foi a agressividade ($n = 4$), seguida do comportamento retraído ($n = 2$); a composição familiar mais frequente foi a composta ($n = 5$), seguida da família estendida ($n = 3$) e a tipologia de violência prevalente foi a psicológica ($n = 10$), seguida da física ($n = 4$), negligência ($n = 3$) e sexual ($n = 1$). Cabe ressaltar que todos os participantes foram expostos a violência psicológica.

A hipótese diagnóstica foi registrada no presente estudo de acordo com o CID – 10 (OMS, 1993), pois é a classificação utilizada nos registros do referido serviço. Com relação à hipótese diagnóstica, quatro (40%) participantes chegaram ao acolhimento com indicação de Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência. Em seguida, os transtornos mais observados nos participantes foram os Transtornos de Ansiedade ou de Humor. O mesmo ocorreu no estudo de Hoffmann, Santos e Mota (2008), o estudo analisou os registros de sete CAPSi, sendo os Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência observados em 44,5% ($n = 648$) dos usuários.

Tendo em vista a predominância do sexo masculino, Delfini, Dombi-Barbosa, Fonseca, Tavares e Reis (2009) investigaram 63 prontuários do CAPSi da Grande São Paulo e constataram que 25,4% ($n = 16$) dos meninos apresentavam Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e

adolescência. Já com o sexo feminino, em 27,5% (n = 11) dos prontuários não constava informação sobre a hipótese diagnóstica.

De acordo com Marsh e Graham (2007a) e Pesce, Assis e Avanci (2008), o sexo masculino apresenta frequentemente comportamentos externalizados, os quais se caracterizam por comportamentos intrusivos sobre o ambiente, tais como: quebra de regras e comportamentos agressivos. Por sua vez, o sexo feminino demonstra comportamentos internalizados, ou seja, comportamentos dirigidos ao próprio sujeito ligados ao retraimento, depressão e sintomas de ansiedade. Sendo assim, observou-se que a presente pesquisa vai ao encontro dos dados elucidados sobre a predominância do sexo masculino no serviço de saúde mental.

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

Cabe destacar que as informações acerca das queixas e das hipóteses diagnósticas encontradas no CAPSi foram obtidas nos registros da escuta inicial. Sendo assim, supõe-se que o diagnóstico tenha sido definido no momento em que a criança iniciou os atendimentos e, em muitos casos, perdurou durante todo o tempo do tratamento. Portanto, para Hoffmann et al (2008), os CAPSi tendem a desconsiderar as comorbidades e as possíveis mudanças nos quadros psicopatológicos, informações cujo registro seria relevante.

6.2 Análise e discussão da entrevista clínica K-SADS-PL

De acordo com o Quadro 3 (página 50), constatou-se que três participantes apresentaram todos os critérios diagnósticos do TEPT. Os demais, apesar de terem sido observados sintomas do TEPT, não apresentaram critérios diagnósticos para o transtorno.

Especificamente com os participantes que apresentaram TEPT, verificou-se novamente a predominância do sexo masculino, a média de idade de 9,6 anos e a média de escolaridade de 4,6 anos de estudo. As crianças foram levadas ao serviço com queixas de comportamento retraído (n = 2) e agressividade (n = 1); duas delas foram expostas a três tipos de violência e uma, apenas a um tipo de violência. Com relação à composição familiar, a mais frequente foi a composta e o terceiro

participante provem de família estendida. Os dados deste estudo corroboram as informações de Graham-Bermann et al (2012) e Ximenes et al (2009), as quais mencionaram o acúmulo de situações traumáticas como fator facilitador para o desenvolvimento do TEPT. No que tange à configuração familiar, Poletto e Koller (2008) esclarecem que a família pode ser compreendida enquanto fator de risco e/ou proteção, dependendo da qualidade da relação entre os envolvidos, bem como da comunicação entre os membros e do contexto no qual a mesma se encontra.

Ao atentar-se para o Quadro 3 (página 50), observou-se que 30% (n = 3) dos participantes foram acometidos pelo transtorno, 40% (n = 4) demonstraram que faltava de um a três sintomas para o diagnóstico e 30% (n = 3) não positivaram o instrumento. Cabe ressaltar que no que se refere aos participantes para os quais o TEPT não foi diagnosticado, na maioria das vezes, faltava apenas um sintoma para o diagnóstico. Tal observação aponta para o comprometimento psicológico mesmo na ausência de um diagnóstico. Por meio da Tabela 2 (página 54) é possível constatar que 40% dos participantes para o presente e 50% para o passado apresentaram *Relembrações recorrentes, intrusivas e aflitivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções*, sintoma referente ao critério B (Revivência). Em relação ao critério C (Evitação persistente) 40% dos participantes para o presente e 50% para o passado demonstraram o sintoma *Evita pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma*. Ainda nesse critério, 50% dos participantes no passado apresentaram *Diminuído interesse ou participação em atividades importantes*. Por fim, no critério D (Excitabilidade acentuada) 40% dos participantes para o passado e 70% para o presente apresentaram o sintoma *Hipervigilância*. Além disso, no momento atual, 40% dos participantes trouxeram o sintoma *Dificuldade de concentração*.

Os dados elucidados estão em dissonância quando comparados às frequências e aos sintomas encontradas por Habigzang, Borges, Dell'Aglio e Koller (2010), os quais investigaram meninas vítimas de abuso sexual entre sete a 13 anos de idade expostas a violência desde um único episódio até dois anos. Das 15 meninas vítimas de violência, 11 delas apresentaram diagnóstico de TEPT, ou seja, 73,3% da amostra estudada. Ressalta-se o critério D (Excitabilidade acentuada) o qual apresentou maior número de sintomas quando comparado aos demais (critério B e C). Cabe destacar a diferença quanto aos eventos traumáticos aos quais as populações dos dois estudos foram expostas: no

presente estudo, a violência familiar e outros tipos de eventos e, no estudo acima citado, a violência sexual.

Borges e Dell'Aglio (2008), encontraram 16 vítimas de abuso sexual entre sete e 13 anos. Com relação à prevalência do diagnóstico, 10 meninas, portanto 62,5% delas, responderam aos critérios necessários para o diagnóstico de TEPT. Já as outras seis apresentavam sintomas, porém insuficientes para o diagnóstico. Sobressaiu, dentre os critérios, a excitabilidade fisiológica acentuada, sobretudo com os sintomas de dificuldade de concentração, hipervigilância, irritabilidade e insônia.

Na Tabela 2 (página 54) encontram-se indicados os principais eventos traumáticos referidos pelos participantes: *abuso físico e ser testemunha de violência doméstica* para 70% dos participantes, *receber notícias traumáticas* para 60% e *ser testemunha de desastres*, 50%. Ressalta-se que o mesmo participante apresentou mais do que um evento traumático. Serafim e Mello (2010) fazem parte do Programa de Atendimento e Pesquisa das Vítimas da Violência (Prove), localizado em São Paulo; 27 crianças e adolescentes vítimas de violência buscaram o serviço, apontando os seguintes motivos: assassinato de familiar (22,2%), abuso sexual (18,5%), assalto (14,81%), violência doméstica (14,81%), entre outros.

Conclui-se que o presente estudo possui peculiaridades e torna difícil a comparação da prevalência de TEPT com as pesquisas supracitadas. Isto se deve ao fato de grande parte das pesquisas utilizarem, como amostra, crianças vítimas de violência sexual, o que pode ser mais impactante do que sofrer violência física ou testemunhar uma briga entre os familiares, receber uma notícia traumática ou ainda, testemunhar desastres naturais. Infere-se que, além do evento traumático desencadeador, deve-se levar em consideração o tempo que a criança foi exposta à situação e como os familiares lidaram com a mesma. Na amostra da presente pesquisa, o evento traumático para a metade dos participantes estava relacionado com desastres naturais decorrentes das chuvas frequentes na região. Supõe-se, a partir desses apontamentos, que os eventos traumáticos estão contextualizados com particularidades específicas a cada região.

6.3 Análise e discussão das categorias, subcategorias e elementos de análise

Ao dar voz aos envolvidos, muitas histórias foram relatadas com sofrimento, culpa, mágoa e também alívio, devido a situação ter se encerrado. Neste tópico será dado prosseguimento à discussão das

categorias, subcategorias e elementos de análise. Para tal, serão descritos os elementos de análise e trazidos excertos das falas para contextualizar os dados.

CATEGORIA 1 – O TRAUMÁTICO NA PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Nessa categoria buscou-se compreender o traumático com base no relato dos responsáveis sobre eventos vivenciados pelas crianças. Para tal, duas subcategorias foram analisadas: *perdas sofridas pelas crianças* e *violências contra as crianças por parte dos familiares*.

Com a subcategoria **1.1 – Perdas sofridas pelas crianças** – identificou-se com base na percepção dos responsáveis as perdas vivenciadas pelas crianças. O *1.1.1 abandono* foi citado por quatro responsáveis como um evento traumático:

“Eu peguei pra não criar mais problema até porque assim as crianças andavam chorando. Aí o (MO9) no dia que eu fui devolver pra mãe dele uma vez que não tava nada resolvido de guarda ainda [...] O (MO9) agarrou no bagageiro e dizia: Eu quero ir junto, me leva junto, me leva! Como que eu ia tocar a moto com aquele guri agarrado ali? Tá bom, então pula e vamo! Peguei e trouxe e pronto ponto final” (R9)⁴.

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

Com base nas narrativas constatou-se que o evento traumático, na percepção dos responsáveis, estava relacionado ao abandono. Sendo assim, no histórico de vida das crianças supracitadas, observou-se negligência ao longo da infância que culminou no abandono por parte dos responsáveis. Conclui-se que a situação de abandono enfrentada pelas crianças está ligada ao traumático, uma vez que há a presença do elemento surpresa e desespero, evidenciado por MO9 e MO3 (Meshulam-Werebe et al, 2003).

⁴ Todos os trechos de fala dos participantes foram transcritos literalmente.

Com relação às perdas sofridas pelas crianças, quatro participantes citaram o elemento de análise *1.1.2 rejeição por parte dos familiares*, o relato a seguir retrata a situação:

“Meu pai briga com minha avó quando eu vou lá, porque eu tô lá. Várias e várias e várias vezes ele me chamava para conversar: Por que o papai não gosta de mim? Eu fiz alguma coisa para o papai? Por que o papai não quer me ver? Por que ele não vem me visitar? Por que ele não vem me buscar? Por que que quando eu vou lá ver a vovó ele não quer falar comigo? Foi assim, bem complicado...” (R6).

“Depois daí o pai não quis mais contato com a gente, sumiu... aí foi uma fase ainda pior, porque antes tinham as brigas e tinham os momentos bons, a partir daquele momento não tinha nada com o pai. E por fim, a separação do pai, que o pai ficou um tempo sem ver ele de novo...” (R6).

Com base no fragmento das falas do responsável, Tinoco e Franco (2011) mencionaram que sucessivas perdas, como foi aludido por R6, tendem a desestabilizar o desenvolvimento emocional da criança. Além disso, um agravante consiste no fato da criança não ter alguém que assuma seu cuidado e que acolha suas dúvidas e emoções. Apesar das circunstâncias, MO6 possuía uma rede de apoio cuja ajuda pode ter assumido uma função protetora. Assim, o impacto do evento traumático parece não ter comprometido o desenvolvimento como um todo da criança, visto seu adequado desempenho escolar.

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

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

“É a morte do meu irmão, eu tava trabalhando e a gente não falou nada pra ele no momento” (R8).

De acordo com Franco e Mazorra (2007), a morte de uma pessoa significativa desencadeia um sentimento de ameaça emocional e física, o qual tende a mobilizar os membros da família, como mencionado na fala de R7. A família que vivencia o impacto de uma perda, geralmente apresenta dificuldades em abordar tal temática com as crianças. Sendo assim, a fase do desenvolvimento na qual se encontra a criança, o tipo de morte, como era o relacionamento da família antes e após o falecimento, a maneira como a família reagiu após a morte, ou seja, se a criança foi esclarecida sobre o falecimento e de que forma isso foi feito, tornam-se dificultadores ou facilitadores na elaboração do luto.

Com relação ao evento traumático, neste caso a morte de um parente, Freud (1917a) sinaliza que para as crianças a morte não traz os mesmos sentimentos e valores que desperta no adulto. De certo modo, infere-se que o impacto da morte sobre as crianças estava mais ligado à maneira como os familiares reagiram perante a morte do que à experiência direta com a mesma. Assim, não é a morte de um ente querido que caracteriza o evento traumático. O traumático aqui observado parece estar relacionado com os impactos psicológicos decorrentes do sofrimento apresentado pelos membros da família e pelas mudanças na dinâmica familiar.

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

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

“[...]Disse que era para resolver algo da pensão e eu era muito tansa na época. Eu fui até o fórum, cheguei lá tinha juiz e promotora e eles fizeram uma audiência e disseram que como a (MA2) já estava matriculada no colégio falaram que a guarda era dela (da avó). Que eu não podia mais ver a (MA2) e que eu seria muito irresponsável se eu tirasse ela de lá” (R2).

Neste caso, a criança residia com a mãe, mas por imposição judicial devido à disputa de guarda entre os genitores, a criança passou a residir na cidade em que nasceu. Portanto, foi trocada de colégio e teve que se adaptar aos novos familiares. O evento traumático neste excerto encontra-se no momento da separação de mãe e filha e o fato da criança ter sido completamente afastada do convívio com a mãe. Mesmo após o retorno ao convívio com a mãe, a criança demonstrava medo e horror ao entrar em contato com a possibilidade de ser afastada novamente da mesma. Mostra-se presente nesse exemplo um dos critérios do TEPT, que é o fato de viver constantemente com a sensação de que a situação traumática está por acontecer novamente.

Por meio da subcategoria **1.2 – Violência contra as crianças por parte dos familiares** – descreveu-se os tipos de violência familiar aos quais as crianças foram expostas, entre elas: violência psicológica, negligência, violência física e violência sexual.

Tendo em vista as violências contra as crianças, sete participantes fizeram alusão ao elemento de análise *1.2.1 violência psicológica*:

“Eu vou na cozinha pegar uma faca e acabo com vocês dois, seus merdas, seus bichos! (mãe biológica do MO9). Daí depois ela descascou: Vai embora seu merda, carca daqui com essa vagabunda e não sei o que. Seu merda que que tens que fazer aqui? Seu lixo, seu porco, seu nojento!”(R9)

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

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a violência psicológica explica-se pelos atos de humilhação, desvalorização e ridicularização, como observado no fragmento de R9 em que a mãe da criança xinga e desvaloriza a responsável e MO9.

Com o trecho de R4 observa-se que a criança foi exposta à violência devido ao padrasto ter agredido a esposa. Neste caso, a criança foi exposta diretamente e indiretamente à violência. Por vítima indireta, Durant, Schraiber, França-Júnior e Barros (2010) esclarecem que a mãe, por sofrer com tal situação, tende a impactar a sua saúde mental e física, repercutindo no cuidado com os filhos. Além disso, verifica-se que a criança MO4 passou a conversar com várias pessoas sobre o ocorrido,

ou seja, supõe-se que a criança estava buscando maneiras de elaborar a situação vivida, podendo inclusive apresentar um dos critérios diagnósticos de TEPT, denominado Revivência.

Observou-se, na presente pesquisa, que a violência psicológica foi o tipo de violência familiar mais presente nos relatos dos responsáveis e das crianças, mesmo sendo essa reconhecida como um dos tipos de violência mais subnotificados (Abranches, Assis & Pires, 2013; Ministério da Saúde, 2002).

Três participantes relataram sobre o elemento de análise 1.2.2. *negligência*:

“[...] Então, até um ano foi assim e depois esse menino andou de rolo, morava um pouco na casa de um pouco na casa de outro, até que a mãe resolveu assumir pra família e cuidar, cuidar do jeito dela” (R9).

“Ela levava a minha filha pra sair com ela à noite. [...] pegou pneumonia porque a avó dela botava ela de sandalhinha e vestidinho pra desfilar no calçadão [...]” (R2).

Nas narrativas de R9 e R2 a negligência foi caracterizada pelas denominações “andar de rolo” e ser exposta a situações que não respeitaram a idade e desenvolvimento da criança. Para Krug et al (2002), a negligência é compreendida enquanto omissão de cuidado e negação de condições básicas para o desenvolvimento da criança, como citado por R9 e R2.

A fim de identificar os motivos de negligência, Martins e Jorge (2009b) investigaram 308 notificações de conselhos tutelares. Dentre as principais agressoras, 69,5% (n = 214) eram as mães e 22,2% (n = 68), as madrastas. Os motivos utilizados para explicar a negligência foram: em 32,8% (n = 101) dos casos, a vítima não era filho biológico, em 20,8% (n = 64), a mãe da criança era muito jovem e em 18,8% (n = 58) havia presença de abuso de álcool. Os dados da presente pesquisa vão ao encontro de Martins e Mello (2009b), quando se constata que as práticas de negligência estavam relacionadas às figuras femininas próximas e que, em muitos casos, tais figuras faziam uso de substâncias psicoativas.

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

“Quando ele era pequeno e ainda fazia xixi nas calças o pai dele se irritou e encheu a cueca dele de minhoca e ainda por cima, fez

ele vestir a cuequinha. MO5 chorou muito, muito e ficou um tempão com medo de colocar a cueca [...] Uma vez, MO5 fez bagunça de criança, e o pai bateu nele de cinta com tanta força que ele ficou cheio de marcas das cintadas”(R5).

“[...] Aí eu fui porque eu acabei perdendo as estribeiras e acabei batendo no (MO9) eu bati tanto, peguei o chinelo e dei tanto tanto tanto nele que eu não sei...” (R9).

Com os trechos de R5 e R9, ressalta-se que a violência física ficou caracterizada pelo uso da força física, a qual envolveu cintadas e chineladas. Frota et al (2011), Gomes e Freire (2005) e Sagim (2008) evidenciaram que a violência física é utilizada como forma de repreender a criança e tende a ser utilizada quando os pais não conseguem ter manejo sobre o comportamento da criança e/ou por terem crescido em meio a violência física. Portanto, as narrativas dos participantes vão ao encontro dos estudos de Martins e Jorge (2009a) e Waiselfisz (2012), os quais apontaram que o tipo predominante de violência familiar é a violência física.

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

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

Para Minayo (2001), a violência sexual ocorre entre uma criança e um adolescente ou adulto, sendo o objetivo do agressor a gratificação sexual. Krug et al (2002) afirmam que o adulto geralmente estabelece relação de cuidado e confiança com a vítima. No que se refere à violência sexual, o observado na presente pesquisa corrobora as observações de Habigzang et al (2011) e Machado et al (2005), as quais apontaram que a violência sexual ocorre na maioria das vezes no âmbito familiar, sobretudo na casa da vítima, e que as meninas entre cinco e 10 anos são as mais atingidas. No caso de R2, além da violência sexual, a criança estava exposta à negligência e à violência psicológica. Como apontado pela literatura supracitada, a presença de vários tipos de violência de forma concomitante tende a ser frequente, o que pode aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento do TEPT.

Deduz-se que a presença de um único caso de violência sexual é coerente com os encaminhamentos previstos. A coleta de dados deu-se em um Serviço de Saúde Mental e, de acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2011), especificamente a Secretaria Nacional de Assistência Social os casos de violência sexual devem ser notificados e encaminhados ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

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

CATEGORIA 2 – SINTOMAS DECORRENTES DO EVENTO TRAUMÁTICO NA PERCEPÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Com a categoria 2 investigou-se junto aos responsáveis os sintomas decorrentes da exposição aos eventos traumáticos. Sendo assim, os participantes citaram *sintomas psíquicos presentes nas crianças, sintomas comportamentais presentes nas crianças e sintomas cognitivos presentes nas crianças*.

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

“Antes ela chorava um chorar assim de, como eu vou dizer pra ti, uma criança sentimental, que não podia dizer nada pra ela que ela chora. E agora, é um chorar de tristeza, eu noto nela que ela, a gente vê nela que é um choro de tristeza, alguma coisa que ela

sente, que machuca ela, alguma coisa assim sabe, é diferente, é diferente [...]”(R1).

“[...] ele não conseguia mais ele tava numa tristeza. Desde pequenininho ele me pergunta: Mãe cadê o meu pai? Mamãe quem é o meu pai? E eu sempre falando: Ah, teu pai trabalha em um navio, não pode vim pra casa, mora muito longe [...]” (R8).

Os excertos trazidos por R1 e R8 elucidam a tristeza sentida pelas crianças desta pesquisa. Nota-se que R1 afirma que o choro atual é de tristeza, sendo portanto diferente do choro de situações anteriores. No caso de R8, a criança começou a manifestar a tristeza como forma de descontentamento frente às respostas da mãe a respeito do pai. A presente pesquisa vai ao encontro do estudo de Gava, Silva e Dell’Aglia (2013), o qual, após pesquisar os laudos periciais de crianças vítimas de violência, deparou-se com os sintomas depressivos, incluindo tristeza, humor deprimido e choro. Com relação ao sexo e ao tipo de sintomatologia frequente, encontram-se meninas com sintomas predominantemente depressivos e meninos com comportamentos agressivos e agitados (Marsh & Graham, 2007b; Pesce et al, 2008).

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

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

“Hoje em dia quando ele vai atravessar a rua, ele sempre pede para alguém atravessar ele. Ele tem medo de morrer” (R5).

Em ambos os trechos pode-se perceber a presença de sintomas do TEPT, como por exemplo, o sintoma de lembranças recorrentes, intrusiva e aflitivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções, devido ao intenso medo de morrer relatado por R7 e R5. Na fala de R7, verifica-se igualmente o quanto a repercussão do impacto do evento traumático na mãe pode dificultar a elaboração desse por parte da criança. Tal fato coaduna-se com os achados de Dyb, Jensen e Nygaard (2011), os quais investigaram crianças e pais que tinham vivenciado uma catástrofe natural; de acordo com os pesquisadores, pais que não desenvolveram TEPT ou apresentaram apenas alguns sintomas

relacionados ao transtorno e souberam manejá-los, conseguiram proteger suas crianças não as expondo aos altos níveis de estresse. Assim como o observado em R7 e R5, pais que foram expostos a situações traumáticas e apresentaram o quadro clínico do TEPT, conseqüentemente tornaram seus filhos mais susceptíveis ao aparecimento de sintomas similares.

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

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

“E ela ficou mais agressiva, quando ela acha que algo vai contra ela, não é contra ela, quando alguém despreza ela, ela se altera, ela acha tipo assim, o meu neto bateu nela (nome da criança alvo). Daí eu pergunto: Por que tu bateu na (nome da criança alvo)? Aí ele diz: Nem sei. Daí ela fica alterada: - Toda vida ninguém acredita em mim. Filha, tens que ver que não adianta ficar alterada” (R1).

Corroborando as narrativas supramencionadas, López-Soler, Fernández, Prieto, Alcántara, Castro e López-Pina (2012) observaram que crianças expostas à violência demonstram-se agressivas, apresentam irritabilidade e comportamentos hostis, além de dificuldades e estratégias inadequadas de controle da agressividade.

Com os trechos dos participantes, depreende-se que a irritabilidade foi utilizada como um sintoma para comunicar situações de extrema insatisfação. No caso de MO10, após tomar conhecimento da mãe biológica, a criança passou a expressar agitação e frustração com mais intensidade, como uma forma de isolar os familiares, buscando autoafirmação na situação vivenciada. Em algumas situações, como de MA1, a irritabilidade aparece na forma de um comportamento repetitivo e intrusivo, interferindo constantemente nas conversas e atividades dos outros membros da família, o que gerou situações de tensão e conflito.

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

“[...] sente essas dores, esses sintomas, dor no peito, falta de ar, dor de barriga (R7)”.

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

Como ilustrado por R7 e R1, em decorrência dos eventos traumáticos, as crianças apresentaram sintomas somáticos, tais como dor no peito, falta de ar e dor na barriga. Por sua vez, os eventos traumáticos desencadeiam angústia elevada naquele que os experiencia, provocando um desconforto que muitas vezes pode se manifestar no corpo por meio dos sintomas somáticos (Marcelli, 2007).

Os relatos supramencionados vão ao encontro da investigação de Kugler et al (2012), a qual observou a presença dos sintomas somáticos em crianças vítimas de violência familiar. No entanto, Kugler et al (2012) apontaram que as meninas possuíam sintomas somáticos distintos dos meninos, o que não foi observado no presente estudo; R7 e R1 demonstraram os mesmos sintomas e os mais predominantes foram as dores no peito, a falta de ar e a dor na barriga.

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

Os responsáveis citaram em dois momentos o elemento de análise 2.2.1 falta de limites:

“Então às vezes assim ele quer bater de frente comigo ele quer tá ali no mesmo nível, tudo ele quer saber, tudo...se eu tô falando com alguém no telefone ele quer saber quem é e com quem eu tô falando” (R4).

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

Com os trechos das narrativas de R4 e R6 tem-se a subcategoria denominada de *falta de limites*, a qual também pode ser compreendida enquanto certa intolerância à frustração. De acordo com Marcelli (2007), a intolerância à frustração é muitas vezes caracterizada pela dificuldade da criança em discernir os limites entre o mundo externo e o mundo interno. Assim como a irritabilidade, a falta de limites parece comunicar uma vulnerabilidade em relação ao mundo externo, mundo que aparece como um elemento que frustra e que ameaça.

Dois participantes citaram o elemento de análise 2.2.2 *comportamentos regredidos*:

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

“Não por eu, mas por ele, entende? Daí ele vem pra casa e o que quer acontece ele caga toda hora, mijá toda hora e eu sei que é consequência disso, eu acredito que seja. É obrigada a desaguar por algum lugar (risos)” (R9).

Os comportamentos regredidos são compreendidos enquanto comportamentos não condizentes com o desenvolvimento e faixa etária da criança e que já haviam sido adquiridos e integrados pela mesma em etapas anteriores de seu desenvolvimento, tal como exposto com R2 e R9. Tais dados corroboram a investigação de Graham-Bermann et al (2012) em que crianças expostas à violência familiar tendem a apresentar comportamentos regredidos, o que por sua vez interfere negativamente no desenvolvimento da criança.

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

“Aqui, ele agredindo as pessoas, parece doido” (R3).

“O (MO3) veio para o CAPSi pois estava agressivo com duas crianças na escola, ele bateu em duas crianças. Ele disse que bateu por nada, ele disse que teve vontade e deu. Complicado!” (R3).

Destaca-se nas narrativas acima a dificuldade de MO3 em lidar com o conflito escolar, o qual intermediou por meio da agressão física. Supõe-se que a violência vivenciada por MO3 em casa tenha sido

reproduzida no ambiente escolar. Estes dados coadunam-se com as informações de Silva (2013), a qual, após verificar os informes psicológicos de 50 crianças, também observou a presença de comportamentos agressivos. No caso dos atos agressivos aqui apresentados, eles parecem denotar um limite de comunicação da frustração ressentida. A criança, na impossibilidade de elaborar tais frustrações por meio da fala, acaba expressando-as por meio de gestos agressivos (Martins-Borges, Mayorca & Livramento, 2011).

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

“Ele não consegue aprender na escola pra ele fica difícil tudo fica muito mais difícil, tudo é difícil, sempre foi difícil pra ele” (R9).

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

Com base em R9 e R4, verificam-se dificuldades relacionadas ao processo ensino- aprendizagem nas referidas crianças. Estes dados vão ao encontro da pesquisa de Preto e Moreira (2012), os quais investigaram filhos de vítimas de violência familiar e filhos de não vítimas. Ao comparar as médias escolares entre os filhos de vítimas e de não vítimas, os primeiros apresentaram uma média escolar inferior. Além disso, quando as mães das crianças foram expostas à violência física e psicológica, os filhos das vítimas demonstraram dificuldades no processo de ensino aprendizagem. Deste modo, os relatos de R9 e R4 referentes aos sintomas cognitivos chamam a atenção para as repercussões da violência familiar no contexto escolar.

De modo geral, observou-se que, depois dos eventos traumáticos, as crianças apresentaram sintomas variados, os quais afetaram o desenvolvimento como um todo. Tais sintomas não ficaram restritos às manifestações psicológicas, mas deixaram também marcas no comportamento e no processo de aprendizagem.

CATEGORIA 3 – REDES DE APOIO BUSCADAS APÓS O EVENTO TRAUMÁTICO

Com a categoria 3 os participantes foram convidados a identificar as redes de apoio buscadas após a vivência do evento traumático.

Na subcategoria **3.1 – Pessoas de referência** – observou-se nas narrativas dos participantes os familiares e amigos enquanto pessoas de referência. Desta maneira, cinco participantes referiram-se ao elemento de análise *3.1.1 familiares*:

“Eu fiquei um bom tempo com isso sozinha tentando...fiquei 10 anos assim. [...] Aí ela disse (referindo-se à cunhada): Meu Deus tu acabou de colocar o mundo inteiro nas minhas costas. Eu disse: Tu acabou de tirar o mundo da minha (risos). [...] Aí ela começou a me ajudar, ele tirava um boião de dentro de casa e ela botava, sabe? Eu acordava de manhã e não tinha um gás para esquentar um leite pras crianças” (R3).

“A minha família, a minha mãe, geralmente a minha mãe. Com a minha mãe eu me sinto mais a vontade” [...] (R7).

Verificou-se que R3 sofreu violência do cônjuge durante 10 anos consecutivos e nunca havia relatado sua história. Após insistência da cunhada, R3 dialogou sobre sua situação e a de seus filhos. A cunhada, além de ouvi-la, passou a se responsabilizar pela família ao suprir as necessidades diárias. Já R7, sempre sentiu-se a vontade com sua mãe e, por este motivo, elegeu-a como rede de apoio após o evento traumático.

Sabendo da importância dos familiares enquanto rede de apoio em situações difíceis, que podem se tornar traumáticas, este estudo corrobora os achados de Durand et al (2010) e Ximenes et al (2009).

Ressalta-se que quatro participantes mencionaram o elemento de análise *3.1.2 amigos* para dialogar sobre as situações traumáticas vivenciadas pelas crianças:

“Na época sim eu tinha bastante amizade com o pessoal da empresa que eu trabalhava, meu Deus elas me ajudavam assim elas não me deixavam pra baixo, sempre conversando comigo” (R8).

“A amiga que eu conversei foi que me indicou a levar ele pro psicólogo, pro CAPSi” (R7)”.

Com base nos excertos de R8 e R7, os responsáveis pelas crianças buscaram os amigos após o evento traumático para conversar

sobre a situação vivenciada. A partir dos fragmentos das entrevistas, observa-se que os amigos de R8 e R7 foram fundamentais ao ouvirem as preocupações dos responsáveis. Além da escuta, os amigos foram nomeados como pessoas que ajudaram na busca de soluções, como exposto por R7. Todavia, estes dados se contrapõem com a literatura consultada, uma vez que Durand et al (2010) e Ximenes et al (2009) observaram que apenas os familiares constituíram rede de apoio, revelando a escassez dos amigos e/ou vizinhos em situações difíceis da vida. Talvez essa diferença possa ser melhor investigada tendo como base diferentes tipos de composição familiar. Na presente amostra a maioria das famílias era composta ou estendida, o que supõe múltiplas relações.

Outro componente da rede de apoio elencada pelos participantes foi a subcategoria **3.2 – Instituições de referência** – composta respectivamente por *outras instituições* e *instituições de saúde*.

Cinco participantes elencaram o elemento de análise 3.2.1 *outras instituições*:

“Olha esse ano eu fui buscar recurso lá no Conselho Tutelar, eu tava bem doida porque eu acho que tava de férias, não, tava mas não tava dando atendimento ainda (referindo-se a janeiro no CAPSi)” (R9).

“Eu fui na (nome da ONG) porque lá é pra criança autista e a psiquiatra daqui encaminhou ele pra lá. Fiz um cadastro mas nunca me chamaram eu fui lá de novo e eu tenho que esperar, tenho que ficar na fila de espera. Que que eu vou fazer? Eu sei que tem criança pior do que o (MO9) tem criança lá que é quase um deficiente [...]” (R9).

Verifica-se com os trechos de R9 que o Conselho Tutelar e uma ONG foram procurados na busca de auxílio para MO9, o qual sofreu violência desde a tenra infância. Não apenas o setor de saúde deve envolver-se com a problemática da violência, visto que esta perpassa diferentes setores, inclusive como citado nas falas supramencionadas. Deste modo, Nunes, Sarti e Ohara (2009) alertam para a integração dos setores e enfatizam o trabalho interdisciplinar como imprescindível para compreensão da problemática e intervenção no sentido da prevenção da violência.

Dois participantes citaram 3.2.2 *instituições de saúde*:

“Eu conversei muito aqui no CAPSi com a psicóloga (citou o nome do profissional) ela tava por dentro de todo o problema [...] Já conversei muito com a doutora (a psiquiatra), a gente conversa sempre, sempre, sempre debate muito sobre esse assunto [...] sabe que eu não vou desistir dele, não vou da ele para ninguém, ele é meu” (R10).

“Eu fui levá-la na policlínica por causa daqueles sintomas dela e sempre que levava, a cada consulta que eu levava eu comentava com a médica sobre os problemas que ela tava sentido dor e tal” (R1).

Constata-se com as narrativas de R10 e R1 que os responsáveis elegeram as instituições de saúde como rede de apoio, devido ao espaço que tiveram para dialogar e serem escutadas. Enfatiza-se igualmente que R10, por já frequentar a instituição de saúde procurada, possuía vínculo com a psicóloga e psiquiatra, o que facilitou o diálogo. Costa e Bigras (2007), Habigzang, et al(2011) e Nunes et al (2009) destacaram o papel que as redes de apoio exercem na busca de soluções às situações de violência e enfatizaram a necessidade de coesão entre os diversos setores que atuam com essa problemática. Pincolini e Hutz (2012) ressaltaram a importância de que todos os familiares envolvidos diretamente com a situação de violência sejam atendidos ou tenham algum espaço para elaborar a situação vivida. Conclui-se que os participantes deste estudo buscaram principalmente os familiares e instituições de saúde como redes de apoio, como forma de enfrentamento da situação vivida pelas crianças.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista, que esta pesquisa pretendeu investigar o TEPT em crianças de seis a 12 anos expostas à violência familiar e que encontravam-se em atendimento em um serviço de saúde mental infantil do sul do Brasil. Com o objetivo de melhor conhecer a realidade do serviço no qual as crianças estavam sendo atendidas, foi realizada uma pesquisa documental, o que permitiu perceber uma certa padronização dos procedimentos e dos registros dos prontuários. A forma padronizada das informações muito colaborou para a coleta de dados.

Este estudo foi composto por 10 crianças, sendo que a média de idade das mesmas foi de 8,7 anos e a queixa mais frequente que levou ao encaminhamento ao serviço foi a agressividade. No momento da pesquisa, as crianças viviam em sua maioria em famílias compostas e a violência que sobressaiu em seus relatos e no relato de seus responsáveis foi a psicológica. Três crianças apresentaram diagnóstico de TEPT e quatro demonstraram vários sintomas, porém não foram encontrados todos os critérios para o diagnóstico do TEPT. No que se refere aos eventos traumáticos, os mais frequentes foram: abuso físico, testemunhar violência doméstica, receber notícias traumáticas e testemunhar desastres.

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

Ao fazer uso da entrevista semiestruturada, o que foi imprescindível para dar voz aos participantes, constatou-se o traumático na percepção dos responsáveis enquanto perdas e violências às quais as crianças foram expostas. As perdas relatadas foram abandonos, rejeição, morte de pessoas queridas e separação. Já os tipos de violência consistiram em violência psicológica, negligência, violência física e violência sexual.

Após a exposição a esses eventos traumáticos, as crianças apresentaram sintomas psíquicos, comportamentais e cognitivos. Tristeza, ansiedade, irritabilidade e sintomas somáticos foram os

sintomas psíquicos nomeados e expressos pelas crianças ou relatados pelos seus responsáveis. Para caracterizar os sintomas comportamentais, os participantes referiram-se à falta de limites, aos comportamentos regredidos e à agressividade. O único sintoma cognitivo elencado pelos participantes foi o baixo rendimento escolar. Frente à situação, os responsáveis buscaram apoio em pessoas de referência, tais como familiares e amigos, e em instituições de referência, como instituições de saúde e outros espaços.

Embora somente 30% dos participantes tenham respondido a todos os critérios diagnósticos do TEPT, esse número foi suficiente para indicar a gravidade das situações às quais essas crianças foram expostas e é reforçado pelo número, também importante, de crianças que apresentaram vários outros sintomas e sinais de sofrimento sem que o TEPT tenha sido evidenciado. Assim, verificou-se que, para muito além do diagnóstico, as situações de violência e as perdas às quais as crianças foram expostas também deixaram marcas. O sofrimento foi manifestado por todas essas crianças de diferentes maneiras, seja por meio do corpo, seja expresso nas relações que se mostraram conflitivas e mesmo agressivas, atingindo a cognição e o processo de aprendizagem. Desta maneira, as redes de apoio buscadas pelos familiares foram imprescindíveis para dar suporte nos momentos de fragilidade.

Realizar o presente estudo envolveu dificuldades e desafios. Uma das principais dificuldades foi respeitar todos os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, isto porque, apesar de existirem crianças no Serviço de Saúde Mental expostas à violência familiar, apenas 14 estavam em atendimento. Além disso, a entrevista clínica K-SADS-PL era longa e a pesquisadora, ainda que tenha se adequado aos horários dos participantes, levou de um até quatro encontros com os mesmos para finalizar a coleta de dados. Outro fator que dificultou a construção da dissertação foi a análise da entrevista clínica que não estava disponível online. Deste modo, a pesquisadora contactou a Psiquiatra Heloísa Brasil a qual esclareceu como realizar a mesma.

No que tange aos fatores que possibilitaram a realização desta pesquisa, o vínculo desenvolvido com a equipe do CAPSi foi fundamental. A equipe esclareceu a dinâmica dos atendimentos, sugeriu participantes, auxiliou na entrega das cartas convite e apresentou a pesquisadora aos participantes do estudo. De modo geral, a coleta de dados foi um momento singular no qual a pesquisadora pôde conhecer em lócus o Serviço, os profissionais, os participantes e adentrar no mundo da saúde mental. O maior desafio enfrentado foi propor aos

participantes que falassem sobre os eventos traumáticos vivenciados pelas crianças, o que poderia trazer novas angústias e reativar antigas.

Ao longo deste trabalho, constatou-se que a violência familiar circunda diferentes setores, sendo premente trabalhar sua prevenção, o que conseqüentemente prevenirá o sofrimento inerente a essas situações. No entanto nem toda situação traumática pode ser evitada, mas o acolhimento e o atendimento de crianças no início do aparecimento dos sinais de sofrimento podem prevenir que eles se tornem crônicos. Nesse sentido, a ampliação de pesquisas no campo, inclusive pesquisas que contemplem os significados atribuídos ao traumático e suas conseqüências por parte dos profissionais, poderia contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno instrumentalizando-os em sua prática profissional. Deste modo, reitera-se a importância do acolhimento e o atendimento de crianças no início do aparecimento dos sinais de sofrimento podem prevenir que eles se tornem crônicos.

8.REFERÊNCIAS

- Abranches, C. D. de, Assis, S. G. de. & Pires, T. de O. (2013). Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. *Ciências e Saúde Coletiva*, 18(10), 299-306.
- Ariès, P. (1981). Os sentimentos da infância. In P. Ariès. *História social da criança e da família*. (2ª. ed., pp. 01-17). Rio de Janeiro: LTC.
- Aspesi, C. de C., Dessen, M. A. & Chagas, J. F. (2005). A ciência do desenvolvimento humano: uma perspectiva interdisciplinar. In M. A. Dessen & A. L. Costa Júnior. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 20-36). Porto Alegre: Artmed.
- Associação de Psiquiatria Americana, [APA], (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Beltran, N. P. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Beltran, N. P. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Birmes, Ph., Escande, M., Moron, P. & Schmitt, L. (2005). L'hystéro-neurasthénie traumatique dans les leçons du mardi du Pr. Charcot: opposition à la névrose traumatique mais anticipation du trouble de stress post-traumatique? *Annales Médico Psychologiques*, 163, 336-343.
- Bordin, A. I. & Brasil, H. H. A. (2010). Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry*, 10, 1-11.
- Borges, G. M. (2012). Fundamentos da neurose traumática. In G. M. Borges. *Neurose traumática: fundamentos e destinos*. Curitiba, Juruá, p.17-35.

- Borges, J. L. & Dell'Aglio, D. D. (2008). Abuso sexual infantil: indicadores de risco e consequências no desenvolvimento de crianças. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42(3), 528-536.
- Borges, J. L. & Dell'Aglio, D. D. (2009). Funções cognitivas e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Athelia*, 29, 88-102.
- Borges, J. L., Zoltowski, A. P. C., Zucatti, A. P. N. & Dell'Aglio, D. D. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e na adolescência: prevalência, diagnóstico e avaliação. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 87-98.
- Brasil, H. H. A. (2003). *Desenvolvimento da Versão Brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) e Estudo de suas Propriedades Psicométricas*. (Tese de Doutorado não publicada). Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP.
- Castro, S. L. S. & Rudge, A. M. (2012). Notas sobre a clínica do trauma. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(1), 81-89.
- Catani, C., Schauer, E., Elbert, T., Missmahl, I., Bette, J-P., & Neuner, F. (2009). War trauma, child labor, and family violence: life adversities and PTSD in a sample of school children in Kabul. *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 163–171.
- Costa, M. C. O. & Bigras, M. (2007). Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1101-1109.
- Cunha, M. P. & Martins-Borges, L. (2013). Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e adolescência e sua relação com a violência familiar. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 33(85).
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para a psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Delfini, P. S. de S., Dombi-Barbosa, C., Fonseca, F. L. , Tavares, C. M. & Reis, A. O. A. (2009). Perfil dos usuários de um centro de

- atenção psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira Desenvolvimento Humano*, 19(2), 226-236.
- Demir, T., Demir, D. E., Alkas, L., Copur, M., Dogangun, B. & Kayaalp. L. (2010). Some clinical characteristics of children who survived the Marmara earthquakes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 125–133.
- Dyb, G., Jensen, T. K & Nygaard, E. (2011) Children's and parents' posttraumatic stress reactions after the 2004 tsunami. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4) 621–634.
- Franco, M. H. P. & Mazonra, L. (2007). Crianças e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 503-511.
- Freud, S. (1905). Três ensaios sobre teoria da sexualidade. In: S. Freud. *Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses*. VII. (pp.123-130). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917a). Luto e melancolia. (Souza, P. C. de Trad.). In: S. Freud. *Introdução ao narcisismo, ensaios e metapsicologia e outros textos*. (pp. 171-194). São Paulo: Companhia das letras.
- Freud, S. (1919). Introdução a psicanálise e as neuroses de guerra. In: S. Freud. *Edição brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. XVII. (pp. 220-231). Rio de Janeiro: Imago.
- Frota, M. A., Martins, H. F. C., Gonçalves, L. M. P., Sousa, O. A. F. & Casimiro, C. F. (2011). Percepção da criança acerca da agressão física intrafamiliar. *Ciência Cuidado e Saúde*, 10(1), 44-50.
- Gava, L. L., Silva, D. G. da & Dell'Aglio, D. D. (2013). Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. *Psico*, 44(2), 235-244.
- Gil, A. C. (2002). Como classificar as pesquisas. In: C. A. Gil. *Como elaborar projetos de pesquisa*. (pp. 41-55). 4 ed São Paulo: Atlas
- Gil, A. C. (2008). Pesquisa social. In C. A. Gil. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6ª. ed., pp. 26-31). São Paulo: Atlas.

- Gomes, N. P. & Freire, N. M. (2005). Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(2),176-179.
- Graham-Bermann, S. A., Castor, L. E., Miller, L. E. & Howell, K. H. (2012). The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 393-400.
- Habigzang, L. F., Borges, J. L., Dell’Aglío, D. D., Koller, S. H. (2010). Caracterização dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Clínica*, 22(2), 27-44.
- Habigzang, L. F., Corte, F. D., Hatzenberger, R., Stroehrer, F. & Koller, S. H. (2008). Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 338-344.
- Habigzang, L. F., Ramos, M. da S. & Koller, S. H. (2011). A revelação de abuso sexual: as medidas adotadas pela rede de apoio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 467-473.
- Halpern, R. & Figueiras, A. C. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 104-110.
- Hoffmann, M. C. C. L., Santos, N. D. & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial infantil-juvenil. *Caderno Saúde Pública*, 24(3), 633-642.
- Holdorff, B. (2011). The fight for ‘traumatic neurosis’, 1889–1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin. *History of Psychiatry*, 22(4), 465-476.
- Jaques, A. A. B. (2012). As neuroses de guerra e traumáticas: respostas do sujeito à barbárie. *Trivium*, 4(1), 10-24.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P. & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and

- Schizophrenia for School-Aged Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Kugler, B. B., Bloom, M., Kaercher, L. B., Truax T. V. & Storch, E. A. (2012). Somatic symptoms in traumatized children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 661-673.
- López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara, M. P. M. V., Castro, M. & López-Pina, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28(3), 780-788.
- Machado, H. B., Lueneberg, C. F., Régis, E. I., Nunes, M. P. P. (2005). Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/ SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. *Texto Contexto Enferm*, 14, 54-63.
- Maldonado, G. & Cardoso, M. R. (2009). O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psicologia Clínica*, 21(1), 45-57.
- Marcelli, D. (2007). Estados ansiosos, sintomas e organização neurótica. (Chittoni, P. R. Trad.). In: D. Marcelli. *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artemed, p. 227-248.
- Maria-Menegel, M. R. S. & Linhares, M. B. M. (2007). Risk factors for infant developmental problems. *Revista Latino Americano de Enfermagem*, 15, 837-842.
- Marsh, E. J. & Graham, S. A. (2007a). Classificação e tratamento da psicopatologia infantil. In Caballo, V. E. & Simón, M. A. *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente* (pp. 30-56). São Paulo: Santos Editora.

- Marsh, E. J. & Graham, S. A. (2007b). Psicopatologia e tratamento do transtorno de estresse pós-traumático. In Caballo, V. E. & Simón, M. A. *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente* (pp 30-51). São Paulo: Santos Editora.
- Martins-Borges, L. Mayorca, D. S. & Livramento, M. S. (2011). Atendimento psicológico em situações de violência conjugal. In: M. C., Zurba. *Psicologia e saúde coletiva*. (pp. 157-168). Florianópolis, Tribo da Ilha.
- Martins, C. B. de G. & Jorge, M. H .P. de. (2009a). Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 12(3), 325-337.
- Martins, C. B. de G. & Jorge, M. H. P. de. (2009b). Negligência e abandono de crianças e adolescentes: análise dos casos notificados em município do Paraná, Brasil. *Pediatria*, 31(3), 186-197.
- Meshulam-Werebe, D., Andrade, M. G. de O. & Delouya, D. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático o enfoque psicanalítico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 37-40.
- Minayo, M. C. de S. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 239-262.
- Minayo, M. C. de S. (2001). Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 1(2), 91-102.
- Ministério da Saúde (2002). *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*.
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Ministério da Saúde. (2009). *Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação*. Brasília: Departamento de Regulação. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2011). *Orientações técnicas: centro de referência especializado de assistência social – CREAS*. Brasília: Secretaria Nacional de assistência social.
- Muhr, T. (2004). *ATLAS/Ti the knowledge workbench*. V 5.0 Quick tour for beginners. 2 nd ed. Berlin: Scientific Software Development.
- Nunes, C. B., Sarti, C. A. & Ohara, C. V. da S. (2009). Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra criança e adolescente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 903-908.
- Organização Mundial da Saúde, [OMS], (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Organização das Nações Unidas, [ONU], 2007. *Principles and recommendations for population and housing censuses*. United Nations, NY.
- Pasquali, L. (2011). Validade dos testes. In L. Pasquali. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. (4ª. ed., pp.158-190). Petrópolis: Rio de Janeiro.
- Pedersen, D. (2007). Reformulando a violência política e efeitos na saúde mental: esboçando uma agenda de pesquisa e ação para a América Latina e região do Caribe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 1189-1198.
- Pereira, M. E. C. (2008). Pierre Janet e os atos psíquicos inconscientes revelados pelo automatismo psíquico das histéricas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*, 11(2), 301-309.
- Pesce, R. P., Assis, S. G. de & Avanci, J. Q. (2008). Agressividade e transgressão na infância. In: R. P., Pesce, S. G. de, Assis, & J. Q., Avanci. *Agressividade e transgressão em crianças: um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância*. (pp. 41-55). Rio de Janeiro: Fio Cruz.

- Pincolini, A. M. F. & Hutz, C. S. (2012). Bem-estar subjetivo em famílias com histórico de abuso sexual intrafamiliar. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(1), 3-22.
- Poletto, M. & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416.
- Preto, M. & Moreira, P. A. S. (2012). Auto-regulação da aprendizagem em crianças e adolescentes filhos de vítimas de violência doméstica contra mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 730-737.
- Richardson, R. J. (2010). Roteiro de um projeto de pesquisa. In R. J. Richardson. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3 ed. (3ª. ed., pp. 55-67). São Paulo: Atlas.
- Rocha, P. C. X. & Moraes, C. L. (2011). Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3285-3296.
- Rudge, A. M. (2009a). Neuroses traumáticas: nova versão do trauma. In A. M. Rudge. *Trauma*. (pp. 37-46). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rudge, A. M. (2009b). Atualidade: PTSD. In A. M. Rudge. *Trauma*. (pp.59-63). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sá, D. G. F., Bordin, I. A. S. & Martin, D. (2010). Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância – adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6(4), 643-652.
- Sagim, M. B. (2008). *Violência doméstica observada e vivenciada por crianças e adolescentes no ambiente familiar*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Sarmiento, M. J. (2004). As culturas da infância nas encruzilhadas da segunda modernidade. In M. J. Sarmiento & A. B. Cerisara. *Crianças e Miúdos: perspectivas sociopedagógicas da infância e educação* (pp.9-34). Portugal: Asa Editores.

- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., Kristensen, C. H. (2011). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*, 16 (1), 67-73.
- Scheeringa, M. S. & Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's way: onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 508-518.
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P. B. S. & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 8-11.
- Schiraldi, G. R. (2009a). Appendix A: The History of PTSD. In G. R. Schiraldi. *The post-traumatic stress disorder*. (pp.374-376). New York: Mc Graw Hill.
- Schiraldi, G. R. (2009b). About PTSD. In G. R. Schiraldi. *The post-traumatic stress disorder*. (pp.3-12). New York: Mc Graw Hill.
- Serafim, A. de P., Saffi, F., Achá, M. F. F. & Barros, D. M. de (2011). Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescente vítimas de abuso sexual. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(4), 143-147.
- Serafim, P. M. & Mello, M. F. de (2010). Transtorno de estresse agudo e pós-traumático. *Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 6, 460-471.
- Silva, V. S. F. (2013). *Proposta de roteiro para investigação de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Silverman, D. (2009). O que é a pesquisa qualitativa? In D., Silverman. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. (3ª. ed., pp. 42-66). Porto Alegre: Artmed.

- Stallard, P., Salter, E. & Velleman, R. (2004). Posttraumatic stress disorder following road traffic accidents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 172-178.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. (2ª. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Thabet, A. A., Tawahina, A. A., El Sarraj, E. & Vostanis, P. (2008). Exposure to war trauma and PTS among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 191-199.
- Tinoco, V. & Franco, M. H. P. (2011). O luto em instituições de abrigo de crianças. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 427-434.
- Van der Kolk, B. A., Brown, P. & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet on post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 365-378.
- Waiselfisz, J. J. (2012). Atendimento por violências no SUS. In J. J. Waiselfisz. *Mapa da violência 2012 crianças e adolescentes do Brasil* (pp. 62-73). FLACSO. Brasil: Rio de Janeiro.
- Ximenes, L. F., Oliveira, R. de V. C. de. & Assis, S. G. de. (2009). Violência e transtorno de estresse pós traumático na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 417-433.
- Young, A. C. de, Kenardy, J. A., Cobham, V. E. & Kimble, R. (2012). Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1), 56-63.

9 APÊNDICES

9.1 Declaração institucional para realização da coleta de dados

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO (responsável pela instituição)

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *O Transtorno de Estresse Pós-Traumático em crianças vítimas de violência familiar*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Itajaí, /...../2012.

ASSINATURA

9.2 Carta convite entregue aos responsáveis pelas crianças



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Centro de Filosofia e Ciências Humanas
 Departamento de Psicologia
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Carta convite

Prezados pai, mãe ou responsável pela criança:

Gostaria de convidá-los (as) a participar de uma pesquisa que acontecerá no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) que tem como título: “Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em crianças de seis a doze anos vítimas de violência familiar”. Essa pesquisa tem como objetivo investigar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático em crianças de seis a doze anos que foram expostas à violência familiar.

Sua participação acontecerá por meio de entrevistas com você e com seu filho(a) ou criança pela qual você é responsável. Vale destacar que apenas os pesquisadores terão acesso as informações relatadas por você e seu filho(a) ou criança pela qual você é responsável. A participação de vocês será voluntária, portanto não será remunerada pela pesquisadora. Lembrando que a participação de vocês é de extrema importância para compreensão do tema. Caso vocês aceitem participar da pesquisa, por favor preencha os dados abaixo e devolva a carta ao profissional do CAPSi que atende seu filho(a) ou criança pela qual você é responsável. A pesquisadora entrará em contato com você para agendar a entrevista que poderá acontecer enquanto você espera seu filho (a) ou criança pela qual você é responsável.

Nome do participante (responsável pela criança):

Endereço: _____

Telefones: _____

9.3 Termo de consentimento livre esclarecido 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1

Eu, *Maiara Pereira Cunha*, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o (a), a participar do processo de coleta de dados de minha Dissertação de Mestrado, sob orientação do Prof. Dra. Lucienne Martins Borges. Esta pesquisa se intitula como: “*Transtorno de Estresse Pós-Traumático em crianças de seis a doze anos vítimas de violência familiar*” e tem como objetivo principal investigar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em crianças de seis a doze anos expostas à violência familiar, atendidas em um serviço de saúde mental do sul do Brasil. A sua participação acontecerá por meio do seu consentimento em permitir que a pesquisadora tenha acesso ao prontuário do seu filho(a) e ou criança que você é responsável. Os seguintes dados serão coletados para o preenchimento do formulário denominado de “Formulário para Coleta de Dados da Pesquisa Documental”: queixa que motivou a busca por atendimento, data de nascimento da criança, data de acolhimento no serviço, idade da criança quando entrou no serviço, com quem residia no momento do acolhimento, escolaridade, sexo, registro de violência familiar e o tipo da mesma, assim como há quanto tempo à criança está em atendimento. Esta pesquisa não apresenta riscos. Dentre os benefícios do presente estudo, se obterá a partir da coleta o perfil dos usuários ativos no serviço. Deste modo, os profissionais da equipe do serviço de saúde podem conhecer a frequência das queixas pelas quais os pais ou cuidadores buscam o serviço, a faixa de idade, o sexo, a composição familiar, se há violência e o tipo delas. Além disso, há quanto tempo à criança está no serviço, possibilitando a instrumentalização da equipe frente aos resultados.

A sua autorização para que a pesquisadora tenha acesso ao prontuário não será remunerada, ou seja, em nenhum momento poderá ser

fornecido qualquer tipo de ajuda financeira e ou ressarcimento da pesquisa. Caso você tenha alguma dúvida com relação ao acesso da pesquisadora ao prontuário, a mesma estará a sua disposição para esclarecê-la. Você é livre para não aceitar que a pesquisadora tenha acesso ao prontuário do seu filho (a) ou criança pela qual você é responsável sem ser penalizado ou ter qualquer prejuízo em relação ao atendimento do seu filho (a) ou criança pela qual você é responsável. O seu nome e do seu filho (a) ou criança pela qual você é responsável ou ainda quaisquer dados que possam identificá-los, não serão utilizados nos documentos pertencentes a este estudo. As informações obtidas serão utilizadas com ética na elaboração do trabalho científico que poderá ser utilizado para publicação em meios acadêmicos e científicos. Portanto, em nenhum momento o seu nome e do seu filho (a) ou criança pela qual você é responsável, ou ainda, qualquer elemento que possa identificá-los serão utilizados, a pesquisadora garante o sigilo e a confidencialidade dos dados coletados. Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição de saúde após a defesa da Dissertação, em data a ser agendada.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizar o acesso da pesquisadora ao prontuário, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação a mais, me coloco a sua disposição no seguinte telefone: (47) 9616 47 03 e no e-mail: maicara_pereira@yahoo.com.br A pesquisadora responsável, professora e Dra. Lucienne Martins Borges também estará a sua disposição no telefone (48) 3721 2799 e no e-mail: lucienne.borges@ufsc.br

Eu.....
, RG: _____, declaro através deste documento o meu consentimento em participar da pesquisa intitulada “*Transtorno de Estresse Pós-Traumático em crianças de seis a doze anos vítimas de violência familiar*”. Declaro ainda, que estou informado dos objetivos da pesquisa, do método, dos meus direitos de não autorizar o acesso da pesquisadora ao prontuário e do meu anonimato e do meu filho(a) ou criança pela qual sou responsável.

Assinatura do participante da pesquisa:

Data: _____

Maiara Pereira Cunha
 Pesquisadora principal
 Mestranda

Lucienne Martins Borges
 Pesquisadora responsável
 Orientadora

9.4 Termo de consentimento livre esclarecido 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Eu, *Maiara Pereira Cunha*, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o (a), a participar do processo de coleta de dados de minha Dissertação de Mestrado, sob orientação do Prof. Dra. Lucienne Martins Borges. Esta pesquisa se intitula como: “*Transtorno de Estresse Pós-Traumático em crianças de seis a doze anos vítimas de violência familiar*” e tem como objetivo principal investigar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em crianças de seis a doze anos expostas à violência familiar, atendidas em um serviço de saúde mental do sul do Brasil. Você é convidado a responder o questionário sociodemográfico, a entrevista clínica (*K-SADS-PL*) e por fim a entrevista semiestruturada. Todos esses instrumentos citados destinam-se a conhecer a realidade da criança a qual você é responsável, sobretudo se a criança já passou por algum momento extremamente difícil na vida, denominado pela comunidade científica de evento traumático. A criança, também deverá participar da pesquisa respondendo apenas a entrevista clínica (*K-SADS-PL*)”. Cabe destacar, que o questionário sociodemográfico, a entrevista clínica (*K-SADS-PL*) e a entrevista semiestruturada serão gravados em áudio para facilitar a análise dos dados, desde que seja consentido pelo participante. Na sequência após o uso das gravações para a pesquisa a pesquisadora destruirá o material.

Esta pesquisa pode apresentar riscos, ou seja, a entrevista clínica abordará eventos traumáticos e caso você ou a criança se sintam desconfortáveis, vocês poderão solicitar atendimento psicológico a pesquisadora, a qual os encaminhará aos serviços da rede de saúde ou à clínica escola da região. Dentre os benefícios de se participar da presente pesquisa, por meio da sua participação será possível identificar o estresse pós-traumático no serviço de saúde mental e a partir disso,

refletir junto com a equipe de saúde sobre o referido tema, assim como pensar estratégias para trabalhar com esta demanda.

A sua participação é absolutamente voluntária, portanto não será remunerada e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento, no entanto em nenhum momento poderá ser fornecido qualquer tipo de ajuda financeira e ou ressarcimento da pesquisa. Você é livre para recusar a dar resposta a qualquer questão durante as entrevistas, parar ou desistir da participação a qualquer momento, sem ser penalizado ou ter algum prejuízo. O seu nome, ou quaisquer dados que possam identificá-los, não serão utilizados nos documentos pertencentes a este estudo. As informações obtidas serão utilizadas com ética na elaboração do trabalho científico que poderá ser utilizado para publicação em meios acadêmicos e científicos. Portanto, em nenhum momento o seu nome será utilizado, a pesquisadora garante o sigilo e a confidencialidade dos dados coletados.

Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição de saúde após a defesa da Dissertação, em data a ser agendada. Com os participantes, serão agendados horários para devolutiva dos resultados.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação a mais, me coloco a sua disposição no seguinte telefone: (47) 9616 47 03 e no e-mail: maiaira.pereira@yahoo.com.br A pesquisadora responsável, professora e Dra. Lucienne Martins Borges também estará a sua disposição no telefone (48) 3721 2799 e no e-mail: lucienne.borges@ufsc.br

Eu.....
, RG: _____, declaro através deste documento o meu consentimento em participar da pesquisa intitulada “*Transtorno de Estresse Pós-Traumático em crianças de seis a doze anos vítimas de violência familiar*”. Declaro ainda, que estou informado dos objetivos da pesquisa, do método, dos meus direitos de desistir da realizá-la a qualquer momento e também do meu anonimato.

Assinatura do participante da pesquisa:

Data: _____

Maiara Pereira Cunha
 Pesquisadora principal
 Mestranda

Lucienne Martins Borges
 Pesquisadora responsável
 Orientadora

9.5 Formulário para coleta de dados da pesquisa documental

Origem do encaminhamento:

Queixa que motivou a busca de atendimento

Hipótese diagnóstica

Data de nascimento da criança: ___/___/___/.

Data que entrou no serviço de saúde: ___/___/___/.

Idade do acolhimento:

Escolaridade: _____. Sexo: () Masculino () Feminino.

Com quem a criança residia quando deu entrada ao serviço de saúde

Sofreu violência familiar? () Sim () Não

Caso a criança tenha sofrido violência familiar, especificar o tipo que consta no prontuário:

A criança está em atendimento no serviço de saúde mental:

() Sim () Não

Se sim, desde quando?_____.

Se não, quanto tempo durou o atendimento?_____.

Desfecho / encaminhamento realizado pelo profissional de saúde

9.6 Entrevista clínica K-SADS-PL realizada com os responsáveis e com as crianças

ENURESE

1. Micções Acidentais Repetidas

Depois que você fez cinco anos, alguma vez você fez xixi na cama, enquanto dormia?

Isso já aconteceu de dia, com você acordado?

Quantos anos você tinha nessa época?

É hoje em dia, você ainda faz xixi na cama? E na calça?

a. À noite

Quando você fazia xixi na cama isso acontecia quantas vezes na semana?

É no mês? Durante quanto tempo isso aconteceu? (em meses)

Hoje em dia, isso acontece quantas vezes na semana?

É no mês? Há quanto tempo isso vem acontecendo? (em meses)

Especifique: _____

P C R

0 0 0 Nenhuma informação

1 1 1 Ausente

2 2 2 Uma a quatro vezes por mês durante três meses ou mais.

Passado

\bar{P} \bar{C} \bar{R}

b. De dia

Quando você fazia xixi na calça isso acontecia quantas vezes na semana?

É no mês? Durante quanto tempo isso aconteceu? (em meses)

Hoje em dia, isso acontece quantas vezes na semana?

É no mês? Há quanto tempo isso vem acontecendo? (em meses)

Especifique: _____

0 0 0 Nenhuma informação

1 1 1 Ausente

2 2 2 Uma a quatro vezes por mês durante três meses ou mais.

Passado

\bar{P} \bar{C} \bar{R}

c. Total

Soma dos episódios de micção acidental diurna e noturna ao longo do mesmo período (frequência estimada).

Especifique (o número de vezes por semana e ao longo de quantos meses):

0 0 0 Nenhuma informação

1 1 1 Ausente

2 2 2 Uma a quatro vezes por mês durante três meses ou mais.

Passado

\bar{P} \bar{C} \bar{R}

__ SE RECEBEU UM ESÇORE DE 2 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE AS QUESTÕES DA PÁGINA SEGUINTE.

__ SE RECEBEU UM ESÇORE DE 2 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE AS QUESTÕES DA PÁGINA SEGUINTE.

__ SE NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE ENURESE, VÁ PARA A SEÇÃO DE ENCOPRESE.

ENCOPRESE**1. Evacuações Acidentais Repetidas**

*Depois que você fez quatro anos alguma vez isso aconteceu com você?
 Já aconteceu durante o dia com você acordado? E à noite, enquanto você dormia?
 Já aconteceu quando você precisou ir ao banheiro e não deu tempo para ir?
 Aconteceu por você estar com muito medo? Ou por algum outro motivo?*

Nota: Pontue positivamente somente se houver liberação de fezes na roupa ou peças íntimas.

	<u>P</u>	<u>C</u>	<u>R</u>	
a. De dia				
<i>Quando você costumava fazer cocô na calça durante o dia, isso acontecia quantas vezes na semana? E durante o mês? E no ano?</i>	0	0	0	Nenhuma informação
<i>Durante quanto tempo isso aconteceu (de dia)? (em meses)</i>	1	1	1	Ausente
<i>Hoje em dia, isso acontece quantas vezes no mês?</i>	2	2	2	Abaixo do limiar: 6-11 no ano.
<i>Há quanto tempo isso vem acontecendo?</i>	3	3	3	Limiar: 1 ou mais vezes mês.
Especifique: _____				
	Passado			
	<u>P̄</u>	<u>C̄</u>	<u>R̄</u>	
	0	0	0	Nenhuma informação
b. À noite				
<i>Quando você costumava fazer cocô na cama, isso acontecia quantas vezes na semana? E durante o mês? E no ano?</i>	1	1	1	Ausente
<i>Durante quanto tempo isso aconteceu? (em meses)</i>	2	2	2	Abaixo do limiar: 6-11 no ano.
<i>Hoje em dia, isso acontece quantas vezes no mês?</i>	3	3	3	Limiar: 1 ou mais vezes mês.
<i>Há quanto tempo isso vem acontecendo?</i>				
Especifique: _____				
	Passado			
	<u>P̄</u>	<u>C̄</u>	<u>R̄</u>	
	0	0	0	Nenhuma informação
c. Total				
Soma dos episódios de evacuação acidental diurna e noturna ao longo do mesmo período (frequência estimada).	1	1	1	Ausente
Especifique (número de vezes por semana e ao longo de quantos meses): _____	2	2	2	Abaixo do limiar: 6-11 no ano.

1. Evacuações Acidentais Repetidas

*Depois que você fez quatro anos alguma vez isso aconteceu com você?
 Já aconteceu durante o dia com você acordado? E à noite, enquanto você dormia?
 Já aconteceu quando você precisou ir ao banheiro e não deu tempo para ir?
 Aconteceu por você estar com muito medo? Ou por algum outro motivo?*

Nota: Pontue positivamente somente se houver liberação de fezes na roupa ou peças íntimas.

	<u>P</u>	<u>C</u>	<u>R</u>	
a. <u>De dia</u>				
	0	0	0	Nenhuma informação
<i>Quando você costumava fazer cocô na calça durante o dia, isso acontecia quantas vezes na semana? E durante o mês? E no ano?</i>	1	1	1	Ausente
<i>Durante quanto tempo isso aconteceu (de dia)? (em meses)</i>	2	2	2	Abaixo do limiar: 6-11 vezes no ano.
<i>Hoje em dia, isso acontece quantas vezes no mês?</i>	3	3	3	Limiar: 1 ou mais vezes por mês.
<i>Ho quanto tempo isso vem acontecendo?</i>				
Especifique: _____				
	Passado			
				<u>P</u> <u>C</u> <u>R</u>
	0	0	0	Nenhuma informação
b. <u>À noite</u>				
	1	1	1	Ausente
<i>Quando você costumava fazer cocô na cama, isso acontecia quantas vezes na semana? E durante o mês? E no ano?</i>	2	2	2	Abaixo do limiar: 6-11 vezes no ano.
<i>Durante quanto tempo isso aconteceu? (em meses)</i>	3	3	3	Limiar: 1 ou mais vezes por mês.
<i>Hoje em dia, isso acontece quantas vezes no mês?</i>				
<i>Ho quanto tempo isso vem acontecendo?</i>				
Especifique: _____				
	Passado			
				<u>P</u> <u>C</u> <u>R</u>
	0	0	0	Nenhuma informação
c. <u>Total</u>				
	1	1	1	Ausente
Soma dos episódios de evacuação acidental diurna e noturna ao longo do mesmo período (frequência estimada).	2	2	2	Abaixo do limiar: 6-11 vezes no ano.
Especifique (número de vezes por semana e ao longo de quantos meses): _____	3	3	3	Limiar: 1 ou mais vezes por mês.
	Passado			
				<u>P</u> <u>C</u> <u>R</u>

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE AS QUESTÕES DA PÁGINA SEGUINTE.

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE AS QUESTÕES DA PÁGINA SEGUINTE.

*Depois que você fez quatro anos alguma vez isso aconteceu com você?
 Já aconteceu durante o dia com você acordado? E à noite, enquanto você dormia?
 Já aconteceu quando você precisou ir ao banheiro e não deu tempo para ir?
 Aconteceu por você estar com muito medo? Ou por algum outro motivo?*

Nota: Pontue positivamente somente se houver liberação de fezes na roupa ou peças íntimas.

	<u>P</u>	<u>C</u>	<u>R</u>	
a. De dia				
<i>Quando você costumava fazer cocô na calça durante o dia, isso acontecia quantas vezes na semana? E durante o mês? E no ano?</i>	0	0	0	Nenhuma informação
<i>Durante quanto tempo isso aconteceu (de dia)? (em meses)</i>	1	1	1	Ausente
<i>Hoje em dia, isso acontece quantas vezes no mês?</i>	2	2	2	Abaixo do limiar: 6-11 vezes no ano.
<i>Há quanto tempo isso vem acontecendo?</i>	3	3	3	Limiar: 1 ou mais vezes por mês.
Especifique: _____				
	Passado			
	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}	
	0	0	0	Nenhuma informação
b. À noite				
<i>Quando você costumava fazer cocô na cama, isso acontecia quantas vezes na semana? E durante o mês? E no ano?</i>	1	1	1	Ausente
<i>Durante quanto tempo isso aconteceu? (em meses)</i>	2	2	2	Abaixo do limiar: 6-11 vezes no ano.
<i>Hoje em dia, isso acontece quantas vezes no mês?</i>	3	3	3	Limiar: 1 ou mais vezes por mês.
<i>Há quanto tempo isso vem acontecendo?</i>				
Especifique: _____				
	Passado			
	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}	
	0	0	0	Nenhuma informação
c. Total				
Soma dos episódios de evacuação acidental diurna e noturna ao longo do mesmo período (frequência estimada).	1	1	1	Ausente
Especifique (número de vezes por semana e ao longo de quantos meses):	2	2	2	Abaixo do limiar: 6-11 vezes no ano.
_____	3	3	3	Limiar: 1 ou mais vezes por mês.
	Passado			
	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}	

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE AS QUESTÕES DA PÁGINA SEGUINTE.

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE AS QUESTÕES DA PÁGINA SEGUINTE.

Situação de Desconforto/ Constrangimento

Em geral, o que você fazia quando o cocô escapava?

Você contava para sua mãe? Para sua professora? O que elas faziam?

As crianças da sua escola sabiam que, de vez em quando, isso acontecia com você?

Como você se sentia quando o cocô escapava?

Você se sentia mal ou nem se importava quando isso acontecia?

Limitação: (casa, escola, socialmente com crianças da mesma idade)

Duração: (anote a frequência e duração dos episódios)

Registre a presença ou ausência de constipação.

Crítérios para Encoprese (DSM-III-R)

1. Liberação repetida de fezes pelo menos uma vez ao mês por seis meses ou mais;
2. Idade cronológica e mental de pelo menos quatro anos;
3. Não atribuída a problemas físicos, tais como diabetes, infecção do trato urinário ou convulsão.

Crítério para Encoprese (DSM-IV)

1. Liberação repetida de fezes em locais inapropriados (ex: roupa ou chão) involuntária ou intencional.
2. Pelo menos um evento por mês ao longo de três meses ou mais.
3. Idade cronológica de pelo menos quatro anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).
4. Não considerar encoprese se a liberação de fezes for consequência, exclusivamente, do uso de drogas (ex. laxantes) ou de problemas físicos que não envolvam constipação (ex. diarreia crônica).

- Registre a presença ou ausência de constipação.

__ ATENDE OS CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA ENCOPRESE (ATUAL).

__ ATENDE OS CRITÉRIOS DO DSM-III-R PARA ENCOPRESE (PASSADO).

__ ATENDE OS CRITÉRIOS DO DSM-IV PARA ENCOPRESE (ATUAL).

__ ATENDE OS CRITÉRIOS DO DSM-IV PARA ENCOPRESE (PASSADO).

Nota: (Especifique datas de Encoprese no momento Atual e no passado).

TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE

Determine a idade de início do primeiro sintoma de TDAH claramente confirmado. Se o sintoma persiste desde cedo na infância, utilize a pontuação atual para descrever o nível de intensidade máxima do sintoma nos últimos doze meses. Pontue o sintoma como "ausente" no passado se o intervalo assintomático entre a sintomatologia anterior e atual for menor do que seis meses.

Para cada item registre se houve prejuízo no funcionamento social, escolar ou ocupacional.
Para cada item registre se o prejuízo está presente em 2 ou mais ambientes, casa/ escola/ trabalho.

1. Dificuldade em Manter a Atenção em Atividades Lúdicas ou Tarefas**P C R**

*Alguma vez você já teve dificuldade de prestar atenção nas aulas?
E dificuldade de prestar atenção nos trabalhos e lições escolares
(p.ex., copiou só uma parte do dever que a prof. passou no quadro)?
Isso chegou a atrapalhar você?
Você já teve problemas por causa disso?
Ao fazer o dever de casa você ficava distraído pensando em
outra coisa, como se você estivesse no "mundo da lua"?
E quando você estava brincando, você também ficava distraído?
Por exemplo, a ponto de esquecer de jogar quando chegava sua vez?
Essas coisas aconteciam de vez em quando ou estavam sempre
acontecendo?*

0 0 0 Nenhuma informação.
1 1 1 Ausente.
2 2 2 Abaixo do limiar: De vez em quando tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades recreativas. O problema interfere no funcionamento apenas minimamente.
3 3 3 Limiar: Com frequência tem dificuldade em manter atenção. O problema interfere no funcionamento em nível moderado a grave.

Se obtiver pontuação 3 investigue o grau de interferência no funcionamento nos diversos ambientes

(p.ex., casa, escola, trabalho):
- idade de início (< 7 anos): sim/não
- duração (6 meses ou mais): sim/não
- prejuízo funcional em 2 ou mais ambientes: sim/não

Passado

P C R

Nota: Pontue baseado em dados mencionados pelo informante observados durante a entrevista.

2. Distraído Facilmente por Estímulos Externos

*Ja teve vez de ficar muito difícil para você manter a atenção no que você estava fazendo por se distrair por qualquer coisa?
P.ex., se um colega fazia uma pergunta para a professora, enquanto todo mundo estava quieto, fazendo a lição, isso te atrapalhava muito a prestar atenção no seu trabalho?
Se você escutasse um barulho (de telefone, buzina) ficava difícil voltar a prestar atenção no que você estava fazendo?
Você já conseguiu prestar atenção no que estava fazendo mesmo com um pouco de barulho ou com alguma outra coisa acontecendo?
As pessoas diziam que você se distraía com facilidade?
Ficavam dizendo para você ficar mais atento? Isso acontecia de vez em quando ou estavam sempre acontecendo?*

0 0 0 Nenhuma informação.
1 1 1 Ausente.
2 2 2 Abaixo do limiar: Ocasionalmente esquecido. O problema interfere no funcionamento apenas minimamente.
3 3 3 Limiar: Atenção com frequência interrompida por pequenas distrações que outras crianças seriam capazes de ignorar. O problema interfere no funcionamento em nível de moderado a grave.

Se obtiver pontuação 3 investigue o grau de interferência no funcionamento nos diversos ambientes

(p.ex., casa, escola, trabalho):
- idade de início (< 7 anos): sim/não
- duração (6 meses ou mais): sim/não
- prejuízo funcional em 2 ou mais ambientes: sim/não

Passado

P C R

3. Dificuldade em Permanecer Sentado

Teve época em que você se levantava a toda hora do seu lugar, na sala de aula? Mais do que a maioria dos seus colegas? Você chegou a levar bronca por isso? Sua mãe já foi chamada na escola por isso? Você achava difícil permanecer sentado em seu lugar (na sala de aula)? E na hora de comer? Você era de se levantar a toda hora? Essas coisas aconteciam de vez em quando ou estavam sempre acontecendo?

Se obtiver pontuação 3 investigue o grau de interferência no funcionamento nos diversos ambientes:

- (p.ex., casa, escola, trabalho):
 - idade de início (< 7 anos): sim/não
 - duração (6 meses ou mais): sim/não
 - prejuízo funcional em 2 ou mais ambientes: sim/não

Nota: Pontue baseado em dados mencionados pelo informante observados durante a entrevista.

P C R

- 0 0 0 Nenhuma informação.
 1 1 1 Ausente.
 2 2 2 Abaixo do limiar. De vez em quando tem dificuldade em permanecer sentado quando exigido. O problema interfere no funcionamento apenas minimamente.
 3 3 3 Limiar. Com frequência tem dificuldade em permanecer sentado quando exigido. O problema interfere no funcionamento em nível moderado a grave.

Passado

P C R

4. Age de modo Impulsivo

Você é de fazer o que lhe passa pela cabeça, sem pensar no que pode lhe acontecer? P. ex., fazer as coisas sem pensar, de um modo tão repentino, que, quando vê, você já fez? Que tipo de coisa? Alguma vez você já levou bronca por esse seu jeito de se comportar? O que aconteceu? Você era assim às vezes ou quase sempre?

Se obtiver pontuação 3 investigue o grau de interferência no funcionamento nos diversos ambientes:

- (p.ex., casa, escola, trabalho):
 - idade de início (< 7 anos): sim/não
 - duração (6 meses ou mais): sim/não
 - prejuízo funcional em 2 ou mais ambientes: sim/não

Nota: Pontue baseado em dados mencionados pelo informante observados durante a entrevista.

- 0 0 0 Nenhuma informação.
 1 1 1 Ausente.
 2 2 2 Abaixo do limiar. De vez em quando impulsivo. O problema interfere no funcionamento apenas minimamente.
 3 3 3 Limiar. Com frequência impulsivo. O problema interfere no funcionamento em nível moderado a grave.

Passado

P C R

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL DE QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (ATUAL) DO SUPLEMENTO Nº 4, TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (PASSADO) DO SUPLEMENTO Nº 4, TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ NENHUMA EVIDÊNCIA DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO.

NOTA: (Registre datas de possível Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade no momento atual ou passado).

TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE**1. Perde o Controle**

Ja teve época em que você ficava muito aborrecido e com raiva por qualquer coisa que o contrariasse (ou que não satsse do seu jeito)? Para você ficar com raiva bastava contrariar a sua vontade ou que algo desse errado? Para deixar você alterado (com raiva, fora do seu normal) era preciso que alguma coisa muito chata acontecesse? Nessas horas você chegava a perder a paciência? O que você fazia? Você chegava a perder o controle? Quando você perdia a paciência, você dava ataques de raiva? Esses ataques de raiva aconteciam às vezes ou com frequência? Quantas vezes na semana (você se aborrecia e dava ataques de raiva ou perdia o controle)? E hoje em dia, essas coisas acontecem?

Nota: Se obtiver pontuação 3 investigue se a duração foi ≥ 6 meses: sim/não.

2. Discute Muito com Adultos

Alguma vez você já discutiu com alguém de quase chegar a "bater-boca"? Você já foi de discutir muito com seus pais? E com seus professores ou com outras pessoas? Que tipo de coisas fazia você discutir com alguém? Até que ponto vocês chegavam nessas discussões? O que acontecia? Essas discussões chegavam a virar "bate-boca"? Com quem isso acontecia? As discussões aconteciam às vezes ou estavam sempre acontecendo? Quantas vezes na semana? E hoje em dia, essas coisas acontecem?

Nota: Se obtiver pontuação 3 investigue se a duração foi ≥ 6 meses: sim/não.

3. Desafia ou Recusa-se a Obedecer Regras com Frequência

Alguma vez você já teve problemas por não respeitar regras em sua casa ou na escola? Você já desobedeceu muito aos seus professores? A seus pais? A outras pessoas? Você desobedece a eles em coisas bobas, ou em coisas importantes? Em que tipo de coisas? Você já deixou seus pais ou professores aborrecidos demais (com raiva) com você por desobedecer a eles? Qual foi a pior desobediência que você já fez e que eles não souberam? Você já chegou a desafiar-los? A desrespeita-los? Como? Esses comportamentos (de desafio ou desobediência grave) aconteciam de vez em quando ou eram frequentes? Quantas vezes na semana? E hoje em dia eles acontecem?

Nota: Se obtiver pontuação 3 investigue se a duração foi ≥ 6 meses: sim/não

P C R

0 0 0 Nenhuma informação.
1 1 1 Ausente.
2 2 2 Abaixo do limiar: Ataque de raiva ocasional. (perde o controle ou a paciência). Ataques mais intensos e frequentes que de uma típica criança de sua idade.
3 3 3 Limiar: Ataques intensos de raiva e perde o controle com frequência. De 2 – 5 vezes por semana.

Passado**P C R**

0 0 0 Nenhuma informação.
1 1 1 Ausente.
2 2 2 Abaixo do limiar: Discute com pais e ou professores ocasionalmente. Discussão mais intensa e frequente que de uma típica criança de sua idade.
3 3 3 Limiar: Discute com frequência com pais e/ou professores. Diariamente ou quase diariamente.

Passado**P C R**

0 0 0 Nenhuma informação.
1 1 1 Ausente.
2 2 2 Abaixo do limiar: De vez em quando desafia ativamente ou recusa-se a atender às solicitações de adultos ou regras. Desobedece com mais frequência que uma criança típica de sua idade.
3 3 3 Limiar: Com frequência desafia ou recusa-se a atender solicitações de adultos ou regras. Diariamente ou quase diariamente.

Passado**P C R**

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PRESENTE EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE (ATUAL) NO SUPLEMENTO Nº4, TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE (PASSADO) NO SUPLEMENTO Nº4, TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

___ NENHUMA EVIDÊNCIA DE TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE.

NOTA: (Registre datas de possível Transtorno de Oposição Desafiante no momento Atual ou no passado).

TRANSTORNO DE CONDUTA**1. Mente e Engana**

Nota: Só pontue positivo evidências de mentira para fraudar ou trapacear.

*Alguma vez você já mentiu por ter feito alguma coisa errada?
 Você já mentiu (muito) para seus amigos? Para seus professores,
 para seus pais? Você já mentiu para que algo saísse do jeito
 que você queria? Que tipo de mentira?
 Você e de fazer trapaiças?
 Você já mentiu ou enganou alguém para não ter que devolver
 coisas ou dinheiro que tinham lhe emprestado?
 As pessoas já reclamaram que você mentia demais?
 Já disseram que não dá para confiar em você?
 Você já mudou nota ou falsificou assinatura do seu boletim?
 De algo mais? Quantas vezes?
 Você mentia (ou enganava, trapaceava) de vez em quando
 ou isso estava sempre acontecendo?*

Se obtiver pontuação 3 verifique se o sintoma esteve presente em algum momento: nos últimos 12 meses (sim/não) e nos últimos 6 meses (sim/não).

2. Gazeteia

Nota: Só pontue positivo episódios de gazeteiar começando antes dos treze anos.

*Alguma vez você saiu para ir à aula mas foi para algum outro lugar (sem que seus pais soubessem)? Você chegou a perder o dia inteiro de aula? Aonde você foi? Isso aconteceu muitas vezes?
 Alguma vez você foi para a escola e deu um jeito de sair mais cedo sem necessidade? E de chegar mais tarde na escola?
 Você já chegou a perder várias aulas no mesmo dia?
 Quantas vezes isso aconteceu?
 Para adolescentes:
 Quantos anos você tinha quando começou a matar aula?*

Se obtiver pontuação 3 verifique se o sintoma esteve presente em algum momento: nos últimos 12 meses (sim/não) e nos últimos 6 meses (sim/não).

3. Inicia Brigas Físicas

*Alguma vez você já se meteu em briga com alguém em que vocês chegaram a se dar tapas, socos ou pontapes?
 Qual foi a pior briga em que você já se meteu?
 Você já começou alguma briga?
 Quem começava mais as brigas você ou os outros?
 O que aconteceu? Alguém já saiu machucado?*

P C R

0 0 0 Nenhuma informação.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Abaixo do limiar: Mentira e engana ocasionalmente, porém com mais frequência que uma típica criança de sua idade.

3 3 3 Limiar: Mentira e engana com frequência, diversas vezes na semana ou mais.

Passado

P C R

0 0 0 Nenhuma informação.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Abaixo do limiar: Gazeteia como um episódio isolado.

3 3 3 Limiar: Gazeteia em numerosas ocasiões.

Passado

P C R

0 0 0 Nenhuma informação.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Abaixo do limiar: Briga somente com seus pares. Nenhuma briga resultou em dano sério ao outro (p.ex., sem necessitar

__ Marque aqui se há evidência de intenção homicida.

__ Marque aqui se há evidência de envolvimento com gangue.

Se obtiver pontuação 3 verifique se o sintoma esteve presente
Em algum momento: nos últimos 12 meses (sim/não) e
nos últimos 6 meses (sim/não).

4. Provoca, Ameaça, Intimida Outros

Você já foi de provocar ou de ficar de implicância com algum colega ou com outras crianças (ou adolescentes)?
O que você fazia para provocá-los? Xingava eles?
Dava empurrões? Rasgava? Tapas de surpresa?
Já chegou a ameaçá-los com uma surra?
Em geral, eles eram mais fracos ou menores do que você ou do mesmo tamanho?
Isso aconteceu uma ou duas vezes ou mais do que isso?

Se obtiver pontuação 3 verifique se o sintoma esteve presente
Em algum momento: nos últimos 12 meses (sim/não) e
nos últimos 6 meses (sim/não).

P C R

0 0 0 Nenhuma informação.
1 1 1 Ausente.
2 2 2 Abaixo do limiar: Provoca, ameaça ou intimida outros somente em uma ou duas ocasiões.
3 3 3 Limiar: Provoca, ameaça ou intimida outros em três ou mais ocasiões.

Passado

P C R

5. Furto

Nota: Só levar em conta furtos de algum valor para o nível socioeconômico da família.

Você já tirou coisas de alguém que não eram suas?
Que tipo de coisas? De quem?
Qual foi a coisa mais cara que você já pegou?
Você já pegou coisas em lojas? E de outras pessoas?
E dinheiro de sua mãe/pai?
Quantas vezes essas coisas já aconteceram?
Você já falsificou assinatura em cheque (ou pegou o cartão de crédito de alguém para usar)?

Se obtiver pontuação 3 verifique se o sintoma esteve presente
Em algum momento: nos últimos 12 meses (sim/não) e
nos últimos 6 meses (sim/não).

0 0 0 Nenhuma informação.
1 1 1 Ausente.
2 2 2 Abaixo do limiar: Já furtou sem confrontação com a vítima, em uma só ocasião.
3 3 3 Limiar: Já furtou sem confrontação com a vítima, em duas ou mais ocasiões.

Passado

P C R

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE CONDUTA (ATUAL) NO SUPLEMENTO N°4, TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE CONDUTA (PASSADO) NO SUPLEMENTO N°4, TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ NENHUMA EVIDÊNCIA DE TRANSTORNO DE CONDUTA.

NOTA: (Registre datas de possível Transtorno de Conduta no momento Atual ou no passado. Anote sobre envolvimento em gangues).

TRANSTORNO DE PÂNICOAtaques de PânicoP C R

NOTA: Não considere ataque de pânico se os sintomas permanecem o dia todo.

Alguma vez, você chegou a passar mal, de uma hora para outra, e se sentiu muito assustado sem nenhum motivo? (citar sintomas associados, se necessário).

0 0 0 Nenhuma informação

O que você sentiu?

1 1 1 Ausente

O que você acha que causou essa sensação/mal-estar?

2 2 2 Abaixo do limiar: Pelo menos uma crise inesperada e um mínimo de 4 crises. Sem preocupação persistente com crises futuras e sem efeito no comportamento em função da crise.

Apareceu de repente, como se viesse do nada?

Quanto tempo durou?

Você sentiu isso outras vezes? (Quantas vezes?)

Como foi que essas outras crises apareceram?

Você passou a ficar preocupado que elas pudessem acontecer novamente?

3 3 3 Limiar: Pelo menos 4 crises, com preocupação persistente pelo menos por um mês sobre ter outra crise, ou mudança significativa no comportamento em função das crises.

Por quanto tempo você ficou preocupado? Um mês?

Você mudou seu comportamento por causa disso?

Em que?

Você deixou de fazer coisas que costumava fazer?

Passado
P C R

Se sintomas específicos não são mencionados espontaneamente ao descrever as crises, pergunte sobre cada um dos seguintes sintomas:

Sintomas associados: falta de ar, palpitação, dor no peito, náusea, calafrios ou sensação de calor súbito, sensação de sufocamento ou engasgo, tontura, dormência nas mãos ou pés, suores, sensação de desmaio, tremores, despersonalização ou desrealização, medo de morrer, medo de perder o controle sobre si mesmo.

___ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL NO ITEM DE ATAQUE DE PÂNICO, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE PÂNICO (ATUAL) DO SUPLEMENTO N^o3, TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

___ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO NO ITEM DE ATAQUE DE PÂNICO, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE PÂNICO (PASSADO) DO SUPLEMENTO N^o3, TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

___ NENHUMA EVIDÊNCIA DE TRANSTORNO DE PÂNICO.

NOTA: (Registre datas de possível Transtorno de Pânico no momento Atual ou no passado).

TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO**1. Tema Acontecimentos Desfavoráveis que Possam Causar Separação**

Alguma vez você já se preocupou de que alguma coisa ruim pudesse acontecer com você e que você nunca mais veria seus pais outra vez? P. ex., você ficar perdido, sofrer um acidente, ser raptado ou ser morto? Nessa época, o quanto você se preocupava com isso (investigar frequência e intensidade)?

E hoje em dia, você tem essas preocupações ou medos? O quanto você se preocupa com isso? De vez em quando ou com frequência?

Nota: Se obtiver pontuação 3 investigue se a duração do sintoma foi ≥ 2 semanas (sim/ não)
 ≥ 4 semanas (sim/ não)

2. Tema que Damos Aconteçam a Figuras de Ligação

Alguma vez você já se preocupou de que alguma coisa ruim pudesse acontecer a seus pais? O quê, por exemplo? Você tinha medo deles sofrerem um acidente ou morrerem? E deles largarem você e não voltarem mais? Nessa época o quanto você se preocupava com isto (investigar frequência e intensidade)?

E hoje em dia, você tem essas preocupações ou medos? O quanto você se preocupa com isso? De vez em quando ou com frequência?

Nota: Se obtiver pontuação 3 investigue se a duração do sintoma foi ≥ 2 semanas (sim/ não)
 ≥ 4 semanas (sim/ não)

2. Relutância em Sair sem Figuras de Ligação/ Recusa Escolar

Obs: Pontue somente se a escola é evitada para permanecer com a figura de ligação.

Alguma vez você já teve que ser levado a força para a escola? O que o preocupava para você não querer ir a escola? Você pode falar um pouco mais sobre isso? Do que você tinha medo? Mesmo assim você continuou indo à escola? Você chegou a faltar as aulas por isso? Você já chegou a pedir para sair da escola mais cedo por isso? Quantas vezes na semana você costumava faltar as aulas por esse motivo? E hoje em dia?

Nota: Se obtiver pontuação 3 investigue se a duração do sintoma foi ≥ 2 semanas (sim/ não)
 ≥ 4 semanas (sim/ não)

P C R

0 0 0 Nenhuma informação

1 1 1 Ausente

2 2 2 Abaixo do limiar: Preocupa-se ocasionalmente. Preocupa-se de modo mais intenso e com maior frequência que uma típica criança de sua idade.

3 3 3 Limiar: Preocupa-se com frequência em situações de separação.

Passado

 $\bar{P} \bar{C} \bar{R}$

0 0 0 Nenhuma informação

1 1 1 Ausente

2 2 2 Abaixo do limiar: Preocupa-se ocasionalmente. Preocupa-se de modo mais intenso e com maior frequência que uma típica criança de sua idade.

3 3 3 Limiar: Preocupa-se com frequência em situações de separação.

Passado

 $\bar{P} \bar{C} \bar{R}$

0 0 0 Nenhuma informação

1 1 1 Ausente

2 2 2 Abaixo do limiar: Com frequência um tanto resistente para ir à escola mas normalmente pode ser persuadido a ir, perdendo não mais do que 1 dia em duas semanas.

3 3 3 Limiar: Protesta muito acerca de ir para escola ou é mandado de volta para casa ou recusa-se a ir pelo menos 1 vez por semana.

Passado

 $\bar{P} \bar{C} \bar{R}$

	<u>P</u>	<u>C</u>	<u>R</u>
4. <u>Dormir Sozinho Desacompanhado / Teme Dormir Fora de Casa</u>			
Obs: Só considere positivo se, à época, a criança tinha mais de 4 anos.	0	0	0
	1	1	1
<i>Alguma vez você teve medo de dormir (no cômodo) sozinho, sem alguém por perto? (Quanto anos você tinha? Se fosse preciso, você conseguiria dormir na casa de seus amigos ou parentes sem seus pais? Você já evitou dormir na casa de pessoas conhecidas por não estar com seus pais? Por quê? Por medo de alguma coisa ou por pensamentos ruins que o deixavam ansioso por ficar longe de seus pais? Isso acontece de vez em quando ou com frequência? E hoje em dia?</i>	2	2	2
	3	3	3
Nota: Se obtiver pontuação 3 investigue se a duração do sintoma foi ≥ 2 semanas (sim/não) ≥ 4 semanas (sim/não)	Nenhuma informação.		
	Ausente.		
	Abaixo do limiar: Ocasionalmente medroso. Medo de dormir fora ou sozinho mais intenso e mais freqüente que o de uma típica criança de sua idade.		
	Limiar: Frequentemente medroso. Certa relutância ou recusa de dormir sozinho ou fora de casa.		
	Passado $\bar{P} \bar{C} \bar{R}$		
5. <u>Teme Estar em Casa Longe de Figuras de Ligação</u>			
Obs: Só considere positivo se, à época, a criança tinha mais de 4 anos.	0	0	0
	1	1	1
<i>Teve época que você ficava seguindo sua mãe pela casa? (Quanto anos você tinha? Você ficava incomodado se sua mãe não estava por perto? Você procurava ficar sempre perto dela? Você ia várias vezes atrás da sua mãe para saber onde ela estava? Você tinha muito ou pouco medo de ficar sozinho? Isso acontece de vez em quando ou com frequência? As vezes você conseguia ficar em casa sem sua mãe por perto? E hoje em dia?</i>	2	2	2
	3	3	3
Nota: Se obtiver pontuação 3 investigue se a duração do sintoma foi ≥ 2 semanas (sim/não) ≥ 4 semanas (sim/não)	Nenhuma informação.		
	Ausente.		
	Abaixo do limiar: Ocasionalmente medroso. Medo de ficar sozinho mais intenso e mais freqüente do que uma típica criança de sua idade.		
	Limiar: Agarrado à mãe, medroso, certa relutância de ficar sozinho.		
	Passado $\bar{P} \bar{C} \bar{R}$		
__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO <u>ATUAL EM QUALQUER</u> DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO (ATUAL) DO SUPLEMENTO Nº3, TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.			
__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO <u>PASSADO EM QUALQUER</u> DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO (PASSADO) DO SUPLEMENTO Nº3, TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.			
__ NENHUMA EVIDÊNCIA DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO.			
NOTA: (Registre datas de possível Transtorno de Ansiedade de Separação no momento Atual ou passado).			

TRANSTORNO DE EVITAÇÃO/ FOBIA SOCIAL**1. Retraimento no Contato Social****P C R**

Tem crianças que são envergonhadas e tímidas. E algumas são tão tímidas que só ficam a vontade com pessoas da família ou muito conhecidas.

0 0 0 Nenhuma informação.

Você alguma vez já foi assim? Você se sentia muito sem graça e ficava pouco a vontade ou nervoso perto da professora ou de outras crianças na escola? E com as crianças de sua vizinhança? Às vezes ou quase sempre?

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Abaixo do limiar: Desconforto ocasional perto de pessoas que nem sejam da família ou nem sejam conhecidas. Mais intenso e mais freqüente do que de uma criança típica da sua idade. A limitação, se existente, é mínima.

Tem crianças que são muito tímidas perto de pessoas que não conhecem e ficam tão sem graça que nem conseguem falar nada. Alguma vez você já foi assim? Quando? Quanto tempo você costumava levar para se sentir a vontade? Para você era difícil conversar com uma pessoa que você não conhecia? Mesmo que fosse outra criança? Você ficava sem graça? Você conseguia falar alguma coisa? Você ficava tão sem graça que não conseguia falar nada? Isso acontecia às vezes ou quase sempre? E hoje em dia?

3 3 3

Limiar: Com freqüência, demonstra desconforto significativo perto de pessoas que nem sejam da família ou nem sejam conhecidas. Limitação moderada ou grave.

Passado

P C R**2. Medo de Situações Sociais ou de Desempenho**

0 0 0

Nenhuma informação.

Tem crianças que se sentem muito mal quando têm que responder perguntas na sala de aula, falar na frente da classe, falar com adultos ou com crianças que não conhecem bem, de conhecer novas crianças, usar o banheiro da escola se tiver outras crianças por perto, ou de comer na frente de outras crianças... (pergunte sobre todas as situações listadas).

1 1 1

Ausente

Você já se sentiu mal, envergonhado ou sem graça em alguma dessas situações? Qual delas? Isso incomodava você muito ou pouco? Muito mais do que a outras crianças de sua sala de aula? Isso fazia você querer ficar sozinho?

2 2 2

Abaixo do limiar: Desconforto ocasional em uma ou mais situações sociais/ desempenho. Mais do que uma criança típica de sua idade. Nenhum evitação.

Nessas horas você ficava com algum medo? (p. ex., medo de dizer alguma coisa boba, medo de parecer envergonhado, medo de tremer, de engasgar, de gaguejar, de virar de você, etc.)? Isso fazia você ficar nervoso ou sentir um frio na barriga? Isso fazia você chorar? E hoje em dia, você se sente mal com alguma coisa dessas coisas? Quais?

3 3 3

Limiar: Com freqüência sente desconforto significativo em uma ou mais situações sociais/ desempenho. Situações suportadas com angústia moderada ou, às vezes, evitadas.

Passado

P C R

SE RECEBEU ESCORE DE 3 EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS CONTINUE COM AS QUESTÕES DA PRÓXIMA PÁGINA.

SE NÃO TIVER EVIDÊNCIA DE TRANSTORNO DE EVITAÇÃO / FOBIA SOCIAL AUAL OU PASSADO, IR PARA A SEÇÃO DE AGORAFOBIA E TRANSTORNOS DE FÓBIAS ESPECÍFICAS.

	Resumo EA	Resumo EMGP
7. <u>Evidência de Transtorno de Evitação na Infância</u> (somente pelos critérios do DSM III-R)	0 1 2	0 1 2
1. Retraimento excessivo no contato com pessoas que não conhece.		
2. Com gravidade suficiente para interferir no funcionamento social.		
3. Desejo de relacionamento com pessoas conhecidas (familiares e crianças os quais a criança conhece bem) e, em geral, menciona relações afetivas com essas pessoas conhecidas;		
4. Distúrbio tem duração de 6 meses ou mais.		
8. <u>Evidência de Fobia Social</u> (Critério do DSM III-R e DSM IV)		
1. Temor acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho.		
2. Exposição a situações temidas provocam ansiedade. Em crianças pode ser expressa com choro, birras, imobilidade ou retraimento frente a pessoas estranhas.	0 1 2	0 1 2
3. Situações sociais ou de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com ansiedade.		
4. Em crianças, tem que haver evidência de capacidade de relacionamento social com pessoas conhecidas, e a ansiedade tem que ocorrer no contato em ambientes com os pares, não somente na interação com adultos.		
5. Distúrbio tem duração de seis meses ou mais, em menores de 18 anos.		

AGORAFOBIA E FOBIAS ESPECÍFICAS

Obs: Puntue somente as fobias mais intensas.

1. Situações Afritivas**P C R****Fobias Específicas:**

Alguma vez você já teve muito medo de cachorro, cavalo, inseto, sangue, de andar de elevador, de metrô, do escuro, de estar em lugar alto... (pergunte sobre todas as situações listadas).
 Você já teve medo de outras coisas? Do quê? Quando?
 E hoje em dia?

0 0 0 Nenhuma informação

1 1 1 Ausente

2 2 2 Abaixo do limiar: Medo mais intenso de estímulos ou situações que o de uma criança típica de sua idade. Associado com sintomas de ansiedade leves e passageiros.

3 3 3 Limiar: Medo de estímulos ou situações associados com sintomas de ansiedade moderados ou intensos.

Agorafobia:

Alguma vez você já ficou morrendo de medo de estar em lugar cheio de gente (multidão) ou de ir/estar sozinho em lugares públicos?
 Você já teve medo de ir a shopping ou a outro lugar?
 E de atravessar uma ponte ou viajar de ônibus, trem ou automóvel?

Passado**P C R**

O quanto _____ (situação temida) deu medo em você?

So um pouco ou muito?

Esse medo fez seu coração disparar ou você sentir frio na barriga?

O medo de _____ passou logo ou demorou a passar?

Você tem mais medo de _____ do que seus amigos?

2. Evitação

0 0 0 Nenhuma informação

Alguma vez o seu medo de _____ o impediu de fazer algo?

Você procurava ficar longe de _____?

Tive vezes que você conseguiu enfrentar seu medo e _____?

(Quando você estava com alguém, você conseguiu _____?)

(enfrentar a situação temida)

1 1 1 Ausente

2 2 2 Abaixo do limiar: Esquiva mínima ou inconsistente.

3 3 3 Limiar: Situações ou estímulos temidos evitados de modo sistemático.

Especificar as fobias mais intensas:

Passado**P C R**

Especificar outras fobias:

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE AGORAFOBIA E FOBIAS ESPECÍFICAS (ATUAL) DO SUPLEMENTO Nº 3, TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ SE RECEBER UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE AGORAFOBIA E FOBIAS ESPECÍFICAS (PASSADO) DO SUPLEMENTO Nº 3, TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ NENHUMA EVIDÊNCIA DE AGORAFOBIA OU FOBIAS ESPECÍFICAS.

Observação: (Registre datas de possível Agorafobia ou Fobias Específicas atual ou no passado).

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA/ ANSIEDADE EXCESSIVA

	P	C	R	
1. Preocupação Não Realística com Eventos Previstos				
Nota: Se as únicas preocupações trazidas pela criança relacionam-se com a figura de ligação ou com uma fobia simples, não pontue aqui. Pontue positivo somente se a criança apresenta preocupações múltiplas.	0	0	0	Nenhuma informação.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Abaixo do limiar: Com frequência, preocupa-se de modo um pouco excessivo (pelo menos 3 vezes por semana) com eventos previstos ou situações do momento.
	3	3	3	Limiar: Na maioria dos dias da semana é excessivamente preocupado com, pelo menos, duas circunstâncias de vida diferentes, eventos previstos ou situações do momento.
<i>Ja teve época em que você se preocupava demais com coisas do seu dia-a-dia? E com coisas que você tinha que fazer ou que ainda iriam acontecer (p. ex. atividades ligadas ao desempenho escolar, à competição de esportes, viagens)?</i> <i>Você acha que se preocupava mais do que outras crianças da sua idade? Como? (peça exemplos)</i> <i>Alguém já lhe disse que você se preocupava demais com as coisas? Com o quê? Durante a semana, essas preocupações aconteciam so alguns dias ou quase todos os dias? Quantas vezes? E hoje em dia?</i> Se obtiver pontuação 3 investigue a duração (≥ 6 meses): sim/ não	Passado			
	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}	
2. Queixas Somáticas (DSM-III-R)				
Nota: Não levar em conta se relacionadas somente com situações de separação ou de recusa escolar.	0	0	0	Nenhuma informação.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Abaixo do limiar: Sintomas ou queixas ocasionais. Sintomas ou queixas mais intensas e mais frequentes que as vividas por uma típica criança de sua idade.
	3	3	3	Limiar: Sintomas ou queixas frequentes (mais do que 1 vez por semana), constituindo, de certo modo, um problema.
<i>Ja teve época em que você estava sempre sentindo ou se queixando de alguma dor (dor de cabeça, de estômago, nas pernas, nas costas ou algum outro tipo de mal-estar)?</i> <i>Você já deixou de ir à aula ou de fazer suas coisas por isso?</i> <i>Você se sentia mal(dores ou mal-estar) de vez em quando ou mais do que uma vez na semana?</i> <i>Quando _____ apareciam? De manhã, à noite, nos finais de semana ou nos dias de escola?</i> <i>E hoje em dia?</i> Se obtiver pontuação 3 investigue a duração (≥ 6 meses): sim/ não	Passado			
	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}	
3. Autoconsciência Exagerada (DSM-III-R)				
<i>Alguma vez você já ficou preocupado demais com o que os outros podiam pensar sobre você?</i> <i>Ja teve época em que você pensava muito no que ia dizer antes de falar? Você se preocupava de que as pessoas pudessem acha-lo burro ou rirem de você?</i> <i>Você se preocupava de vez em quando ou com frequência?</i> <i>Pelo menos uma vez por semana ou mais do que isso?</i> <i>E hoje em dia?</i> Se obtiver pontuação 3 investigue a duração (≥ 6 meses): sim/ não	0	0	0	Nenhuma informação.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Abaixo do limiar: Com frequência (pelo menos 3 vezes por semana) fica preocupado demais com o que as pessoas possam achar dele.
	3	3	3	Limiar: Na maioria dos dias da semana fica preocupado demais com o que as pessoas possam achar dele.
	Passado			
	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}	

4. Tensão Excessiva/ Incapaz de RelaxarP C R

*Ja teve época em que você se sentia tenso (ansioso) demais?
O que te preocupava? P.ex., medo de se dar mal na escola,
nos esportes ou em outras coisas que você fazia?
(Quando você ficava tenso (ansioso) você conseguia se
manter quieto e relaxar? Se você tentasse, você conseguia
parar de se preocupar e se relaxava?
(Quando você ficava tenso, isso acontecia pelo menos
uma vez por semana ou na maioria dos dias?
(Quantos dias na semana?
É hoje em dia?*

0 0 0 Nenhuma informação.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Abaixo do limiar: Com frequência tenso/ansioso (mais do que 1 vez por semana) e de certo modo, constituindo um problema.

3 3 3 Limiar: Na maioria dos dias da semana é tenso/ansioso.

Se obtiver pontuação 3 investigue a duração
(≥ 6 meses): sim/ não

Passado

P C R

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA/ANSIEDADE EXCESSIVA (ATUAL) DO SUPLEMENTO Nº 3, TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA/ ANSIEDADE EXCESSIVA (PASSADO) DO SUPLEMENTO Nº 3, TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ NENHUMA EVIDÊNCIA DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA/ ANSIEDADE EXCESSIVA.

NOTA: (Registre datas de possível Transtorno de Ansiedade Generalizada / Ansiedade Excessiva atual ou no passado).

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

1. Compulsões

Comportamentos recorrentes, invasivos, perturbadores, repetitivos e intencionais, realizados em resposta a uma obsessão, seguindo certas regras ou de maneira estereotipada, e que são afritivos, desgastantes e sobre os quais a pessoa tem pouco controle.

Ja teve época em que você mesmo se obrigava a fazer algo varias vezes, mesmo que você achasse que eram coisas bobas, mas que você não conseguia parar de fazer? Por exemplo, ter que ficar lavando as mãos a toda hora? ou ter que ver varias vezes se a porta estava trancada? ou ficar conferindo varias vezes uma mesma coisa?

Ja teve época em que você tinha que ficar dando batidinhas varias vezes nas coisas? Tinha coisas que você achava que precisava fazer sempre igual, exatamente do mesmo jeito (ou de um determinado jeito especial)?

Você já teve dificuldade para terminar seu trabalho de escola porque achava que tinha que ler alguma parte da lição muitas e muitas vezes, ou porque ficava escrevendo o mesmo pedaço da lição varias vezes? Nessa época, se você fizesse um erro no seu trabalho escolar, você tinha que começar tudo de novo?

Teve época em que você demorava tanto para se aprontar que estava sempre chegando atrasado nos lugares? O que fazia você se atrasar?

Na hora de ir para cama você tinha que conferir alguma coisa muitas vezes antes de dormir? Teve época em que as coisas do seu quarto tinham que estar arrumadas sempre de um mesmo jeito ou de um jeito especial? Como? Alguém já falou alguma coisa sobre esse seu jeito? Ja disseram que você tem manias?

2. Obsessões

Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes, invasivos e perturbadores que são afritivos e desgastantes sobre os quais a pessoa tem pouco controle.

Alguma vez você já chegou a se incomodar por pensamentos que não saiam da sua cabeça? Por ex.: pensamentos, idéias, imagens, palavras ou números que ficavam vindo na sua cabeça, sem nenhum motivo, e que você não conseguia parar de pensar neles? E você tinha pensamentos bobos ou vinham palavras ou números na sua cabeça e que não iam embora de sua cabeça?

Você tinha de ficar repetindo varias vezes palavras, frases, números ou fazendo contas de cabeça?

Você já ficou muito preocupado de estar com sujeira ou germes em suas mãos, ou de que poderia ficar doente por causa de germes ou sujeira?

Ja teve época em que você ficou preocupado demais em fazer tudo muito certinho? E em deixar as coisas sempre na mesma posição ou no mesmo lugar?

Você já ficou incomodado com pensamentos de que algo ruim pudesse acontecer a você, a sua família, etc.? E com pensamentos de que você tivesse feito alguma coisa de ruim mesmo sabendo que isso não era verdade?

Esses pensamentos chegaram a atrapalhar-lo e o impediram de fazer coisas?

Por que você acha que esses pensamentos vinham na sua cabeça?

P C R

0 0 0 Nenhuma informação.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Abaixo do limiar: Compulsões suspeitas ou prováveis.

3 3 3 Limiar: Sem dúvida, presença de compulsões; causam sofrimento ou alguma limitação no funcionamento.

Passado

P C R

0 0 0 Nenhuma informação

1 1 1 Ausente

2 2 2 Abaixo do limiar: Obsessões suspeitas ou prováveis.

3 3 3 Limiar: Sem dúvida, presença de obsessões; causam sofrimento ou alguma limitação no funcionamento.

Passado

P C R

Elas, faziam algum sentido para você? (verifique se faziam algum sentido para a criança/adolescente).

Nota: Não pontue positivamente o item de obsessões se idéias ou pensamentos são delirantes ou relacionados com outro transtorno do Eixo I (p. ex., pensamentos de comida na presença de um transtorno alimentar; pensamentos que os pais vão ser machucados na presença de um transtorno de ansiedade de separação).

Nota: Não pontue positivamente se os pensamentos, impulsos ou imagens são decorrentes de preocupação excessiva com problemas da vida real.

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL SEJA NOS ITENS DE OBSESSÕES OU COMPULSÕES, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (ATUAL) DO SUPLEMENTO Nº 3, TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO SEJA NOS ITENS DE OBSESSÕES OU COMPULSÕES, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (PASSADO) DO SUPLEMENTO Nº 3, TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ NENHUMA EVIDÊNCIA DE TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO.

OBSERVAÇÕES: (Registre datas de possível Transtorno Obsessivo-Compulsivo atual ou no passado).

TRANSTORNOS DE TIQUE**1. Tiques Motores****Nota: Pontue baseado no relato e na observação.**

Tem gente que tem tique ou cocoete de levantar sobrancelhas, piscar muito os olhos, franzir o nariz, levantar os ombros ou sacudir a cabeça (demonstre cada um). Você já teve algum desses tiques ou algum outro? Como era? Você conseguia parar de _____ (use o exemplo mencionado). Esses tiques apareciam de vez em quando ou quase todos os dias? (Investigue frequência ao longo do dia)

P C R

0 0 0 Nenhuma informação.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Abaixo do limiar: Comportamentos de tiques específicos não ocorrem com frequência, nem diariamente. Se acessos de tiques ocorrem eles são breves e raros.

3 3 3 Limiar: Comportamentos de tiques específicos estão presentes muitas vezes ao dia e quase diariamente.

Passado**P C R****2. Tiques Vocais****Nota: Pontue baseado no relato e na observação.**

Você já teve tique de fazer barulho com a boca ou com a garganta, p.ex., de estalar a língua, fazer algum chiado, ronco, gemido ou mesmo sons de animais? (demonstre cada um) E tique de ficar repetindo palavras ou frases que você ou outra pessoa tenha dito e que você ficava repetindo mesmo sem querer? Como eram esses tiques? Você conseguia parar de _____ (use o exemplo mencionado). Esses tiques apareciam de vez em quando ou quase todos os dias? (Investigue frequência ao longo do dia)

0 0 0 Nenhuma informação.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Abaixo do limiar: Comportamentos de tiques específicos não ocorrem com frequência, nem diariamente. Se acessos de tiques ocorrem eles são breves e raros.

3 3 3 Limiar: Comportamentos de tiques específicos estão presentes muitas vezes ao dia e quase diariamente.

Passado**P C R**

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL NOS ITENS DE TIQUE MOTOR OU VOCAL, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNOS DE TIQUE (ATUAL) NO SUPLEMENTO N.º, ABUSO DE SUBSTÂNCIA E OUTROS TRANSTORNOS, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO NOS ITENS DE TIQUE MOTOR OU VOCAL, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNOS DE TIQUE (PASSADO) NO SUPLEMENTO N.º, ABUSO DE SUBSTÂNCIA E OUTROS TRANSTORNOS, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

_____ NENHUMA EVIDÊNCIA DE TRANSTORNOS DO TIQUE.

NOTA: (Registre datas de possível Transtorno de Tique atual ou no passado).

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS**Humor Deprimido****F C S**

Refere-se a sentimentos subjetivos de depressão baseados em queixas verbais ou por se sentir deprimido, triste, melancólico, sombrio, muito infeliz, para baixo, vazio, com sentimentos ruins ou com vontade de chorar. Não inclui itens de ideação (como desestímulo, pessimismo, sentimento de não ter valor), tentativas de suicídio ou aparência deprimida. Algumas crianças vão negar que se sentem "tristes" e dizem que só se sentem "mal". Assim é importante perguntar especificamente sobre humor disfórico. Não considere sentimentos de tensão ou ansiedade. **Irritabilidade sem qualquer outro humor disfórico persistente não deve ser pontuada aqui.** Na entrevista com os pais, a intuição materna (percepção empática) de que a criança, com frequência, sente-se deprimida pode ser considerada uma evidência indiscutível de humor deprimido se a figura parental não estiver deprimida simultaneamente.

- 0 0 0 Nenhuma informação.
- 1 1 1 De jeito nenhum ou menos do que uma vez por semana.
- 2 2 2 Abaixo do limiar: Tem humor disfórico com frequência, pelo menos três vezes na semana mais de três horas por vez.
- 3 3 3 Limiar: Criança deprimida a maior parte do dia, mais dias do que não (mais de três).

Passado**P C S**

Alguma vez você já se sentiu muito triste?

Era um sentimento de estar triste demais (ou com muita tristeza)?

E você já se sentiu deprimido? Você sentiu vontade de chorar?

Quando foi isto?

É hoje em dia, você se sente _____?

Houve alguma outra vez que você também se sentiu _____?

Você teve algum outro sentimento ruim?

Quando você se sentia _____ era o tempo todo? Mas você conseguia livrar-se desse sentimento? Isso que você sentia, fazia você chorar ou ficar com vontade de chorar?

Você sentia _____ o tempo todo (o dia inteiro) ou só uma parte do tempo?

(Porcentagem do tempo acordado: soma da porcentagem de todas as qualificações, se elas não ocorrerem simultaneamente). (A avaliação da variação diurna pode, secundariamente, esclarecer a duração diária do humor depressivo).

Esse sentimento ficava indo e voltando? Quantas vezes na semana você sentia _____?

Sentia todos os dias ou só em alguns dias? Quando você tinha isso era o dia inteiro ou só algumas horas do dia?

Durante quanto tempo você sentiu isso? O que você acha que fez você se sentir desse jeito?

(Avaliar a relação entre humor deprimido e separação do cuidador).

Você se sentia triste era quando sua mãe ficava longe de você?

Se a separação da mãe é dada como causa:

Você também se sentia _____ quando sua mãe estava com você?

Com sua mãe perto, você se sentia um pouco melhor ou a _____ ia embora completamente?

Outras pessoas conseguiam perceber quando você estava triste? Como elas percebiam? Em que você ficou diferente?

Duração do Humor Deprimido:

NOTA: Às vezes a criança inicialmente vai dar uma resposta negativa no início da entrevista, mas vai se tornando obviamente triste no decorrer da mesma. Então essas questões deveriam ser repetidas evocando o humor atual e usando-o como um exemplo para determinar sua frequência. De modo semelhante, se o relato da mãe refere que a criança é triste a maior parte do tempo e a criança nega isto, a criança deveria ser confrontada com a opinião da mãe, e então perguntada por que ela pensa que sua mãe acha que ela se sente triste tão frequentemente.

NOTA: Quando uma criança ou um dos pais relata períodos curtos e frequentes de tristeza ao longo do dia, é provável que essa criança esteja sempre triste e eles estejam se referindo, somente, às exacerbações, caso em que a pontuação de humor depressivo será 3. Por conseguinte, é essencial perguntar sempre sobre o restante do tempo:

"Fora esses momentos em que você se sentia _____, durante o resto do tempo você se sentia igual aos seus amigos ou mais triste?"

Irritabilidade e Raiva

Sentimento subjetivo de irritabilidade, raiva, irritação, mau humor, de estar de "pavio curto", de sentir-se chateado, expressado abertamente ou não. Pontue a **intensidade e duração** de tais sentimentos.

P C R

*Já teve época em que você se sentiu "nervoso", irritado ou mal-humorado por qualquer coisa ou por coisas boas?
Passava logo ou durava muito tempo?
Já teve época em que você perdia a calma com facilidade?
Você ficava só reclamando? Ou chegava a perder o controle e ficava fora de si?
Quando foi isso?
É hoje em dia, você tem dessas coisas?*

0 0 0 Nenhuma informação.

1 1 1 De jeito nenhum ou menos do que uma vez por semana.

2 2 2 Abaixo do limiar: Sem dúvida sente mais raiva ou irritação do que a situação demanda, pelo menos três vezes na semana por mais de três horas cada vez. Discute com frequência, chateia-se com facilidade.

*Teve alguma outra vez em que você se sentiu _____?
Que tipo de coisas deixou você _____?
Você também ficava com raiva (mesmo que não a demonstrasse para as pessoas)?
Nessa época você sentia muita ou pouca raiva?
Mais do que de costume (do que habitualmente)?
Que tipo de coisas faziam você ficar com raiva?*

3 3 3 Limiar: Sente raiva ou irritabilidade diariamente ou quase todos os dias, pelo menos 50% do tempo desperto. Grita com frequência, perde o controle.

*Algumas vezes você já sentiu raiva, irritação, ou falta de paciência sem ter um motivo ou sem mesmo saber por quê?
Isso aconteceu muitas vezes?*

Passado**P C R**

*Você chegou a perder o controle e se descontrolar?
Com sua família? Com seus amigos?
Com quem mais? Na escola?
O que você fez? Gritou, discutiu?*

Duração do Humor Irritável

*Alguém falou alguma coisa sobre seu comportamento?
Você sentia raiva (irritação ou falta de paciência) só de vez em quando? Todos os dias? Quantas vezes na semana?
Durava o dia inteiro ou só algumas horas do dia?
Durava quantas horas?
Na hora da raiva você pensava em machucar alguém?
E em machucar você mesmo? No que você pensou?*

Se a irritabilidade ocorre em episódios distintos em um estado depressivo, especialmente se não houve provocação, o avaliador deve levar isso em conta quando perguntar sobre mania/hipomania.

Anedonia, Falta de Interesse, Pouca Motivação, Apatia, Tédio

Falta de Interesse, Pouca Motivação (Não curte, acha que não tem nada para fazer): em geral, esses termos se referem à perda da capacidade de divertir-se (anedonia), ou perda de interesse ou ambos. Perda de prazer e perda de interesse não são mutuamente excludentes e podem coexistir.	P C R
<i>O que você gosta de fazer para se divertir? Que outra coisa lhe dá prazer? Quais as que você mais prefere?</i> (Obtenha exemplos: esportes, amigos, jogos favoritos, matérias escolares, passeios, atividades familiares, programas preferidos na TV, computador ou jogos de videogame, música, dança, brincar sozinho, ler, sair, etc.)	0 0 0 Nenhuma informação. 1 1 1 Ausente. 2 2 2 Abaixo do limiar. Várias atividades são mencionadas como claramente menos prazerosas ou interessantes; ou fica entediado ou apático pelo menos três vezes na semana durante atividades.
<i>Alguma vez você achou que tudo estava muito chato e sem graça? Nessa época até as coisas que você sempre gostou de fazer ficaram chatas? Você ficava assim o dia inteiro ou por pouco tempo? Quando foi que isso aconteceu? E hoje em dia, você se sente assim?</i>	
<i>Isso já aconteceu outras vezes? Já aconteceu de você estar no meio de uma brincadeira ou fazendo alguma coisa que você gosta e achar tudo muito chato e sem graça? Você achava as coisas tão chatas e sem graça que desistia de _____?</i> (Use os exemplos mencionados acima). <i>Nessa época em que você não achava graça em nada, isso acontecia só em algumas horas do dia e depois passava ou durava o dia todo? Você se sentia assim todos os dias ou só em alguns dias da semana? Quantas vezes por semana?</i>	3 3 3 Limiar: A maioria das atividades são mencionadas como muito menos prazerosas ou interessantes. Ou entediado ou apático diariamente, ou quase diariamente, pelo menos 50% do tempo durante as atividades.

Passado**P C R**

Anedonia refere-se a uma perda parcial ou total da capacidade de ter prazer, divertir-se durante participação em atividades que são atrativas para a criança como as listadas acima. Também refere-se a simples prazeres como aqueles ao comer as comidas preferidas e, em adolescentes, atividades sexuais.

Você me disse que gosta de _____ (usar o que a criança mencionou). Você costuma ficar animado ou "ficar louco" para chegar a hora de fazer as coisas que você gosta (usar o que a criança mencionou)?

Teve alguma época que você deixou de ficar animado, de se interessar ou de fazer com prazer as coisas que gosta? Quando foi isso? Mesmo assim você tentou fazê-las? Você tinha que se esforçar para conseguir fazê-las? Fazer essas coisas deixava você mais alegre e animado? Por que não? Nessa época algum sentimento atrapalhou você e não deixava você se divertir? Mas se você fazia as coisas que gosta, era tão divertido quanto antes? Você se divertia tanto quanto seus amigos? Se menos divertido. Você se divertia um pouco menos? Muito menos? Nem se divertia? Hoje em dia, das coisas que você gosta de fazer, (cite o que a criança gosta) quais ficaram menos divertidas? E mais divertidas? E do mesmo jeito? Envolvimento com atividades preferidas: Você _____ menos do que anteriormente?

Este item não se refere à incapacidade de envolver-se em atividades (perda de capacidade de concentrar-se em leitura, jogos, TV ou matérias escolares).

Dois comparações devem ser feitas em cada avaliação: Grau de prazer comparado aos dos pares e/ou comparados aos da criança quando não deprimida. A segunda não é possível em episódios de longa duração, porque normalmente as preferências da criança se modificam com a idade. A gravidade é determinada pelo número de atividades que são menos agradáveis para a criança, e pelo grau de perda da capacidade de divertir-se.

Não confundir com perda de oportunidade de fazer coisas que pode ser devida a restrições parentais excessivas.

a. <u>Atos Físicos Autolesivos Não Suicidas</u>	P C R
Refere-se à automutilação ou a outros atos feitos sem a intenção de matar-se.	
<p><i>Alguma vez você já tentou se machucar de propósito? Já se arranhou com agulhas, fitas ou com suas unhas? Já se quietou de propósito com fósforos, cigarros ou velas? E colocou moedas quentes na pele só para se machucar? Alguma outra coisa? Por que você fez isso? Você já fez isso quantas vezes? (frequência anual) Você já sofreu muitos acidentes? De que tipo? Quantas vezes?</i></p> <p><i>Tem crianças que fazem esse tipo de coisa porque se sentem um pouco melhor depois, e outra, fazem isso porque querem se matar. E você, por que você fez essas coisas?</i></p>	<p>0 0 0 Nenhuma informação</p> <p>1 1 1 Ausente</p> <p>2 2 2 Abaixo do limiar. Infrequente (1-3 vezes ao ano). Sem nunca causar sério dano a si mesmo.</p> <p>3 3 3 Limiar. Frequente (4 ou mais vezes ao ano) ou causou grave dano a si mesmo (p.ex., fraturas, cicatriz por queimadura).</p>
	Passado P C R
b. <u>Pensamentos Recorrentes de Morte</u>	
<p><i>Tem crianças que, quando estão muito chateadas ou tristes, às vezes, chegam a pensar que estariam melhor se morressem.</i></p> <p><i>E você, alguma vez chegou a pensar numa coisa dessa? Foi um pensamento que logo passou ou você já pensou outras vezes nisso? Quando foi? E hoje em dia, você pensa assim? Já teve alguma outra vez que você também pensou nisso?</i></p>	<p>0 0 0 Nenhuma informação.</p> <p>1 1 1 Ausente.</p> <p>2 2 2 Abaixo do limiar. Pensamentos passageiros de morte.</p> <p>3 3 3 Limiar. Pensamentos recorrentes de morte, "Eu estaria melhor morto" ou "Eu gostaria de estar morto".</p>
	Passado P C R
c. <u>Ideação Suicida</u>	
<p>Isto inclui preocupação com pensamentos de morte ou suicídio e alucinações auditivas imperativas (vozes de comando) quando a criança escuta vozes falando para matar-se ou até mesmo sugerindo o método.</p> <p>Não inclui o simples medo de morrer.</p>	
<p><i>Às vezes, tem crianças que ficam muito chateadas ou muito tristes e pensam em morrer ou mesmo em se matar.</i></p> <p><i>E você, já chegou a pensar nisso? Foi um pensamento que logo passou ou você já pensou nisso outras vezes? Poucas ou muitas vezes? Quando foi? No que você pensou? Mas de que jeito você faria? E hoje em dia, você pensa nisso? Já teve alguma outra vez que você também pensou nisso?</i></p>	<p>0 0 0 Nenhuma informação.</p> <p>1 1 1 De modo algum.</p> <p>2 2 2 Abaixo do limiar. Pensamentos ocasionais de suicídio, mas não pensou em um método específico.</p> <p>3 3 3 Limiar. Pensamento frequente de suicídio e tem pensado em um método específico.</p>
	Passado P C R

d. Atos Suicidas - SeriedadeP C R

Pergunte somente se o item C receber pontuação 2 ou 3.
Julgue a seriedade da intenção suicida expressada em seu ato suicida como a probabilidade de ser salvo ou a precaução em não

ser descoberto; ações para obter ajuda durante ou após a tentativa; grau de planejamento; motivo aparente da tentativa (manipulação ou verdadeira intenção suicida).

Você já chegou a fazer alguma coisa que pudesse matá-lo?

O que você fez? Quando?

Você já chegou a fazer alguma outra coisa?

Você queria mesmo morrer?

E você chegou perto de morrer ou não?

Nessa hora tinha alguém por perto? Onde a pessoa estava?

Você contou antes para alguém o que você ia fazer?

Você pediu alguma ajuda após a tentativa?

Como você foi encontrado?

0 0 0 Nenhuma informação.

1 1 1 Não tentou, ou fez alguma ação mas sem a intenção de morrer.
(p. ex., só segurou comprimidos na mão).

2 2 2 Abaixo do limiar. Presente, mas muito ambivalente.

3 3 3 Limiar. Intenção claramente suicida.

Passado

P C Re. Atos Suicidas - Letalidade

Pergunte somente se o item D receber pontuação 2 ou 3.

Verdadeira ameaça à vida ou à condição física seguindo o ato suicida mais sério. Leve em conta o método, limitação da consciência no momento de ser salvo, a gravidade do dano físico, toxicidade do material ingerido, reversibilidade, tempo necessário para a recuperação completa e o tipo de cuidados médicos.

Qual foi a vez que você chegou mais perto de se matar?

O que você fez?

O que aconteceu com você depois de ter _____?

(mencione a tentativa suicida)

0 0 0 Nenhuma Informação.

1 1 1 Não tentou, ou fez alguma ação sem intenção de morrer. (p. ex., só segurou comprimidos na mão).

2 2 2 Abaixo do limiar. P. ex., tomou 10 aspirinas, gastrite leve.

3 3 3 Limiar. P. ex., tomou 10 seconal, teve perda de consciência breve.

Passado

P C R

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DEPRESSIVO (ATUAL) DO SUPLEMENTO Nº1, TRANSTORNOS AFETIVOS, APOS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE TRANSTORNO DEPRESSIVO (PASSADO) DO SUPLEMENTO Nº 1, TRANSTORNOS AFETIVOS, APOS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ NENHUMA EVIDÊNCIA DE TRANSTORNO DEPRESSIVO.

NOTA: (Registre datas de possível Transtorno Depressivo atual ou passado).

MANIA

Eliação, Humor Exaltado

Humor exaltado é/ ou atitude exageradamente otimista em relação ao futuro. Não confundir a normalização do humor em deprimidos crônicos com exaltação do humor. Não pontue positivo se uma leve euforia é mencionada em situações como Natal, aniversários, ida a parques de diversão ou outras situações que, em geral, excitam muito uma criança.

P C R

Já aconteceu de você se sentir animado demais, eufórico, com uma alegria exagerada diferente do seu humor normal?

0 0 0 Nenhuma Informação.

1 1 1 Ausente.

SE POUCO CLARO:

Quando você esteve assim animado demais, você achava que dava conta de fazer qualquer coisa?

Nessas horas você achava que tudo ia acontecer do jeito que você queria?

Você ficou meio palhaço, com uma alegria meio boba?

Ela era diferente da alegria de seus amigos?

Alguma vez seus amigos acharam que você estava meio estranho e disseram que você parecia muito bobo ou alegre demais?

Se as pessoas vissem você nessas horas, elas pensariam que você estava só de muito bom humor ou iam achar que seu comportamento estava estranho?

O que elas achariam de estranho?

Dê alguns exemplos de como você ficou.

Quando você se sentiu com essa alegria exagerada você ficou assim por quanto tempo?

Quantas vezes na semana?

2 2 2

Abaixo do limiar. Apresenta humor exaltado e atitude otimista que, de certa forma estão fora de proporção em relação às circunstâncias. Alteração do humor ocorre pelo menos três vezes na semana e persiste por mais de três horas cada vez.

3 3 3

Limiar: Humor e atitude são claramente desproporcionais às circunstâncias. As pessoas percebem como estranho ou exagerado. Humor exaltado diariamente ou quase diariamente afetando pelo menos 50% do tempo em que está acordado por pelo menos 4 dias – ou por períodos de tempo mais breves e recorrentes (por ex., humor exaltado por um extenso período de tempo durante um dia a cada mês).

Passado

P C R

Nota: Não pontue positivamente se o humor exaltado é devido ao uso de drogas; verificar o item de irritabilidade e raiva (da entrevista de rastreamento de Transtornos Depressivos).

Necessidade Diminuída de Dormir

Em geral, a que horas você dorme e acorda?

Quantas horas você precisa dormir para se sentir descansado?

Já teve época de você dormir menos do que isso e sentir-se

descansado e bem disposto no dia seguinte?

Quando você dormia pouco era porque se sentia muito excitado ou cheio de energia?

Nessas horas você estava com amigos ou sozinho?

Nessas horas você tinha tomado algum tipo de bebida, comprimido ou usado alguma droga?

Nota: Não pontue positivamente se a necessidade de dormir diminuída era devida a evento social ou uso de drogas ou reflexo do padrão de sono irregular típico de adolescente. Mencione se a insônia ou hipersonia foram mencionadas em resposta à investigação para este item.

0 0 0 Nenhuma informação

1 1 1 Ausente

2 2 2

Abaixo do limiar: Necessita de dormir menos horas que o habitual (1 a 3 horas a menos) por duas noites consecutivas ou mais. Sentiu-se excitado ou excepcionalmente cheio de energia.

3 3 3

Limiar: Necessita dormir menos horas que o habitual (redução de mais de 3 horas) por duas noites consecutivas ou mais. Dormiu menos porque sentiu-se excitado ou excepcionalmente cheio de energia – não estava causado no dia seguinte.

Passado

P C R

Atividade Aumentada Direcionada a um Objetivo**P C R**

Teve alguma vez que você ficou mais ativo, ou participando mais de coisas do que o seu normal? Quando?

0 0 0 Nenhuma informação.

Você estava fazendo alguma atividade especial em sua casa ou na escola?

1 1 1 Ausente.

Você passou a sair de casa mais do que costumava? Nessa época, como estava seu humor?

2 2 2 Abaixo do limiar. Aumento leve e indubitável no nível de atividade geral envolvendo várias áreas (p. ex., trabalho, escola, social, sexual).

Como você estava se sentindo?

O que você pensava sobre você mesmo?

Você se sentia mais confiante ou mais seguro do que antes?

3 3 3 Limiar: Aumento de moderado a grave no nível de atividade geral envolvendo várias áreas, ou aumento acentuado em uma ou mais áreas. O envolvimento em atividades é excessivo, mais do que seria esperado de uma criança típica de sua idade.

Para adolescentes (sexualmente ativos): *Você passou a ter mais relações sexuais do que de costume?*

Observação: Somente pontue positivo se o aumento da atividade ocorre durante período de modificação do humor (p.ex., euforia, irritabilidade) ou de autoconfiança aumentada.

Passado

$\bar{P} \bar{C} \bar{R}$

Pensamentos Acelerados

Alguma vez você sentiu seus pensamentos e idéias tão rápidos que era difícil para você acompanhá-los?

0 0 0 Nenhuma informação.

Você já sentiu como se estivessem aparecendo idéias demais na sua cabeça e que ficavam girando o tempo todo na sua cabeça?

1 1 1 Ausente.

Se você quisesse você podia parar esses pensamentos?

Nessa época como estava o seu humor?

Você estava se sentindo triste?

Com alegria exagerada?

Se sentia irritado ou no seu normal?

2 2 2 Abaixo do limiar: Pensamentos acelerados causam certo mal estar ou alguma limitação.

3 3 3 Limiar: Pensamentos acelerados causam mal estar ou limitação significativos. Os pensamentos não podem ser parados de modo voluntário.

Pontue baseado em dados mencionados pelo informante ou de observação. Pontue positivo somente se os pensamentos acelerados ocorrem durante a alteração do humor (p.ex., euforia, irritabilidade).

Passado

$\bar{P} \bar{C} \bar{R}$

Observação: Se os pensamentos acelerados eram, inicialmente, o único item confirmado, pergunte novamente sobre o humor (p.ex., euforia, irritabilidade), sono e nível de atividade nos períodos em que esses pensamentos acelerados foram mencionados.

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE MANIA (ATUAL) DO SUPLEMENTO N^o1, TRANSTORNOS AFETIVOS, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE MANIA (PASSADO) DO SUPLEMENTO N^o1, TRANSTORNOS AFETIVOS, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

NENHUMA EVIDÊNCIA DE MANIA.

NOTA: (Registre datas de possível mania atual e no passado).

PSICOSES**1. Alucinações**

Tem crianças que quando estão sozinhas acham que escutam vozes, ou vêem coisas ou sentem cheiros que elas não sabem, realmente, de onde eles vêm. Alguma vez isso aconteceu com você? Como foi isso?

P C R

0 0 0 Nenhuma informação

1 1 1 Ausente

Ja aconteceu você pensar que ouviu vozes quando você estava sozinho? O que você ouviu?

2 2 2

Abaixo do limiar:
Suspeito ou provável.

Você alguma vez ouviu alguém chamar seu nome mesmo quando não havia ninguém por perto? Que tipo de coisas você ouviu?

3 3 3

Limiar: Presente com certeza.

Alguma vez você já ouviu música que outras pessoas não ouviram?

Ja aconteceu você ver coisas que, de verdade, não estavam ali?

Passado

Poderiam ser sombras ou outros objetos se movendo? E você já pensou que viu fantasmas? Quando? Isto acontece só a noite? E quando você está tentando dormir ou acontece de dia também? O que você viu?

P C R

Nota: Se há possibilidade de alucinações estarem presentes, antes de pontuar esse item avalie a convicção da pessoa sobre a realidade das alucinações com as perguntas abaixo:

O que você pensou que era?

Você pensou que era sua imaginação ou alguma coisa verdadeira?

Você pensou que era de verdade quando você (viu, ouviu, etc.)?

Essas vozes que você escuta (ou outras alucinações) ocorrem quando você está acordado ou dormindo? Poderia ter sido um sonho?

Elas acontecem quando você está começando a dormir? Acordado?

Só quando está escuro?

Acontece também em alguma outra hora?

Quando isso aconteceu você estava com febre?

Você tinha tomado alguma bebida alcoólica como cerveja, batidinha, pinga, vinho?

Tinha usado alguma droga quando isso aconteceu?

Era mais parecido com um pensamento, com uma voz (som, barulho)

ou com uma visão / imagem?

2. Delírio

Você sabe o que é imaginar coisas? O que é?

0 0 0

Nenhuma informação

Alguma vez sua imaginação já lhe pregou um susto? Que tipo de susto?

Fale mais sobre isso.

1 1 1

Ausente

Você tem idéias ou pensamentos sobre certas coisas

que você nunca disse a ninguém com medo deles não se entenderem?

Que idéias? Você acredita em coisas que outras pessoas não acreditam?

Em que, por exemplo?

2 2 2

Abaixo do limiar:
Suspeito ou
provavelmente delirante.

Pergunte sobre cada um dos delírios citados abaixo:

Teve alguma vez que você achou que alguém queria machuca-lo?

Quem? Por que?

3 3 3

Limiar: Claramente delirante.

Você já achou que você é uma pessoa importante ou famosa?

Quando você está com pessoas que você não conhece você pensa

que eles estão falando sobre você?

Passado**P C R**

Alguma vez você sentiu que estava acontecendo alguma coisa diferente ou estranha com o seu corpo? Como se houvesse alguma coisa muito errada com ele ou que ele estivesse se estragando por dentro?

Você já se sentiu com a certeza de que o mundo estava acabando?

Com que frequência você pensava nisso?

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER UM DOS ITENS ANTERIORES, COMPLETE A SEÇÃO (ATUAL), SUPLEMENTO Nº 2, DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO, EM QUALQUER UM DOS ITENS ANTERIORES, COMPLETE A SEÇÃO (PASSADO), SUPLEMENTO Nº 2, DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

NENHUMA EVIDÊNCIA DE PSICOSE.

NOTA: (Registre datas de prováveis delírios e alucinações no passado ou atual).

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**1. Eventos Traumáticos**

Códigos: 0 = Nenhuma Informação; 1 = Não; 2 = Sim

Perguntas: *Eu vou lhe fazer algumas perguntas, e quero saber se algumas dessas coisas já aconteceram com você, mesmo que tenha sido só uma vez.*

	Critério	Pais Alguma vez	Criança Alguma vez	Resumo Alguma vez
a. Acidente de Carro				
<i>Você já sofreu algum acidente de carro? O que aconteceu? Você se machucou? Esse acidente foi sério? Alguém que estava no carro se machucou?</i>	Acidente de carro significativo no qual a criança ou outro ocupante se machucou e necessitou atenção médica.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Outros Acidentes				
<i>Você já sofreu algum outro tipo de acidente sério? De bicicleta? Algum outro? O que aconteceu? Você se machucou? E outras pessoas?</i>	Acidente significativo no qual a criança ou outra pessoa chegou a se machucar e necessitou atenção médica.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Fogo				
<i>Você já viu algum incêndio perigoso de perto? Alguma vez sua casa ou escola pegaram fogo? Você já colocou fogo em alguma coisa que depois virou incêndio? O que aconteceu? Alguém ficou ferido? Estragou muita coisa?</i>	Criança provocou ou testemunhou incêndio que causou significativo dano material ou dano físico de moderado a grave.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d. Testemunha de Desastre				
<i>Alguma vez você já viveu ou viu, de perto, alguma situação perigosa como uma enchente, inundação, desmoronamento, desabamento de morro ou casa?</i>	Criança testemunhou um desastre que causou grande estrago.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e. Testemunha de Transgressão Violenta				
<i>Você já viu algum assalto de perto? E alguma troca de tiros? Você já viu alguém levar um tiro? E alguém sair ferido por outro tipo de arma? O que aconteceu? Onde você estava quando isso aconteceu? Alguém ficou machucado?</i>	Criança testemunhou uma transgressão violenta ou situação ameaçadora.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
f. Vítima de Transgressão Violenta				
<i>Alguém já agrediu você para roubar seu dinheiro ou suas coisas? O que aconteceu? Você se machucou?</i>	Criança vítima de transgressão violenta ou situação ameaçadora.	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	Critério	Pais Alguma vez	Criança Alguma vez	Resumo Alguma vez
h. Testemunha de Violência Doméstica				
<i>Alguma vez seus pais (ou substitutos) já tiveram alguma briga muito feia entre eles, de se xingarem ou de um bater no outro? Qual foi a pior briga que eles tiveram? O que aconteceu?</i>	Criança testemunhou discussões com agressão física ou ameaças de agressões.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
i. Abuso Físico				
<i>Seus pais (ou substitutos) já bateram em você? Você já apanhou de ficar com machucados ou marcas no corpo? Já o machucaram de algum outro jeito? O que aconteceu?</i>	Foi machucado em mais de uma ocasião ou sofreu lesões mais sérias.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
j. Abuso Sexual				
<i>Alguém já tentou passar a mão em você de algum jeito que você achou estranho ou que fez você se sentir mal? O que aconteceu?</i>	Acontecimento isolado ou repetido de assédio sexual, sexo oral, anal ou vaginal.	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Essa pessoa chegou a dizer para você tirar a roupa ou quis deitar na cama com você ou passou a mão no seu corpo de um modo que você não gostou? Pediu para você tocar no corpo (partes íntimas) dela?</i>				
k. Outros				
<i>Tem alguma outra coisa que aconteceu com você ou que você tenha visto que foi muito ruim ou assustador, e que você gostaria de me contar?</i>	Registre o acontecimento: _____ _____ _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2

SE HÁ EVIDÊNCIA DE EVENTO TRAUMÁTICO COMPLETE AS QUESTÕES DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NA PÁGINA SEGUINTES.

SE NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE EVENTO TRAUMÁTICO A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO TERMINOU.

COMPLETE OS SUPLEMENTOS APROPRIADOS ANTES DE PREENCHER A FOLHA DE RESUMO DOS DIAGNÓSTICOS.

NOTA: (Registre datas de eventos traumáticos no presente e no passado).

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**Itens de Rastreamento**

Códigos: 0 = Nenhuma Informação; 1 = Não; 2 = Sim

Só pontue positivo se o item estiver presente por mais de um mês.

Nota: Ao conversar sobre eventos traumáticos com crianças é importante empregar os termos usados por elas durante o diálogo.

	Pais EA	Pais EMGP	Criança EA	Criança EMGP	Resumo EA	Resumo EMGP
1. <u>Pensamentos ou Imagens Recorrentes do Evento</u> <i>Ja teve época em que _____ ficava vindo na sua cabeça a toda hora? Com que frequência? Isso aconteceu varias vezes ou só de vez em quando? Você pensava demais nisso? E hoje em dia?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. <u>Esforço Para Evitar Pensamentos ou Sentimentos Associados ao Trauma</u> <i>Que tipo de coisa você já fez para não pensar no _____? Você tentava se distrair, brincar ou ver TV? Você procurava dormir para esquecer ou não pensar no _____? E hoje em dia?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. <u>Pesadelos (recorrentes)</u> <i>Depois que _____ aconteceu, você já teve muitos pesadelos ou sonhos ruins? Você já sonhou com _____? Quantas vezes? O que você sentia quando acordava desses pesadelos? E hoje em dia?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. <u>Insônia</u> <i>Depois que _____ aconteceu, você teve dificuldade para pegar no sono (começar a dormir) ou para dormir a noite inteira? Quanto tempo você demorava para começar a dormir? Você acordava no meio da noite? E hoje em dia?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. <u>Irritabilidade ou Crises de Raiva</u> <i>Depois que _____ aconteceu, você ficou mais irritado ou mal-humorado? Você começou a ter muitos ataques de raiva? E hoje em dia?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

SE RECEBEU ESCORE DE 2 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS ACIMA, COMPLETE O RESTANTE DOS ITENS PARA TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (ATUAL) DA PROXIMA PAGINA.**SE RECEBEU ESCORE DE 2 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS ACIMA COMPLETE O RESTANTE DOS ITENS PARA TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (PASSADO) DA PROXIMA PAGINA.****NOTA: (Registre datas de possível Transtorno de Estresse Pós-Traumático atual ou no passado).**

	Pais EA	Pais EMGP	Criança EA	Criança EMGP	Resumo EA	Resumo EMGP
3. <u>Exposição a Estímulos que Simbolizam ou se Assemelham ao Evento Provoca Intensa Aflição</u>						
<i>Você já esteve em algum lugar que fez você lembrar do _____?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Como você se sentiu nessa hora?</i>						
<i>Você já viu pessoas na rua que fizeram você lembrar do _____?</i>						
<i>Como você se sentiu nessa hora?</i>						
<i>Isso fez você sentir como se tudo fosse acontecer outra vez?</i>						
<i>E outras coisas o fazem sentir como se tudo fosse acontecer outra vez?</i>						
<i>Tem alguma data especial ou hora do dia que faz você lembrar do _____ e que o faz se sentir como se tudo estivesse acontecendo outra vez?</i>						
4. <u>Esforço para Evitar Atividades ou Situações que Despertam a Lembrança do Trauma</u>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Você me disse que algumas vezes _____ o faz lembrar do que lhe aconteceu.</i>						
<i>Você tenta evitar _____?</i>						
5. <u>Incapacidade para Relembrar um Aspecto Importante do Trauma</u>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Você consegue se lembrar de tudo o que aconteceu?</i>						
<i>Se você tentar se lembrar de todos os detalhes, você consegue?</i>						
<i>Se não: Parece que deu um branco na sua cabeça?</i>						
6. <u>Interesse Diminuído nas Atividades</u>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Desde que _____ aconteceu, você passou a ficar sem vontade de fazer nada (desinteressado, entediado)?</i>						
<i>As coisas que você gostava de fazer, agora ficaram meio chatas ou sem graça?</i>						
7. <u>Sentimentos de Desapego/ Desligamento Afetivo</u>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<i>Você é de confiar nas pessoas?</i>						
<i>Você é do tipo que gosta de estar na companhia de pessoas, de amigos, ou você prefere ficar mais sozinho?</i>						
<i>Foi depois que _____ aconteceu, ou você já era assim?</i>						
<i>E como se você não gostasse mais de estar com pessoas a sua volta e antes você gostava?</i>						
<i>Você se sente sozinho, mesmo quando você está junto de outras pessoas?</i>						

sudorese, tremores, náuseas, entre outros)						
14. Limitação	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
a. Socialmente (com crianças da mesma idade):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Com a Família:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Na Escola:	_____	_____	_____	_____	_____	_____
15. Duração: (em semanas)						
16. Evidência de Transtorno de Estresse Pós – Traumático					Resumo EA	Resumo EMGP
I. Crítérios do DSM III-R						
1. Pelo menos <u>um</u> dos itens de Revivência:					0 1 2	0 1 2
1. Pensamentos ou Imagens Recorrentes do Evento, 2. Pesadelos, 3. Brincadeiras Repetitivas, 4. Episódio Dissociativo, Ilusões ou Alucinações, ou 5. Sensação Afetiva devido Exposição;						
2. Pelo menos <u>três</u> dos itens de Evitação Persistente:						
1. Evita Pensamentos ou Sentimentos Associados ao Trauma, 2. Evita Atividades, 3. Incapacidade de Lembrar, 4. Interesse Diminuído, 5. Sentimento de Desapego/Afastamento, Afeto Embotado ou 6. Sensação de um Futuro Limitado;						
3. Pelo menos <u>dois</u> dos itens de Excitabilidade Aumentada:						
1. Insônia, 2. Irritabilidade, 3. Dificuldade de Concentração, 4. Hipervigilância, 5. Resposta de Sobressalto Exagerada ou 6. Reatividade Fisiológica; e						
4. Duração de pelo menos um mês.						
II. Crítérios do DSM IV						
A - Pelo menos <u>um</u> dos itens de Revivência:					0 1 2	0 1 2
O evento traumático é persistentemente revivenciado de um (ou mais) dos seguintes modos:						
1. Relembraças recorrentes, intrusivas e afetivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções (em crianças pequenas podem se manifestar por meio de brincadeiras repetitivas sobre o trauma).						
2. Sonhos afetivos com o evento (em crianças pequenas podem ocorrer pesadelos inespecíficos).						
3. Age ou sente como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (episódios dissociativos, ilusões ou alucinações).						
4. Intensa sensação afetiva devido à exposição a estímulos que se parecem ou simbolizam aspectos do trauma.						
5. Reatividade fisiológica a estímulos.						
B - Pelo menos <u>três</u> dos itens de Evitação Persistente:						
1. Evita pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma.						
2. Evita atividades lugares ou pessoas que façam lembrar o trauma.						
3. Incapacidade de lembrar importantes aspectos do trauma.						
4. Diminuído interesse ou participação em atividades importantes.						
5. Sentimento de desapego ou desligamento afetivo.						
6. Incapacidade para sentir emoções.						
7. Sentimento de um futuro limitado.						
C - Pelo menos <u>dois</u> dos itens de Excitabilidade Acentuada:						
1. Insônia.						
2. Irritabilidade.						
3. Dificuldade de concentração.						

4. Hipervigilância.
5. Resposta de sobressalto exagerada.

D - Duração de pelo menos um mês; e

E - Evidência de sofrimento clinicamente significativo ou limitação funcional.

17. Evidência de Transtorno de Estresse Agudo
(somente critério do DSM-IV)

Seja ao vivenciar, seja imediatamente após vivenciar o acontecimento traumático, três dos seguintes sintomas dissociativos são claramente confirmados:

- 1) Sensação subjetiva de embotamento, desapego ou ausência de resposta emocional;
- 2) Diminuição da percepção do ambiente circundante (p.ex., estar atordoado);
- 3) Desrealização;
- 4) Despersonalização; ou
- 5) Incapacidade de relembrar aspectos importantes do trauma.

Além disso, se o acontecimento traumático é revivido, há evidência de evitação acentuada de estímulos que despertam recordação do trauma, sintomas acentuados de maior excitabilidade e limitação no funcionamento. Os sintomas persistem por pelo menos dois dias e no máximo por quatro semanas, e ocorrem até quatro semanas após o evento traumático.

Resumo EA	Resumo EMGP
--------------	----------------

0 1 2	0 1 2
-------	-------

ANOREXIA NERVOSA

Comence a seção com uma breve (2-3 minutos) entrevista semi-estruturada para obter informações sobre hábitos alimentares: *Em relação ao seu peso, você se sente bem? Você gostaria de mudar o seu peso (para ficar mais magra ou mais gorda)? Você se acha gorda? Você já quis ser mais magra? Por que? Você se acha gorda demais ou só um pouco? Você já fez algum tipo de dieta (ou exercícios para emagrecer)? Quanto você pesava antes da dieta (ou exercícios)? Quantos quilos você quis emagrecer? Você conseguiu? Você está com esse peso hoje em dia? Se você tivesse emagrecido tanto quanto você queria, que diferença isso teria feito em sua vida?*

	P	C	R	
1. Medo de Tornar-se Obesa				
<i>Alguma vez você teve medo de ficar gorda?</i>	0	0	0	Nenhuma informação.
<i>Ja teve época em que você achou que estava gorda?</i>	1	1	1	Ausente.
<i>Era só você que achava ou outras pessoas também achavam? (Quem?)</i>	2	2	2	Abaixo do limiar. Medo intenso e persistente de tornar-se gorda, incompatível com a história do peso anterior e/ou peso atual e com a opinião das pessoas, etc. O medo tem impacto somente moderado no comportamento e/ou funcionamento (p.ex., métodos para perda de peso utilizados pelo menos 1 vez ao mês, mas menos que 1 vez por semana).
<i>Você estava sempre prestando atenção se o tipo de comida que você comia ia engorda-la?</i>	3	3	3	Limiar. Medo persistente e intenso de tornar-se gorda, com grave impacto no comportamento e/ou funcionamento (p.ex., constante preocupação com o peso; métodos para perda de peso utilizados 1 vez por semana ou mais).
<i>Depois: você ficava pensando no que tinha comido? O tempo todo?</i>				
<i>Você tinha medo de comer algum tipo de comida? (Que tipo de comida? Por que?)</i>				
<i>Achava que elas poderiam engorda-la? (Quando você percebia que tinha engordado um pouquinho, o que você fazia?)</i>				
<i>Deitava de comer determinadas comidas? (peça exemplos). O que mais você fazia para ficar magra?</i>				
<i>Você já chegou a ficar um dia inteiro sem comer para emagrecer? E dias inteiros?</i>				
<i>Você fazia coisas para perder peso só de vez em quando ou pelo menos uma vez por semana?</i>				
	Passado			
	P	C	R	
2. Magreza				
<i>O peso é menor que o ideal para a altura (ver tabela/ curva pondero-estatural). Se, por observação, existe alguma suspeita de emagrecimento, pese a criança, e olhe na tabela/curva.</i>	0	0	0	Nenhuma informação.
<i>Se há dúvida, não pergunte, só pese a criança.</i>	1	1	1	Ausente.
<i>Nota: Não pontue positivamente se a perda de peso é devida a condições de saúde.</i>	2	2	2	Abaixo do limiar: Peso abaixo de 90 % do ideal.
	3	3	3	Limiar: Peso abaixo de 85% do ideal.
	Passado			
	P	C	R	

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE ANOREXIA NERVOSA (ATUAL) NO SUPLEMENTO Nº5, DE ABUSO DE SUBSTÂNCIA E OUTROS TRANSTORNOS APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS PRÉVIOS, COMPLETE A SEÇÃO DE ANOREXIA NERVOSA (PASSADO) NO SUPLEMENTO Nº5, DE ABUSO DE SUBSTÂNCIA E OUTROS TRANSTORNOS APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ NENHUMA EVIDÊNCIA DE ANOREXIA NERVOSA.

NOTA: (Registre datas de possível Anorexia Nervosa atual e no passado).

BULIMIA NERVOSA**1. Métodos Para Perda de Peso**

Alguma vez você já usou remédio para emagrecer ou controlar o seu peso?

E laxantes ou diuréticos para perder peso? Algumas vezes você provocou vômito?

Você já fez muito exercício, mais do que de costume, para perder peso? O que você fez? Durante quantas horas por dia?

Você já chegou a ficar uma semana sem comer, só tomando líquidos sem calorias (chá, refrigerantes diet, café, água)?

Códigos: 0 = Nenhuma informação; 1 = Ausente; 2 = Menos que uma vez por semana; 3 = Duas ou mais vezes por semana

	Pais EA	Pais EMGP	Criança EA	Criança EMGP	Resumo EA	Resumo EMGP
a. Faz uso de remédios para emagrecer.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Faz uso de laxantes.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Faz uso de diuréticos.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Força o vômito.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Faz excesso de exercício.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. Toma só líquidos não-calóricos por uma semana ou mais.....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Frequência combinada de todos os métodos utilizados para perder peso (verificar se utiliza métodos variados que no todo alcançam a frequência de uma ou mais vezes por semana).....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

2. Ataques ou Episódios de Compulsão Alimentar**P C R**

Episódios definidos e recorrentes de ingestão fora do controle, rápida e excessiva de comidas de alto valor calórico e de fácil ingestão durante, no máximo, umas poucas horas durante as quais o paciente geralmente se esconde e só cessando devido empanturramento ou mesmo dor abdominal ou vômito. Podem ser seguidos por humor depressivo e sentimento de baixa auto-estima. Um episódio típico de compulsão alimentar, em geral, envolve o consumo de mais calorias que as contidas numa refeição normal.

0 0 0 Nenhuma informação.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Abaixo do limiar:
Episódios de compulsão alimentar ocorrendo menos que uma vez por semana.

Alguma vez você teve "ataque de comer" em exagero, em que você não conseguia parar? Durante esse(s) ataque(s) qual foi o máximo de comida que você já comeu de uma só vez?

Ja aconteceu de você comer tanto que se sentiu mal, empanturrado?

Com que frequência isso aconteceu? Quantas vezes na semana?

Durante quantos meses? (verifique os aspectos mencionados na descrição acima)

O que fazia você ter um ataque desses (de comer demais sem conseguir parar)?

O que você costumava comer nessas horas?

Você provocava vômito depois deles (dos ataques de comer)?

Em geral, você costumava estar só durante esses ataques?

Você tinha esses ataques de comer perto de outras pessoas?

Alguém sabia que você tinha esses ataques?

3 3 3 Limiar: Episódios de compulsão alimentar ocorrendo pelo menos duas vezes por semana.

Passado

P C R

Nota: Não considere como compulsão alimentar as orgias alimentares típicas de adolescentes (p. ex. sair com amigos para comer pizza e tomar sorvete).

SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS MÉTODOS DE PERDA DE PESO OU NO ITEM DE COMPULSÃO ALIMENTAR COMPLETE A SEÇÃO DE BULMIA (ATUAL) NO SUPLEMENTO N°5, DE ABUSO DE SUBSTÂNCIA E OUTROS TRANSTORNOS, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

USO DE CIGARRO / FUMO

(Códigos: 0 = Nenhuma Informação; 1 = Não; 2 = Sim)

1. <u>Uso:</u>	Pais	Criança	Resumo
a. Alguma vez fumou?	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Alguma vez mascarou fumo?	0 1 2	0 1 2	0 1 2

_ SE ALGUMA VEZ FUMOU CIGARROS, COMPLETE AS QUESTÕES ABAIXO.

_ SE NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE USO DE CIGARRO, VÁ PARA A SEÇÃO DE ABUSO DO ALCOOL NA PRÓXIMA PÁGINA.

1. <u>Quantidade de uso de cigarro:</u>	Pais	Criança	Resumo
a. Uso atual (cigarros/dia)	_____	_____	_____
b. Maior quantidade de uso (cigarros/dia)	_____	_____	_____
Idade: _____			
3. Idade do início do uso regular: (um cigarro por dia ou mais)	_____	_____	_____
4. Alguma vez tentou largar	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. Alguma vez largou	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6. Se SIM, anote o tempo mais longo em meses	_____	_____	_____

USO DE ÁLCOOL

Comece a seção com uma breve (2-3 minutos) entrevista semi-estruturada para obter informação sobre hábito de beber.

Questões:*Que idade você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?**O que você prefere beber?**Você tem um grupo de amigos com quem geralmente costuma beber ou você costuma beber sozinho?**Onde você costuma beber? Em casa? Festas? Casa de amigos? Na rua? No bar?**Tem ocasiões especiais que são mais prováveis de você beber do que em outras? Festas?**Quantos anos você tinha quando você começou a beber com certa frequência (dois drinks ou mais por semana)?**Nesses últimos seis meses, você chegou a beber pelo menos dois drinks ao longo de uma mesma semana?**Quantas vezes?*

(Códigos: 0 = Nenhuma Informação; 1 = Não; 2 = Sim)

1. <u>Uso:</u>	Pais	Criança	Resumo
a. Idade do início do uso regular.	— —	— —	— —
b. Bebeu dois <i>drinks</i> por semana, quatro vezes ou mais.	0 1 2	0 1 2	0 1 2

_ SE RECEBEU PONTUAÇÃO DE 1 NO ITEM PRÉVIO, CONTINUE COM AS QUESTÕES DA PRÓXIMA PÁGINA

_ SE NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE USO DE ÁLCOOL NO PRESENTE OU NO PASSADO, VÁ PARA A SEÇÃO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIA.

ABUSO DE ÁLCOOL

(Códigos: 0 = Nenhuma Informação; 1 = Não; 2 = Sim)

1. Quantidade	P	C	R
<i>Qual foi a maior quantidade de bebida que você já tomou em um só dia? Quando foi isso?</i>	0	0	0
<i>Nos últimos seis meses, qual foi a maior quantidade de bebida que você tomou em um só dia?</i>	1	1	1
	2	2	2
	Passado		
	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}
2. Frequência	0	0	0
<i>Durante uma semana, qual foi o maior número de dias que você tomou alguma bebida alcoólica?</i>	1	1	1
<i>Você costuma beber sexta e sábado à noite? No meio da semana também?</i>	2	2	2
	Passado		
	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}
3. Preocupação dos Outros com Bebida	0	0	0
<i>Alguém já reclamou de você beber?</i>	1	1	1
<i>Amigos? Pais? Professores?</i>	2	2	2
<i>Alguma vez você se preocupou com isso, de algum modo?</i>	Passado		
	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 2 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS ACIMA, COMPLETE A SEÇÃO DE ABUSO DE ÁLCOOL (ATUAL) NO SUPLEMENTO N^o5, ABUSO DE SUBSTÂNCIAS E OUTROS TRANSTORNOS, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 2 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS ACIMA, COMPLETE A SEÇÃO DE ABUSO DE ÁLCOOL (PASSADO) NO SUPLEMENTO N^o5, ABUSO DE SUBSTÂNCIAS E OUTROS TRANSTORNOS, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ NENHUMA EVIDÊNCIA DE ABUSO DE ÁLCOOL.

NOTA: (Registre datas de possível Abuso de Álcool atual ou no passado).

	Passado	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}
2. Frequência				
<i>Durante uma semana, qual foi o maior número de dias que você tomou alguma bebida alcoólica?</i>	0 0 0			Nenhuma informação.
<i>Você costuma beber sexta e sábado à noite?</i>	1 1 1			1-2 dias.
<i>No meio da semana também?</i>	2 2 2			3 ou mais dias.
	Passado	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}
3. Preocupação dos Outros com Bebida				
<i>Alguém já reclamou de você beber?</i>	0 0 0			Nenhuma informação.
<i>Amigos? Pais? Professores?</i>	1 1 1			Não.
<i>Alguma vez você se preocupou com isso, de algum modo?</i>	2 2 2			Sim.
	Passado	\bar{P}	\bar{C}	\bar{R}

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 2 NA PONTUAÇÃO ATUAL EM QUALQUER DOS ITENS ACIMA, COMPLETE A SEÇÃO DE ABUSO DE ÁLCOOL (ATUAL) NO SUPLEMENTO Nº5, ABUSO DE SUBSTÂNCIAS E OUTROS TRANSTORNOS, APOS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ SE RECEBEU UM ESCORE DE 2 NA PONTUAÇÃO PASSADO EM QUALQUER DOS ITENS ACIMA, COMPLETE A SEÇÃO DE ABUSO DE ÁLCOOL (PASSADO) NO SUPLEMENTO Nº5, ABUSO DE SUBSTÂNCIAS E OUTROS TRANSTORNOS, APOS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

__ NENHUMA EVIDÊNCIA DE ABUSO DE ÁLCOOL.

NOTA: (Registre datas de possível Abuso de Álcool atual ou no passado).

USO DE SUBSTÂNCIAS

(Códigos: 0 = Nenhuma Informação; 1 = Não; 2 = Sim)

*Você conhece alguém que usa droga? E você, já experimentou?***Antes de iniciar esta seção dê ao entrevistado a lista de drogas incluída no final desse pacote de entrevista. Lembre a criança sobre a natureza confidencial da entrevista antes de começar as perguntas (se apropriado).****1. Uso de Drogas:***Mesmo que tenha sido só uma vez, você pode me dizer se já usou alguma dessas drogas dessa lista? Qual delas? Ainda usa?*

	Pais Alguma vez	Criança Alguma vez	Resumo Alguma vez
a. <u>Maconha</u> (haxive, "fininho", "marrom", "baseado").....	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. <u>Estimulantes</u> (metanfetamina, "ice", "bolinha", "rebite", "boleia", <i>Moderax, Reactivan, Hipofagin, Pervertin,</i> <i>Inibex, Preludin</i>).....	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. <u>Tranquilizantes/ Ansiolíticos</u> (sedativos, calmantes, <i>Valium, Lexotan, Discapon, Dienpax, Librium, Lorax,</i> <i>Rolypnol, Daimadorm</i>).....	0 1 2	0 1 2	0 1 2
d. <u>Cocaína</u> ("pó", "brilho", "crack", "merla", "pipa", "pedra" pasta-base).....	0 1 2	0 1 2	0 1 2
e. <u>Narcóticos</u> (heroína, morfina, codeína, xaropes de tosse: <i>Belacodid, Tylen, Elixir Paragorico, Algofan, dolamina,</i> <i>meperidina e demerol)</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2
f. <u>PCP</u> (Fenciclidina: não é usada no Brasil).....	0 1 2	0 1 2	0 1 2
g. <u>Alucinógenos</u> (LSD, "ácido", "selo", "microponço") Psicocibina (cogumelos), Mescalina (cacto).....	0 1 2	0 1 2	0 1 2
h. <u>Solventes/Inalantes</u> (Cola de sapateiro, esmalte, benzina, "lolo", benzina, acetona, gasolina, aguarráz, éter, thinner, tintas, "lança-perfume").....	0 1 2	0 1 2	0 1 2
i. <u>Outras</u> "éxtase", "pílula do amor", MDMA.....	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Especificar: _____

_ SE USOU QUALQUER DROGA, COMPLETE O ITEM DA PRÓXIMA PÁGINA.

_ SE NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE USO DE SUBSTÂNCIA ATUAL OU NO PASSADO, VÁ PARA A PRÓXIMA SEÇÃO.

ABUSO DE SUBSTÂNCIA1. Frequência

Nos últimos seis meses, qual a maior quantidade de _____ que você usou?

Todos os dias ou quase todos os dias?

Pelo menos por uma semana? Menos? Mais? Teve vez que você usou mais _____?

Código:

0 = Nenhuma Informação

1 = Ausente

2 = Menos que uma vez ao mês.

3 = Mais que uma vez ao mês.

	Pais EA	Pais EMGP	Criança EA	Criança EMGP	Resumo EA	Resumo EMGP
a. <u>Maconha</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. <u>Estimulantes</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. <u>Tranquilizantes / Ansiolíticos</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. <u>Cocaína</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. <u>Narcóticos</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. <u>PCP</u> (não é usada no Brasil).....	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. <u>Alucinógenos</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. <u>Solventes/Inalantes</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. <u>Outros</u>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
j. <u>Coquetel de Substância</u>						

_ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NO ITEM DE FREQUÊNCIA ATUAL PARA QUALQUER DROGA, COMPLETE A SEÇÃO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIA (ATUAL) NO SUPLEMENTO N°5, ABUSO DE SUBSTÂNCIA E OUTROS TRANSTORNOS, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

_ SE RECEBEU UM ESCORE DE 3 NO ITEM DE FREQUÊNCIA PASSADO PARA QUALQUER DROGA, COMPLETE A SEÇÃO DE ABUSO DE SUBSTÂNCIA (PASSADO) NO SUPLEMENTO N°5, ABUSO DE SUBSTÂNCIA E OUTROS TRANSTORNOS, APÓS TERMINAR A ENTREVISTA DE RASTREAMENTO.

_ NENHUMA EVIDÊNCIA DE ABUSO DE SUBSTÂNCIA.

NOTA: (Registre datas de possível abuso de substância atual ou no passado).

LISTA DAS DROGAS**Maconha**

haxive, “fininho”, “marrom”, “baseado”

Estimulantes

metanfetamina, “ice”, “bolinha”, “rebite”, *Moderex, Reactivan, Hipofagin, Pervertin, Imibex, Preludin*

Tranqüilizantes / Ansiolíticos

sedativos, calmantes, *Valium, Lexotan, Diazepam, Dienpax, Librium, Lorax, Roypmol, Daimadorm*

Cocaina

“pó”, “crack”, “brilho”, “merla”, “pipa”, “pedra”, pasta-base

Narcóticos

heroína, morfina, dolantina, codeína, xaropes de tosse: *Belacodid, Tylex; Elixir Paregórico, Algafan, methadona, demerol*

PCP

fenciclidina: não é usada no Brasil

Alucinógenos

LSD (“ácido”, “selo”, “microponto”), psicocibina (cogumelos), mescalina (cacto)

Solventes, Inalantes

cola de sapateiro, esmalte, “loló”, benzina, acetona, gasolina, aguarráz, éter, thinner, tintas, “lança-perfume”, clorofórmio

Outras

“êxtase”, “pílula do amor”

9.7 Entrevista semiestruturada realizada com os responsáveis

- Gostaria de saber se houve alguma situação difícil pela qual seu filho (a) ou criança pela qual você é responsável passou. O que era e como ocorreu?

-Você percebeu algum comportamento diferente na criança após a situação difícil?

- Gostaria que você me relatasse se após a situação difícil, você procurou alguém próximo para conversar sobre o que aconteceu. Você pode me dizer quem era essa pessoa e como você se sentiu?

- Você chegou a buscar ajuda em algum Serviço de Saúde?