

Reações Pós-Traumáticas em Crianças: Como, Por Que e Quais Aspectos Avaliar?

Luiziana Souto Schaefer

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Beatriz de Oliveira Meneguello Lobo

Centro Universitário Ritter dos Reis

Alice Einloft Brunnet

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Christian Haag Kristensen

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RESUMO

A vivência de eventos traumáticos nos primeiros anos de vida impacta o desenvolvimento infanto-juvenil em diferentes níveis, com repercussões psicológicas, neurobiológicas e sociais. Este artigo discutiu a avaliação clínica das reações pós-traumáticas em crianças e adolescentes, incluindo questões relacionadas à manifestação dos sintomas, às consequências a longo prazo e aos instrumentos de avaliação disponíveis. Foi apresentado um modelo ilustrativo dos fatores de risco para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático em crianças. Concluiu-se que a avaliação precoce é fundamental para a detecção de fatores de risco e indicação de diferentes intervenções, servindo como fonte de prevenção secundária.

Palavras-chave: Avaliação psicológica; transtornos de estresse pós-traumáticos; fatores de risco; criança.

ABSTRACT

Post-traumatic reactions in children: How, why and which aspects evaluate?

Experiencing traumatic events early in life impacts the development of children and youth at different levels, affecting psychological, neurobiological and social. This article discussed the clinical evaluation of post-traumatic reactions in children and adolescents, including issues related to the manifestation of symptoms, the long-term consequences and evaluation tools available. This article presented an illustrative model of risk factors for post-traumatic stress disorder in children. It was concluded that early assessment is essential for the detection of risk factors and prescription of different interventions, serving as a source of secondary prevention.

Keywords: psychological assessment; post-traumatic stress disorders; risk factors; child.

POR QUE AVALIAR?

Eventos estressores traumáticos envolvem a experiência pessoal direta, o testemunho ou o conhecimento de situações cujo conteúdo inclui morte, sério ferimento ou ameaça à integridade física da própria pessoa ou de outros (American Psychiatric Association [APA], 2014). Na infância e adolescência, tais situações podem envolver abuso físico e sexual, negligência, acidentes automobilísticos, queimaduras, assaltos, agressões de entes queridos ou violência intrafamiliar, desastres naturais, entre outros (APA, 2014; Hagan, Sulik & Lieberman, 2015). Os tipos de

trauma mais vivenciados na infância são experiências recorrentes e tipicamente de natureza interpessoal (Scoboria, Ford, Lin, & Frisman, 2010). Estima-se que entre 25 a 87% dos indivíduos vivenciam um evento traumático ao longo da infância ou adolescência (Elklit, 2002).

A vivência destas situações já nos primeiros anos de vida impacta o desenvolvimento infanto-juvenil em diferentes níveis, com repercussões do ponto de vista neuropsicológico, neurobiológico e social, podendo resultar em consequências que se prolongam na vida adulta (Dannlowski et al., 2012; Irigaray et al, 2013;

Yehuda, Halligan, & Grossman, 2001). Entre elas, está o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que caracteriza-se por um conjunto de sintomas que se desenvolvem após um evento traumático. Esses sintomas podem ser agrupados nos seguintes *clusters*: (a) evitação e entorpecimento, (b) excitabilidade aumentada, (c) revivência, (d) alterações no humor e (e) alterações em cognições (APA, 2014). Os estudos de prevalência do TEPT ao longo da vida em crianças e adolescentes indicam taxas que variam entre 0,4% e 9% (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007; Elklit, 2002; Ximenes, Oliveira, & Assis, 2009). Essas diferenças na prevalência podem ocorrer de acordo com o tipo de evento traumático experienciado pela vítima (Shenk, Putnan, Rausch, Peugh, & Noll, 2014). As consequências mais destrutivas do TEPT para as crianças dizem respeito, principalmente: (1) ao prejuízo na capacidade da vítima se envolver em atividades normais do desenvolvimento, devido a dificuldades de socialização, prejuízos na escola, entre outros; e (2) à vulnerabilidade aumentada para eventos traumáticos no futuro, em virtude da disfunção biopsicológica decorrente do trauma (Lubit, Hartwell, van Gorp, & Eth, 2002).

Maus-tratos na infância apresentam efeitos duradouros na saúde mental, como problemas com álcool e drogas, comportamento sexual de risco, obesidade, queda no desempenho escolar, comportamentos criminosos, risco de suicídio, além de vulnerabilidade aumentada para psicopatologias, desencadeadas tanto na infância quanto na idade adulta (Gilbert et al., 2009; Irigaray et al., 2013; Wherry, Baldwin, Junco & Floyd, 2013). Por exemplo, estudo realizado a partir dos dados do *National Comorbidity Survey* (NCS), cujo objetivo era verificar a relação entre abuso sexual na infância e transtornos psiquiátricos subsequentes na população geral norte-americana, encontrou que a prevalência de diagnósticos mentais ao longo da vida foi mais alta entre aqueles que sofreram abuso sexual na infância (Molnar, Buka, & Kessler, 2001). Nesse sentido, indivíduos que passaram por situações de violência nos primeiros anos de vida têm quase cinco vezes mais chances de desencadearem TEPT na idade adulta frente a um evento traumático subsequente, se comparados com aqueles indivíduos sem histórico de traumas na infância (Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999).

Os efeitos deletérios da exposição a estressores sobre o sistema nervoso central (SNC) é outro aspecto que tem recebido a devida atenção dos pesquisadores

(De Bellis & Thomas, 2003). Eventos de vida adversos, especialmente aqueles que ocorrem durante a infância, podem promover ou inibir a maturação funcional de estruturas neurais responsáveis pelo processamento cognitivo, bem como circuitos neurobiológicos envolvidos na resposta endócrina e imune ao estresse (Cirulli et al., 2009; De Bellis & Thomas, 2003; Seckl & Meaney, 2004).

Apesar da vivência de eventos estressores potencializar o risco do indivíduo para o desenvolvimento de psicopatologias, nem sempre são observadas alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) em crianças vítimas de violência, o que pode ser explicado pela predisposição genética (Neigh, Gillespie, & Nemeroff, 2009). Entretanto, em crianças que foram vítimas de maus-tratos e desenvolveram TEPT foram observadas altas concentrações de catecolaminas e cortisol, correlacionadas positivamente com a duração do trauma e a severidade dos sintomas de TEPT (De Bellis et al., 1999; Simmons et al., 2016). Por outro lado, baixos níveis de cortisol foram observados em meninas vítimas de abuso sexual (King, Mandansky, King, Fletcher, & Brewer, 2001). Embora não exista consenso sobre a direção das alterações do cortisol em indivíduos com TEPT, ainda assim é possível sustentar uma associação entre alterações no eixo HHA, níveis de cortisol e o TEPT (Bremner, 1999; Yehuda, 2001).

Diante de situações adversas, a liberação dos glicocorticóides, especialmente do cortisol, provoca muitas das respostas corporais do estresse. Este conjunto de alterações é um mecanismo adaptativo que evoluiu para lidar com estressores agudos (McEwen, 2003). Entretanto, quando esse sistema corporal de resposta do estresse permanece cronicamente ativado, os efeitos passam a ser nocivos. Grandes quantidades de cortisol, por exemplo, podem causar danos no hipocampo (Weiss, 2007), enquanto alterações no sistema imunológico tornam o indivíduo suscetível a várias doenças. Em crianças, os efeitos do cortisol no sistema imunológico ainda necessitam de investigações adicionais para que esta relação possa ser estabelecida.

A partir da revisão de estudos de neuroimagem, alterações neuroanatômicas foram observadas em crianças com TEPT ou TEPT subsindrômico em comparação àquelas que não desenvolveram o transtorno, como por exemplo: menor volume intracraniano, cerebral ou no córtex pré-frontal, atenuação na simetria do lobo frontal, áreas menores de

corpo caloso, maior volume de líquido cefalorraquidiano no lobo frontal, entre outros (De Bellis & Thomas, 2003).

Em suma, indivíduos reagem de maneiras diversas frente a diferentes eventos traumáticos e isto não é diferente com as crianças: nem todas desenvolvem alguma psicopatologia e isso pode ser explicado a partir de uma interação entre fatores genéticos e ambientais, que modulam processos neurobiológicos associados a questões de vulnerabilidade e resiliência (Gillespie, Phifer, Bradley, & Ressler, 2009; Kaminer, Seedat, & Stein, 2005). Em especial, experiências traumáticas vivenciadas na infância merecem maior atenção, tendo em vista que o impacto ocorre em períodos críticos do desenvolvimento cerebral e neuroimunoendócrino (Grassi-Oliveira, Kristensen, Brietzke, & Coelho, 2015). Portanto, a avaliação precoce das reações pós-traumáticas é fundamental para a detecção de fatores de risco e predição do desenvolvimento de psicopatologias, visto que, dependendo do grau de resiliência ou de vulnerabilidade que o indivíduo apresenta, diferentes intervenções podem ser indicadas (Friedman, 2009).

Crianças e adolescentes apresentam reações pós-traumáticas diferentes das dos adultos e específicas da fase do desenvolvimento em que se encontram (Dyregrov & Yule, 2006; Kaminer, Seedat, & Stein, 2005; Pynoos et al., 2009). Por isso, destaca-se a importância de uma avaliação apropriada para cada faixa etária para que se possa verificar amplamente o impacto do trauma e das reações pós-traumáticas, facilitando a indicação de intervenções (Cook-Cottone, 2004).

Para que isto seja possível, é necessário vasto conhecimento das reações pós-traumáticas descritas na literatura e dos instrumentos disponíveis para a avaliação (Cook-Cottone, 2004; Duarte, Bordin, Green, & Hoven, 2009). Por isso, este artigo tem como objetivo discutir a avaliação clínica das reações pós-traumáticas em crianças e adolescentes, incluindo questões relacionadas à manifestação dos sintomas, às consequências a longo prazo e aos instrumentos disponíveis na literatura nacional e internacional. Apesar da importância das variáveis neurobiológicas na etiologia e no curso das reações pós-traumáticas, conforme referido anteriormente, tais fatores fogem do escopo deste artigo e, portanto, não serão discutidos em profundidade.

EVENTOS ESTRESSORES TRAUMÁTICOS E REAÇÕES PÓS-TRAUMÁTICAS: O QUE AVALIAR?

A partir de uma perspectiva multifatorial, o desenvolvimento do TEPT é entendido a partir de um somatório de fatores individuais e ambientais que vulnerabilizam o indivíduo a reações pós-traumáticas desadaptativas (Trickey et al., 2012). Tais fatores serão subdivididos em pré, peri e pós-traumáticos, conforme apresentado no modelo ilustrativo (figura 1)

A vulnerabilidade biológica, os fatores demográficos e ambientais, as experiências traumáticas e as psicopatologias prévias podem configurar entre os fatores de risco presentes no indivíduo anteriormente a vivência do evento traumático (Kaminer, Seedat, & Stein, 2005; Trickey et al., 2012). Em virtude disso, no processo de avaliação, é fundamental, por exemplo, considerar o tipo, a duração e a vivência prévia ou simultânea de outros eventos traumáticos, pois tais fatores têm sido relacionados com a variedade e a intensidade das reações sintomatológicas posteriores (Bal, Oost, Bourdeaudhuij, & Crombez, 2003). Com relação a isso, sabe-se que crianças que vivenciaram traumas crônicos ou múltiplos eventos traumáticos estão em risco maior para efeitos mais graves do que aquelas que experienciaram incidentes únicos, sendo que a ocorrência simultânea de mais de um evento traumático é comum entre crianças e adolescentes (Jonkman et al., 2013; Schaefer, 2014; Suliman et al., 2009; Trickey et al., 2012). Por exemplo, crianças cujos pais são usuários de drogas estão em risco para sofrerem episódios de abusos físicos ou sexuais, assim como crianças negligenciadas podem sofrer queimaduras, se machucarem seriamente ou ingerirem produtos químicos (van der Kolk, 2003). Ainda, é importante salientar que os sintomas pós-traumáticos presentes em crianças que vivenciaram traumas crônicos podem estar mascarados por outros problemas cognitivos, emocionais, sociais e físicos, representando um desafio em termos de diagnóstico (van de Kolk, 2003).

O tipo de evento experienciado também tem sido relacionado às peculiaridades observadas na sintomatologia pós-traumática, já que diante de diferentes situações, crianças e adolescentes podem apresentar reações diversas, com intensidade variável. Por exemplo, a partir de pesquisa realizada com crianças vítimas de guerra, os seguintes sintomas foram encontrados: compulsão alimentar, necessidade de dormir com seus pais, falta de concentração e atenção,

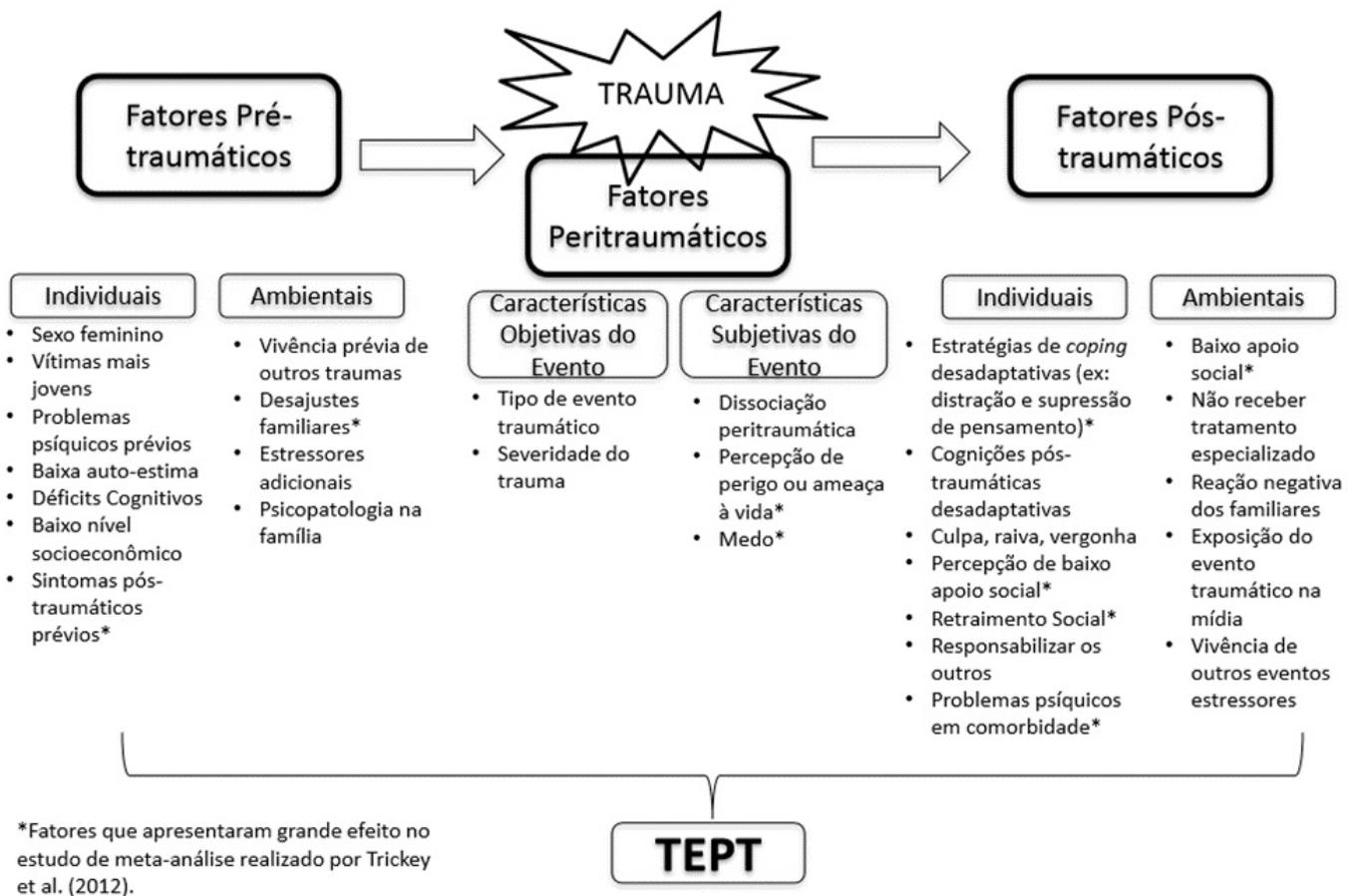


Figura 1. Modelo ilustrativo elaborado a partir da revisão da literatura sobre os fatores de risco para o TEPT em crianças.

crises de birra, preocupações, medos e dependência (Thabet, Karim, & Vostanis, 2006). Já em crianças vítimas de abuso sexual, são frequentemente observados sinais e sintomas como: medo exagerado de adultos, comportamento sexual avançado para a idade, masturbação frequente e/ou pública, enurese, jogos sexuais repetitivos, entre outros (Gerko, Hughes, Hamil, & Waller, 2005; Schaefer, 2014; Ystgaard, Hestetun, Loeb, & Mehlum, 2004). Embora não haja sintomas exclusivos de determinado tipo de evento traumático, peculiaridades podem ser observadas no conjunto da sintomatologia de crianças vítimas de traumas específicos (Thabet et al., 2006; Ystgaard et al., 2004).

De maneira geral, entre as crianças expostas a estressores, cerca de 20% desenvolvem alguma reação pós-traumática desadaptativa, como transtornos de ansiedade, depressão, comportamento suicida, baixo

rendimento escolar, comportamento opositor, comportamento sexual inadequado, entre outras (APA, 2002; Coates & Gaensbauer, 2009). Apesar da variabilidade de respostas manifestadas, o TEPT é o transtorno mental mais estudado em crianças expostas a eventos estressores traumáticos (Trickey et al., 2012). De acordo com o DSM-5, o TEPT é um transtorno cujos sintomas têm duração mínima de um mês e envolvem revivência contínua da situação traumática, evitação de estímulos relacionados ao evento, entorpecimento, excitabilidade aumentada e alterações no humor e nas cognições. Estes critérios são aplicáveis em adultos e crianças maiores de seis anos. Quando o transtorno é observado em crianças, algumas particularidades são notadas, como por exemplo, a revivência do trauma pode ser manifestada através de pesadelos sem um conteúdo identificável ou através de jogos repetitivos cujo conteúdo é relacionado ao evento

traumático (APA, 2014). Nesta nova edição, também foi proposto um subtipo de TEPT para crianças pré-escolares, com menos de seis anos de idade. Assim como nos adultos, o TEPT em crianças pré-escolares se caracteriza por um conjunto de sintomas que ocorre após um evento traumático. Entre eles, está a intrusão, a qual pode ocorrer através de sonhos, reações dissociativas, reações psicológicas acentuadas a lembranças do trauma, etc. A criança também deve apresentar evitação persistente a estímulos associados ao evento traumático ou alterações negativas nas cognições, além de sintomas de excitabilidade aumentada como irritação, comportamento agressivo, problemas de concentração, entre outros (APA, 2014). A sensação de um futuro abreviado, que é comum em adultos com TEPT, pode ser manifestada em crianças pela ideia de que a vida será demasiado curta ao ponto de impedir a chegada à idade adulta (APA, 2014). Devido às peculiaridades de sintomas apresentados em crianças, a utilização direta de critérios diagnósticos do TEPT em adultos pode resultar em diagnósticos equivocados (Kaminer, Seedat, & Stein, 2005).

A idade, o nível socioeconômico e o sexo da vítima são outros fatores que podem diferenciar a resposta ao trauma (Kearney, Wechsler, Kaur, & Lemos-Miller, 2010; Trickey et al., 2012). As meninas tendem a apresentar reações agudas mais extremas se comparadas aos meninos, o que aumenta as chances de desencadear TEPT (Pine & Cohen, 2002). Tais diferenças podem ser explicadas tanto por fatores biológicos quanto socioculturais (Kaminer, Seedat, & Stein, 2005).

Com relação à idade, crianças mais novas apresentam limitações na comunicação verbal, dificuldades de compreensão e de regulação das emoções (Salmon & Bryant, 2002), por isso, o efeito do trauma pode ser maior nos indivíduos mais jovens, ainda que estes não necessariamente manifestem os sinais clássicos de TEPT ou não preencham todos os critérios diagnósticos do transtorno (Lubit et al., 2002). Em crianças pré-escolares, a exposição a eventos traumáticos, principalmente violência interpessoal, está associada a sintomas depressivos, ansiedade e comportamentos disruptivos (Briggs-Gowan et al., 2009). Nessa faixa etária, eventos traumáticos que não envolvem exposição interpessoal apresentam alta correlação com Fobias Específicas, e uma menor mediação das reações sintomáticas parentais (Briggs-Gowan et al., 2009). Crianças pequenas apresentam uma menor remissão de sintomas pós-traumáticos, se

comparadas a adultos (Meiser-Stedman, Smith, Glucksman, Yule, & Dalgleish, 2008). Já crianças em idade escolar podem apresentar problemas de aprendizagem, dificuldade de concentração, irritabilidade, raiva, comportamento agressivo, pesadelos e tendência a manifestar novos medos em relação a incidentes específicos (Cook-Cottone, 2004; Pynoos et al., 2009). Os adolescentes, por sua vez, manifestam reações semelhantes às de adultos, podendo apresentar sentimentos de futuro abreviado, sintomas de depressão e engajamento a comportamentos de risco (Dyregrov & Yule, 2006; Pynoos et al., 2009).

Com relação ao nível socioeconômico, estudos apontaram para uma correlação negativa entre esta variável e a sintomatologia pós-traumática. Entretanto, não é possível estabelecer uma relação direta entre tais fatores, já que também se pode pensar que crianças com condição socioeconômica desfavorável estariam em risco aumentado para vivenciar eventos traumáticos (Emalee, 2008).

Além dos fatores demográficos, outros fatores pré-traumáticos podem influenciar no quadro pós-traumático, como por exemplo, problemas psíquicos prévios, desajustes familiares, estressores adicionais (como perda de algum familiar, doença na família ou separação dos pais), impulsividade, limitações na comunicação verbal e, ainda, déficits cognitivos (Kearney et al., 2010; Lengua, Long, Smith, & Meltzoff, 2005; Linning & Kearney, 2004; Saltzman, Weems, & Carrion, 2006). Este último fator tem sido relacionado em virtude da tendência de indivíduos com prejuízos cognitivos empregarem estratégias de *coping* desadaptativas posteriormente ao evento traumático, além de estarem mais vulneráveis a se envolver em situações perigosas, possivelmente por uma incapacidade verbal de mediar essas ocasiões ou de prever e evitar situações de violência (Breslau, Lucia, & Alvarado, 2006; Saltzman, Weems, & Carrion, 2006).

Componentes peritraumáticos também têm sido apontados pela literatura como preditores das reações traumáticas subsequentes. Entre estes fatores, a dissociação peritraumática, por exemplo, é fortemente correlacionada ao TEPT em adultos (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Já em crianças, esta variável tem sido menos investigada (Trickey et al., 2012). Por outro lado, estudos apontam que fatores peritraumáticos objetivos como o tipo de evento traumático ou a severidade do trauma, e fatores subjetivos como a

percepção de ameaça, perigo ou medo durante o evento traumático tornam a criança mais suscetível a desenvolver o transtorno (Perrin, Smith, & Yule, 2000; Pine & Cohen, 2002).

Os fatores pós-traumáticos, por sua vez, têm recebido destaque no estudo das reações pós-traumáticas desadaptativas, tanto em adultos quanto em crianças (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Trickey et al., 2012). Variáveis como retraimento social, exposição do evento traumático na mídia, percepção de apoio social, encaminhamento a tratamento especializado, presença de estressores adicionais, cognições pós-traumáticas e estratégias de *coping* estão entre os fatores relacionados não somente com o desencadeamento do TEPT, como também com a manutenção e o agravamento dos sintomas manifestados (Bal et al., 2003; Pine & Cohen, 2002; Trickey et al., 2012). Quanto às estratégias de *coping*, o enfrentamento ativo inclui estratégias de resolução de problemas ou reavaliação positiva. Por outro lado, o indivíduo pode utilizar estratégias evitativas que visam evitar estímulos relacionados ao estressor, como a fuga ou a supressão cognitiva (Lengua, Long, & Meltzoff, 2006). A evitação resulta em processamento incompleto da informação relacionada ao evento, predispondo ao desencadeamento de sintomas pós-traumáticos, assim como estratégias de supressão de pensamento podem estar associadas à manutenção do TEPT (Ehlers & Clark, 2000; Lengua, Long, & Meltzoff, 2006). Portanto, tais estilos de enfrentamento devem ser cuidadosamente avaliados, pois estes podem ser treinados e modificados a partir de intervenções terapêuticas (King et al., 2003).

As reações dos familiares posteriormente ao evento traumático também apresentam um importante papel ao subsequente ajuste das crianças (Dyregrov & Yule, 2006; King et al., 2003; Pine & Cohen, 2002). De maneira geral, os adultos tendem a subestimar a gravidade das reações infantis e evitar falar sobre o evento (Dyregrov & Yule, 2006). No entanto, a perda de comunicação com os pais após a vivência de um trauma está associada à sintomatologia de TEPT e pode reduzir seriamente o emprego de estratégias de *coping* efetivas pelas crianças (Bryant et al., 2007; Dyregrov & Yule, 2006; Salmon & Bryant, 2002). Além disso, reações exageradas dos familiares frente ao trauma, superproteção ou ausência de proteção, indução de culpa ou ansiedade na criança, poucos recursos financeiros, dissolução da família e presença do diagnóstico de TEPT nos próprios pais são outros

fatores fortemente correlacionados com o desenvolvimento do TEPT na criança, evidenciando a importância da família neste processo (Kearney et al., 2010).

O processamento cognitivo disfuncional em relação à situação traumática está relacionado com o desenvolvimento, a manutenção e o agravamento da sintomatologia pós-traumática. As cognições negativas sobre o evento traumático, sobre si, sobre o mundo e sobre auto-responsabilização, desenvolvidas e/ou agravadas após a vivência de um trauma levam a comportamentos evitativos e ao emprego de estratégias cognitivas disfuncionais, como supressão de pensamentos, ruminação, evitação dos pensamentos e dissociação (Bryant, Salmon, Sinclair, & Davidson, 2007; Ehlers, & Clark, 2000; Meiser-Stedman, Dalgleish, Glucksman, Yule, & Smith, 2009; Salmon, Sinclair, & Bryant, 2007).

A culpa, a raiva e a vergonha também são frequentemente observadas em crianças vítimas de eventos traumáticos que desenvolvem TEPT, contribuindo para a manutenção de comportamentos evitativos (March, 2003). Em crianças vítimas de abuso sexual, por exemplo, fatores cognitivos como a percepção da criança sobre o abuso e o estilo atribucional parecem exercer um papel importante no desenvolvimento da culpa ou auto-responsabilização (Wozencraft, Wagner, & Pellegrin, 1991). Entretanto, formulações etiológicas sobre o papel das cognições na sintomatologia pós-traumática também precisam ser feitas a partir de uma perspectiva desenvolvimental, tendo em vista que as avaliações cognitivas subjetivas variam de acordo com o nível de desenvolvimento da criança, assim como a maneira como as memórias traumáticas são codificadas e evocadas (Kaminer, Seedat, & Stein, 2005).

Durante o processo de avaliação, é importante considerar que, frequentemente, os sintomas de TEPT são acompanhados por sintomas de ansiedade e depressão, problemas de conduta ou outros desajustes psicológicos, muitas vezes pré-mórbidos ou desencadeados em virtude do evento traumático (Lengua et al., 2005; Linning & Kearney, 2004). Portanto, tendo em vista que a sintomatologia prévia é um fator de risco para o TEPT, a ocorrência de outros transtornos em comorbidade é mais uma regra do que uma exceção (Hawkins & Radcliffe, 2006; Linning & Kearney, 2004).

Entre os fatores de risco, aqueles que apresentaram

um grande efeito para o desenvolvimento de TEPT em recente estudo de meta-análise foram: baixo apoio social após o trauma, medo e percepção de ameaça durante o evento traumático, retraimento social, problemas psicológicos em comorbidade, desajustes familiares, sintomas pós-traumáticos prévios e distração e supressão de pensamento como estratégias de regulação do humor (Trickey et al., 2012). Assim sendo, destaca-se que os fatores que ocorrem antes, durante e após a vivência de experiências traumáticas são cruciais para serem incluídos no planejamento de processos avaliativos de crianças que vivenciaram tais situações.

COMO AVALIAR?

Antes de iniciar o processo de avaliação com a criança, é preciso ter claro que a autorização de seus responsáveis é indispensável. Em se tratando de crianças vítimas de eventos traumáticos, uma atenção ainda maior é necessária, tendo em vista que, frequentemente, os sistemas de saúde, justiça e segurança pública necessitam ser acionados, dependendo da natureza do evento e das peculiaridades de cada caso (Schaefer, Rossetto, & Kristensen, 2012). Além disso, um dos primeiros aspectos a ser considerado é assegurar a proteção da criança, certificando-se que o evento traumático não está em curso.

Durante todo o processo de avaliação, o examinador precisa ter clareza de seus objetivos em cada etapa, ao mesmo tempo em que reconheça os limites inerentes a este processo. A avaliação pode ser solicitada em diferentes contextos (jurídico ou clínico, por exemplo) e com propósitos específicos (encaminhamento a tratamento especializado, determinação judicial de investigação da ocorrência ou não do evento traumático e de seus impactos no funcionamento psíquico, etc.), o que acarreta em especificidades para cada caso (Schaefer, Rossetto, & Kristensen, 2012). Independentemente da natureza da avaliação, estabelecer um bom vínculo com a criança é indispensável, ainda mais quando esta possivelmente vivenciou um evento traumático. Portanto, assegurar um ambiente seguro, empático e que não revitimize o trauma são aspectos imprescindíveis no contexto da avaliação de reações pós-traumáticas (Magalhães & Ribeiro, 2007).

A natureza do TEPT exige uma abordagem multidimensional, o que inclui a avaliação da

sintomatologia e do funcionamento emocional, história de desenvolvimento, funcionamento cognitivo, comportamentos e sintomas associados (Kaminer, Seedat, & Stein, 2005; King et al., 2003; Perrin, Smith, & Yule, 2000). É fundamental avaliar a criança com o seu contexto de desenvolvimento em mente, devido às peculiaridades que a sintomatologia pós-traumática apresenta de acordo com os estágios desenvolvimentais (Drake, Bush, & van Gorp, 2001; Kaminer, Seedat, & Stein, 2005). Assim, as estratégias de avaliação serão diferentes de acordo com cada etapa de desenvolvimento da criança; de forma geral, quanto mais jovens são as crianças, mais limitados os recursos de avaliação da saúde mental (Duarte, Bordin, Green, & Hoven, 2009).

Antes da primeira entrevista com a criança, é adequado que o avaliador obtenha informações sobre o histórico desta e do evento traumático, bem como sobre o funcionamento prévio e global, e a percepção dos responsáveis sobre as reações imediatas e tardias observadas na criança (Drake, Bush, & van Gorp, 2001). Para isso, a avaliação clínica requer uma abordagem completa, com diferentes recursos de coleta e que inclua todos os domínios possivelmente afetados (Hawkins & Radcliffe, 2006; March, 2003). Assim, a consideração de múltiplas fontes de informação, como familiares e professores, é igualmente válida, pois as respostas das crianças são variadas e modificam-se frente a diferentes contextos (Nader, 2007). Além disso, muitas vezes, a criança pode subestimar sintomas, o que pode ser repensado a partir da utilização de instrumentos e da entrevista com os responsáveis (Drake, Bush, & van Gorp, 2001). Ademais, é um recurso do qual o examinador dispõe para contrapor informações contraditórias, ou confirmar hipóteses previamente formuladas.

Posteriormente, a entrevista com a criança deverá ser o alicerce de todo o processo de avaliação (Drake, Bush, & van Gorp, 2001). É importante ter claro que os instrumentos devem ser adequados ao propósito de avaliação e serem interpretados dentro de um contexto e, em hipótese alguma, serem substituídos da entrevista com a criança. Uma boa avaliação, portanto, reflete um processo integrado que vai muito além de qualquer pontuação num teste isolado (Finnilä-Tuohimaa, Santtila, Sainio, Niemi & Sandnabba, 2009; Friedrich, 2001). Com crianças mais novas, recursos lúdicos como jogos, bonecos, brinquedos e desenhos são igualmente válidos, pois ajudam a estabelecer o vínculo e é mais um recurso que o examinador dispõe para

observar o funcionamento global e o nível de desenvolvimento da criança (Drake, Bush, & van Gorp, 2001).

Especificamente na avaliação de reações pós-traumáticas, é necessária uma bateria de instrumentos e entrevistas que abranjam variáveis que podem influenciar o diagnóstico e a manifestação de reações pós-traumáticas desadaptativas (Cook-Cottone, 2004; Drake, Bush, & van Gorp, 2001). Os instrumentos devem ser apropriados para a idade, culturalmente sensíveis e válidos (Drake, Bush, & van Gorp, 2001; Kar, 2009).

Atualmente, estão disponíveis diversos instrumentos para a avaliação destes aspectos, conforme exposto na tabela 1. Ainda, é crucial avaliar clinicamente aspectos como a experiência subjetiva em relação ao trauma, o tempo decorrido após a exposição traumática, fatores

desenvolvimentais e psicossociais, tais como idade, funcionamento cognitivo, capacidade de identificação de emoções, capacidade expressiva verbal, gênero, competência social, entre outros.

Durante a avaliação, é importante considerar que a sintomatologia pós-traumática pode estar mascarada pela presença de outros quadros psicopatológicos, acarretando em erros diagnósticos (Hawkins & Radcliffe, 2006; Linning & Kearney, 2004). Além disso, a avaliação deve focalizar na totalidade dos sinais e sintomas manifestados pela criança e não unicamente na presença do diagnóstico clínico. Uma das justificativas para isso é que crianças que possuem sintomas subsindrômicos de TEPT apresentam prejuízos similares àquelas que preencheram todos os critérios diagnósticos, interferindo significativamente no funcionamento na escola, em casa e com seus pares (Carrion, Weems, Ray, & Reiss, 2002).

Tabela 1

Exemplos de Instrumentos para a Avaliação de Reações Pós-traumáticas em Crianças

Domínios de Avaliação	Exemplos de Instrumentos Disponíveis
Exposição a eventos traumáticos	Traumatic Events Screening Inventory for Children Dimensions of Stressful Events Rating Scale
Rastreamento de sintomas pós-traumáticos	Trauma Symptom Checklist for Children ¹ Child Report of Posttraumatic Symptoms Parent Report of Posttraumatic Symptoms
Eventos traumáticos específicos, como abuso sexual	Child Sexual Behavior Inventory ¹
Sintomas dissociativos	Traumatic Dissociation and Grief Scale Child Dissociative Experiences Scale
Estratégias de coping	How I Cope Under Pressure Scale Schoolager's Coping Strategies Inventory
Cognições pós-traumáticas	Child Post-Traumatic Cognitions Inventory ¹
Sintomas de depressão	Child Depression Inventory - CDI ¹
Sintomas de ansiedade	Spence's Children Anxiety Scale – SCAS ¹ Multi-dimensional Anxiety Scale for Children
Sintomatologia e diagnósticos psiquiátricos	Child Behavior Checklist – CBCL ¹ Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children - Kiddie – Sads ¹
Apoio social	Crisis Support Scale
Capacidade cognitiva	Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales ¹ Wechsler Intelligence Scale for Children –WISC ¹
Medo, culpa, raiva, vergonha	Fear Survey Schedule for Children-Revised When Bad Things Happen Scale Test of Self-Conscious Affect for Children

Nota. Referências sobre os instrumentos podem ser consultadas em: Drake, Bush, & van Gorp, 2001; Dyregrov & Yule, 2006; Strand, Sarmiento, & Pasquale, 2005.

¹Versão disponível em Português

Por último, convém ressaltar que o acesso à avaliação e ao tratamento pode ser difícil para as crianças, já que existe a necessidade do relato da exposição traumática aos cuidadores e também do reconhecimento das reações pós-traumáticas da criança como justificativa de intervenção. Por vezes, a aceitação dos responsáveis para buscar essa intervenção se torna um impedimento, juntamente com a requisição de serviços de proteção à criança antes do início do tratamento (Cohen, 2002). Sabe-se que crianças são raramente encaminhadas a serviços de saúde imediatamente após uma exposição traumática, a não ser que apresentem lesões físicas (Cohen, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma infantil é um importante preditor do desenvolvimento de sintomas de TEPT, e a avaliação pode estimar os fatores de risco para o desencadeamento e/ou agravamento de psicopatologia pós-traumática presentes em determinados indivíduos. A partir disso, podem ser empregadas intervenções que fortaleçam os fatores de proteção, servindo como fonte de prevenção secundária e/ou aliviando o sofrimento normal (Daniels et al., 2012). Tendo em vista o caráter multifatorial da etiologia das reações pós-traumáticas, destaca-se que as variáveis descritas nas seções anteriores não devem ser percebidas numa relação direta de causa e efeito.

O TEPT em crianças é um diagnóstico complexo, que pode afetar as esferas emocional, comportamental, cognitiva, impactando o desenvolvimento do indivíduo (Drake, Bush, & van Gorp, 2001). Portanto, avaliar a quantidade, a duração e os tipos de eventos traumáticos que a criança vivenciou é fundamental, pois esta variabilidade de experiências resulta em especificidades em termos diagnósticos e de tratamento. Além disso, conhecer os fatores que tornam as crianças mais suscetíveis a desenvolver um quadro pós-traumático pode auxiliar na detecção precoce daquelas vítimas que estão em risco de desenvolver uma reação desadaptativa e, a partir disso, empregar estratégias de prevenção e monitoramento (Pine & Cohen, 2002). Por conseguinte, é imperativo a realização de estudos nesta área, bem como o desenvolvimento e a validação de instrumentos e procedimentos de avaliação direcionados ao público infanto-juvenil que considerem as peculiaridades dos diferentes tipos de eventos e a variabilidade da sintomatologia pós-traumática.

A avaliação clínica adequada da criança logo após a

vivência de um evento traumático é um fator indispensável, considerando os inúmeros efeitos prejudiciais que o trauma pode acarretar no funcionamento biopsicossocial da criança (Hawkins & Radcliffe, 2006). Portanto, uma correta constatação das reações pós-traumáticas, incluindo questões diagnósticas, prognósticas e encaminhamento a tratamento especializado são cruciais.

A partir do que foi discutido neste artigo, sugere-se que, para a avaliação compreensiva do caso, deve-se entrevistar a criança e seus responsáveis, investigar detalhadamente o evento traumático experienciado, o contexto de vida e experiências traumáticas anteriores, e incluir uma bateria de instrumentos que avalie, pelo menos, os seguintes domínios: sintomas de ansiedade e depressão, sintomatologia pós-traumática, cognições relacionadas ao evento, estratégias de *coping* e apoio social. É evidente que a escolha pelos instrumentos e a constatação de outros domínios que merecem ser foco de atenção clínica deverão ser avaliados conforme a especificidade de cada caso, os objetivos da avaliação e o nível de desenvolvimento e de compreensão da criança.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bal, S., Oost, P. V., Bourdeaudhuij, I. D., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 883-897.
- Bremner, J. D. (1999). Does stress damage the brain? *Biological Psychiatry*, 45, 797-805.
- Breslau N., Chilcoat H. D., Kessler R. C., & Davis G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.
- Breslau N., Lucia V.C., & Alvarado G.F. (2006). Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 11, 1238-1245.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Briggs-Gowan, M., Carter, A., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K., & Ford, J. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology*

- and *Psychiatry*, 51, 1132-1140. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02256.x
- Bryant, R. A., Salmon, K., Sinclair, E., & Davidson, P. (2007). A prospective study of appraisals in childhood posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2502-2507.
- Carrion, V., Weems, C., Ray, R., & Reiss, A. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 166-173. doi: /10.1097/00004583-200202000-00010.
- Cirulli, F., Francia, N., Berry, A., Aloe, L., Alleva, E., & S.J. Suomi. (2009). Early life stress as a risk factor for mental health: role of neurotrophins from rodents to non-human primates. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33, 573-585.
- Coates, S., & Gaensbauer, T. J. (2009). Event trauma in early childhood: symptoms, assessment, intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 611-626.
- Cook-Cottone, C. (2004). Childhood Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis, treatment, and school reintegration. *School Psychology Review*, 33, 127-139.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Trauma events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584.
- Daniels, J. K., Coupland, N. J., Hegadoren, K. M., Rowe, B. H., Densmore, M., Neufeld, R. W., & Lanius, R. A. (2012). Neural and behavioral correlates of peritraumatic dissociation in an acutely traumatized sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 420-426.
- Dannlowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Grotegerd, D., Domschke, K., ... Lenzen, T. (2012). Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural MRI. *Biological Psychiatry*, 71, 286-293.
- De Bellis, M. D., & Thomas, L. A. (2003). Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. *Current Psychiatry Reports*, 5, 108-117.
- De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., ... Neal D Ryana. (1999). Developmental traumatology part I: biological stress systems. *Biological Psychiatry*, 45, 1259-1270.
- Drake, E. B., Bush, S. F., & van Gorp, W. G. (2001). Evaluation and assessment of PTSD in children and adolescents. In: S. Eth (Ed), *PTSD in children and adolescents* (pp. 1-32). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Duarte, C. S., Bordin, I. A. S., Green, G. R., & Hoven, C.W. (2009). Measuring child exposure to violence and mental health reactions in epidemiological studies: challenges and current issues. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 487-96.
- Dyregrov, A., Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 176-184.
- Ehlers, A., Clark, D.M. (2000). A cognitive model of persistent posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a national youth sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 174-181.
- Finnilä-Tuohimaa, K., Santtila, P., Sainio, M., Niemi, P., & Sandnabba, K. (2009). Expert judgment in cases of alleged child sexual abuse: clinicians' sensitivity to suggestive influences, pre-existing beliefs and base rate estimates. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 129-142.
- Friedman, M. (2009). *Transtorno de Estresse Agudo e Pós-traumático: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Friedrich, W. N. (2001). *Psychological assessment of sexually abused children and their families*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gerko, K., Hughes, M. L., Hamil, M., & Waller, G. (2005). Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behavior. *Child Abuse & Neglect*, 29, 375-382.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, 68-81.
- Gillespie, C. F., Phifer, J., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2009). Risk and resilience: genetic and environmental influences on development of the stress response. *Depress Anxiety*, 26, 984-992.
- Grassi-Oliveira, R., Kristensen, C. H., Brietzke, E., & Coelho, R. (2015). Neurobiology of child maltreatment. In P. Clements, S. Seedat, & E. N. Gibbings (Eds.), *Mental Health Issues of Child Maltreatment*, STM Learning.
- Hagan, M. J., Sulik, M. J., & Lieberman, A. F. (2015). Traumatic life events and psychopathology in a high risk, ethnically diverse sample of young children: a person-centered approach. *Journal of abnormal child psychology*, 1-12.
- Hawkins, S. S. & Radcliffe, J. (2006). Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 420-430.
- Irigaray, T. Q., Fonseca, R. P., Pacheco, J., Leite, J. C. C., Grassi-Oliveira, R., & Kristensen, C. H. (2013). Child Maltreatment and Later Cognitive Functioning: A Systematic Review. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 26(2), 376-387.
- Jonkman, C. S., Verlinden, E., Bolle, E. A., Boer, F., & Lindauer, J. L. (2013). Traumatic Stress Symptomatology After Child Maltreatment and Single Traumatic Events: Different Profiles. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 225-32.
- Kaminer, D., Seedat, S., & Stein, D. J. (2005). Posttraumatic stress disorder in children. *World Psychiatry*, 4, 121-125.
- Kar, N. (2009). Psychological impact of disasters on children: Review of assessment and interventions. *World Journal of Pediatrics*, 5, 5-11.
- Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H. & Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: a review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 46-76.
- King, J. A., Mandansky, D., King, S., Fletcher, K., & Brewer, J. (2001). Early sexual abuse and low cortisol. *Psychiatry*

- & *Clinical Neurosciences*, 55, 71-74.
- King, N.J., Heyne, D., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Rollings, S., & Ollendick, T.H. (2003). Sexually abused children suffering from post-traumatic stress disorder: assessment and treatment strategies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 2-12. doi:10.1080/16506070310003620
- Lengua, L. J., Long, A. C., & Meltzoff, A. N. (2006). Preattack stress-load, appraisals, and coping in children's responses to the 9/11 terrorist attacks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1219-1227.
- Lengua, L. J., Long, A. C., Smith, K. I., & Meltzoff, A. N. (2005). Pre-attack symptomatology and temperament as predictors of children's responses to the September 11 terrorist attacks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 631-645.
- Linning, L. M., & Kearney, C. A. (2004). Post-traumatic stress disorder in maltreated youth: A study of diagnostic comorbidity and child factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1087-1101.
- Lubit, R., Hartwell, N., van Gorp, W.G., & Eth, S. (2002). Forensic evaluation of trauma syndromes in children. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11, 823-857.
- Magalhães, T., & Ribeiro, C. (2007). A colheita de informações a vítimas de crimes sexuais. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 439-445.
- March, J. S. (2003). Acute Stress Disorder in Youth: A Multivariate Prediction Model. *Biological Psychiatry*, 53, 809-816.
- McEwen, B. S. (2003). Mood disorders and alostatic load. *Biological Psychiatry*, 54, 200-207.
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: a 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 778-787.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2008). The post-traumatic stress disorder (PTSD) diagnosis in pre-school and elementary school-aged children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1326-1337.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the national comorbidity survey. *American Journal of Public Health*, 91, 753-760.
- Nader, K. (2007). Culture and the assessment of trauma in youths. In J. P. Wilson & C. S. Tang (Eds.), *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 169-196). New York: Springer.
- Neigh, G. N., Gillespie, C. F., Nemeroff, C. B. (2009). The neurobiological toll of child abuse and neglect. *Trauma Violence Abuse*, 10, 389-410.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Perrin, S., Smith, P. & Yule, W. (2000). The assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 277-289.
- Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.
- Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22, 163-188.
- Salmon, K., Sinclair, E., & Bryant, R. A. (2007). The role of maladaptive appraisals in child acute stress reactions. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 203-210.
- Saltzman, K., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2006). IQ and posttraumatic stress symptoms in children exposed to interpersonal violence. *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 261-272.
- Schaefer, L. S. (2014). *Indicadores psicológicos e comportamentais na perícia de crianças com suspeita de abuso sexual* (Tese de Doutorado). PUCRS, Porto Alegre.
- Schaefer, L. S., Rossetto, S., & Kristensen, C. H. (2012). Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, 227-234.
- Scoboria, A., Ford, J., Lin, H.-J., & Frisman, L. (2008). Exploratory and confirmatory factor analyses of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress. *Assessment*, 15, 404-425.
- Simmons, J. G., Badcock, P. B., Whittle, S. L., Byrne, M. L., Mundy, L., Patton, G. C., ... & Allen, N. B. (2016). The lifetime experience of traumatic events is associated with hair cortisol concentrations in community-based children. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 276-281.
- Seckl, J. R., & Meaney, M. J. (2004). Glucocorticoid programming. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 63-84.
- Shenk, C. E., Putnan, F. W., Rausch, J. R., Peugh, J. L., & Noll, J. G. (2014). A longitudinal study of several potential mediators of the relationship between child maltreatment and posttraumatic stress disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 26, 81-91.
- Strand, V. C., Sarmiento, T. L., & Pasquale, L. E. (2005). Assessment and Screening Tools for Trauma in Children and Adolescents : A Review. *Trauma Violence Abuse*, 55-78.
- Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 121-127.
- Thabet, A. A. M., Karim, K., & Vostanis, P. (2006). Trauma exposure in pre-school children in a war zone. *British Journal of Psychiatry*, 188, 154-158.
- Trickey, D., Siddaway, A., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. (2012) A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32, 122-138.
- van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 293-317.
- Wherry, J. N., Baldwin, S., Junco, K., & Floyd, B. (2013).

Suicidal thoughts/behaviors in sexually abused children. *Journal of child sexual abuse*, 22(5), 534–51.

Wozencraft, T., Wagner, W., & Pellegrin, A. (1991). Depression and suicidal ideation in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 15, 505–511.

Ximenes, L. F., Oliveira, R. V. C., & Assis, S. G. (2009). Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 417-433.

Yehuda, R., Halligan, S. L., & Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and Psychopathology*, 13, 733–753.

Yehuda, R. (2001). Biology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinic Psychiatry*, 62, 41-46.

Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, 28, 863-875.

Recebido: 27/08/2013
Última revisão: 03/02/2016
Aceito: 10/03/2016