

---

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

Bibiana Coelho Monteiro

**Transtorno de estresse pós-traumático: uma consequência da violência  
sexual na infância**

BRASÍLIA - DF  
2015

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

Bibiana Coelho Monteiro

**Transtorno de estresse pós-traumático: uma consequência da violência  
sexual na infância**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

BRASÍLIA - DF  
2015

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

Bibiana Coelho Monteiro

**Transtorno de estresse pós-traumático: uma consequência da violência  
sexual na infância**

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,  
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa  
Coordenador Geral do II CESMAD

---

Prof.  
Avaliador 1

BRASÍLIA – DF  
2015

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Aos pacientes que atendi e à minha equipe do PAV Caliandra (Adolescentro), que me inspiraram a realizar este trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder a vida e manter a minha força interior.

Aos meus pais pelo amor incondicional, pelo exemplo de família, caráter, honestidade e profissionalismo.

Ao meu marido pela paciência e dedicação diárias e pelo imprescindível apoio emocional.

A minha equipe por me inspirar, me motivar e me ajudar a crescer e ser uma profissional melhor a cada dia.

A todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a realizar este trabalho.

*"Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido".*

*Charles Chaplin*

## RESUMO

A violência sexual contra crianças é um dos tipos de maus-tratos mais frequentes observados em nossa sociedade, é uma forma de violência quase sempre silenciosa e invisível, de difícil diagnóstico, que acomete todas as culturas e classes sociais. Apesar de ser descrita desde a Antiguidade e muito estudada atualmente, o assunto sempre foi cercado de estigmas e preconceitos e dessa forma continua sendo pouco notificado (e denunciado), dificultando o avanço em seu combate. Quando não reconhecida e tratada, a violência sexual deixa marcas profundas, apresentando inúmeros efeitos adversos, que podem causar prejuízos cognitivos, emocionais e comportamentais. A relação entre transtorno mental e abuso sexual é frequentemente observada na prática clínica e relatada na literatura, porém há uma escassez de estudos teóricos e empíricos no país que relacionam o transtorno de estresse pós-traumático e a violência sexual. Além disso, o diagnóstico desse transtorno não é muito reconhecido e tem recebido pouca atenção até o momento.

Este trabalho buscou refletir sobre o tema, ao tentar compreender melhor a violência sexual infantil como sendo um fator de risco para o desenvolvimento de crianças, considerando o transtorno de estresse pós-traumático como o transtorno mental mais associado a esse tipo de abuso sexual. Dessa forma, foi realizada uma revisão bibliográfica, que relaciona tal transtorno, com a violência sexual na infância, suas manifestações e consequências, discorrendo sobre os fatores de proteção e a atenção psicossocial às vítimas. Houve unanimidade entre os autores sobre os prejuízos causados pela violência sexual à saúde mental das vítimas.

**Palavras-chave:** violência sexual, infância, transtorno de estresse pós-traumático.

## ABSTRACT

Sexual violence against children is one of the most frequent types of ill-treatment observed in our society, is a form of violence almost always silent and invisible, difficult to diagnose, which affects all cultures and social classes. Despite being described since antiquity, and currently studied, it was always surrounded by stigma and prejudice and thus remains little notified (and denounced), hindering progress in combating it. When not recognized and treated, sexual violence leaves deep scars, with numerous adverse effects, which can cause cognitive, emotional and behavioral impairments. The relationship between mental disorder and sexual abuse is frequently observed in clinical practice and reported in the literature, but there is a shortage of theoretical and empirical studies in the country relating to post-traumatic stress disorder and sexual violence. In addition, the diagnosis of this disorder is not very recognized and has received little attention so far.

This study aimed to reflect on the theme, to try to better understand child sexual violence as a risk factor for the development of children, considering the post-traumatic stress disorder as a mental disorder more associated with this type of sexual abuse. Thus, a literature review was performed, which relates this disorder, sexual violence in childhood, its manifestations and consequences, discussing the protective factors and psychosocial care to victims. There was unanimity among the authors on the damage caused by sexual violence to the mental health of the victims.

**Keywords:** sexual violence, childhood, post-traumatic stress disorder.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CID-10 - Classificação Internacional das Doenças

DSM-IV - Manual de Diagnóstico dos Distúrbios Mentais

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-traumático

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1 - VIOLÊNCIA SEXUAL.....</b>	<b>14</b>
1.1 - Breve histórico.....	14
1.2 - Tipos de violência: definições e conceitos .....	16
1.3 - Impactos da violência sexual na infância.....	17
<b>CAPÍTULO 2 - TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT).....</b>	<b>21</b>
2.1 - O que é TEPT? Aspectos importantes do trauma.....	21
2.2 - Critérios diagnósticos para TEPT e a tríade psicopatológica.....	22
<b>CAPÍTULO 3 - Crianças vítimas de violência sexual com quadro de TEPT.....</b>	<b>26</b>
3.1 - Sinais e sintomas.....	26
3.2 - Fatores de proteção e atenção psicossocial às vítimas.....	27
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O abuso sexual infantil é uma violência de difícil diagnóstico, quase sempre silenciosa, que começa, muitas vezes, dentro da casa da criança, podendo passar por outras instituições (escolas, igrejas, comunidade) e acomete milhões de vítimas no mundo, permeando por todas as culturas e classes sociais; mas a incidência maior ocorre nas camadas mais pobres da população. A violência envolve uma complexidade de fatores sociais, psicológicos e jurídicos, constituindo-se, assim, um fenômeno social grave. Segundo HABIGZANG (2008) “O abuso sexual infantil é frequentemente praticado sem o uso da força física e não deixa marcas visíveis, o que dificulta a sua comprovação, principalmente quando se trata de crianças pequenas”.

Assim, as crianças violentadas podem apresentar uma variedade de consequências, (emocionais, físicas e psiquiátricas) e a gravidade dessas consequências pode variar com o tipo de violência vivida, com a duração do abuso, a idade em que se iniciou e o grau de relacionamento da vítima com o autor. E quanto mais precoce, intensa ou prolongada a situação de violência, maiores e mais permanentes serão os danos causados, e quando não tratados, esses danos podem gerar graves prejuízos cognitivos, comportamentais e no desenvolvimento da criança, com efeitos a curto e longo prazo, que podem se estender até a fase adulta.

A violência prejudica o aprendizado, as relações sociais, o pleno desenvolvimento. Seus efeitos perversos podem se manifestar, ainda, na construção de um círculo de reprodução e retroalimentação de práticas violentas, em que meninos e meninas são as principais vítimas (BRASIL, 2006, p. 11).

A relação entre transtornos psiquiátricos e eventos traumáticos sofridos na infância tem sido descrita por diversos autores, sendo a violência sexual, apontada em várias pesquisas, como o maior fator de risco para desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Entretanto, mediante a literatura revisada, constatou-se que no Brasil, poucos estudos têm sido realizados associando a violência sexual na infância e o TEPT, pois só recentemente a Psiquiatria Brasileira começou a reconhecer a importância desse assunto. A experiência adquirida com grupos de violência sexual no DF demonstra que esses dois assuntos estão profundamente relacionados, o que motiva uma discussão mais detalhada. Dessa forma, o preocupante desconhecimento sobre o diagnóstico de TEPT somado aos tabus

e preconceitos relacionados à violência sexual, à alta incidência de casos e à baixa notificação, favorecem o agravamento do problema e dificultam o seu manejo.

Assim, acreditamos que com essa pesquisa, ampliaremos a compreensão sobre o impacto da violência sexual na infância, suas manifestações e consequências, buscando contextualizar e fundamentar teoricamente aspectos do tema proposto. O presente estudo tem como objetivo geral refletir sobre o impacto da violência sexual na infância, associando o abuso como um fator de risco para TEPT; e chamar a atenção para a importância de sensibilizar e capacitar todos os profissionais envolvidos na área, para que eles possam trabalhar de forma interdisciplinar e mais segura, adotando ações integradas, que possibilite intervenções terapêuticas melhores e mais eficazes, com o intuito de reduzir a violência, evitar novas ocorrências e consequências no futuro, buscando tecer uma rede de proteção e apoio às vítimas que garanta a saúde e o bem-estar.

Os objetivos específicos são: investigar aspectos da violência sexual e identificar os fatores de risco e eventos adversos dessa violência na infância; reconhecer o diagnóstico do TEPT e suas principais manifestações; relacionar os sinais e sintomas do TEPT com a violência sexual infantil; e discorrer sobre os fatores de proteção e a atenção psicossocial às vítimas.

Para melhor compreensão, este trabalho foi dividido em três capítulos e abordará os seguintes tópicos: breve histórico da violência sexual; conceitos e definições das diversas formas de violência sexual; impacto da violência sexual na infância; conceito do TEPT e aspectos importantes do trauma; critérios diagnósticos para TEPT; sinais e sintomas do TEPT em crianças vítimas de violência sexual; e fatores de proteção e atenção psicossocial às vítimas.

## 2 METODOLOGIA

A necessidade de ampliar o conhecimento sobre o assunto foi baseada na prática profissional e nas dificuldades encontradas em avaliar e manejar adequadamente os casos de transtorno de estresse pós-traumático em crianças vítimas de violência sexual, e, após observarmos as limitações por parte de muitos profissionais do Adolescente de Brasília (DF), em reconhecer o diagnóstico de TEPT e identificar os principais sinais e sintomas deste transtorno em crianças abusadas sexualmente.

Realizou-se uma pesquisa *on-line*, utilizando-se como fontes de busca as bases de dados do *Google Acadêmico*, *Medline*, *SciELO*, *Psychlit* e outros periódicos de psicologia. Os textos foram pesquisados de acordo com os seguintes termos de busca (palavras-chaves e delimitadores): “violência sexual”, “abuso sexual na infância”, “transtorno de estresse pós-traumático”, “consequências da violência sexual”. A revisão no texto consolidado foi elaborada por meio de várias consultas bibliográficas a obras nacionais sobre o tema de interesse.

Durante a pesquisa, observou-se uma escassez de trabalhos de autores brasileiros que associam o TEPT à violência sexual, pois a grande maioria dos artigos publicados relaciona este transtorno a diversas situações de estresse, sem especificar o tipo de trauma sofrido e poucos estudos são direcionados para a faixa etária infantil. Além disso, o reconhecimento do diagnóstico de TEPT pela Psiquiatria Brasileira é recente, o que limitou a pesquisa.

Diante disso, foram lidos doze artigos científicos sobre o assunto de interesse e sete artigos foram selecionados para esta revisão bibliográfica, que relacionam diretamente o TEPT como consequência da violência sexual na infância. Dentre os artigos selecionados, um foi publicado no ano de 1998 e os demais publicados no período entre 2006 a 2009.

Foi utilizada como literatura de referência uma importante obra nacional de psicologia, que aborda profundamente o tema transtornos de estresse-pós-traumático, através de uma compreensão detalhada de pressupostos teóricos da neurobiologia e da terapia cognitiva, possibilitando compreender os principais aspectos desse transtorno. Além disso, foram revisados dois periódicos do Ministério da Saúde - um publicado em 2004 e o outro em 2012 - , que discutem sobre aspectos gerais da violência contra crianças e adolescentes. Incluem-se também à revisão bibliográfica, consultas ao DSM-IV e às legislações brasileiras, que possibilitou que este trabalho fosse fundamentado.

### 3 DESENVOLVIMENTO

#### Capítulo 1. VIOLÊNCIA SEXUAL

##### 1.1 – BREVE HISTÓRICO:

A violência é cultural e foi construída ao longo dos anos, por uma sociedade adultocêntrica, patriarcal e autoritária, baseada em relações desiguais de poder, onde o homem era o provedor e dominador e as mulheres, crianças e jovens eram desfavorecidos e desrespeitados. A relação de poder de adultos sobre crianças eram permeadas pela crença de que a melhor forma de educação era através da correção, quase sempre obtida com muita violência (punição, castigo físico e humilhação). Já o poder sobre a mulher era claramente demonstrado pelas relações sexuais e afetivas, onde a mulher era colocada sempre em uma condição passiva, como objeto de prazer. Não raro, essa relação sexual de poder atingia também as crianças, usadas muitas vezes para satisfazer os desejos dos adultos.

As crianças somente passaram a ter um papel social de relevância a partir do final do século XVII. Suas alusões ao abuso sexual frequentemente eram consideradas ‘fantasiosas’ ou mesmo mentirosas pelas cortes judiciais (ADED et al., 1981, apud ARIÉS, 2006).

Diante disso, observamos que ainda há resquícios do passado na nossa cultura, pois relações desiguais entre homem e mulher e relações incestuosas, infelizmente, ainda são muito frequentes. Relações fragilizadas, desorganizadas, onde há inversões de papéis e relações conjugais empobrecidas e pouco afetivas parecem ser fatores desencadeantes para incesto. Conforme “Quando numa casa se observam maus tratos e abusos contra algum de seus moradores, é quase certo de que todos acabam sofrendo agressões, embora com diferenciações hierárquicas. Estudos têm mostrado que as crianças são as maiores vítimas [...]” (BRASIL, 2006, p. 33).

O abuso sexual e a exploração sexual de crianças são crimes, caracterizados pela violação dos direitos humanos e constitui um fenômeno social grave, considerado uma forma de violência social. Atualmente, o abuso sexual é um problema de saúde pública e está presente em todos os ambientes, não se restringindo a nenhuma cultura, classe social, raça, sexo ou idade. Mas estudos apontam que a violência sexual é predominantemente doméstica

(violência intrafamiliar), acomete as classes sociais mais baixas e ocorre especialmente na infância e adolescência, atingindo a maior parte o sexo feminino. Os principais autores identificados são, principalmente, padrastos, pais biológicos, avôs, tios e primos, seguidos de mães, avós tias e outras pessoas que mantêm uma relação de confiança e afeto com a criança.

Até a década de 50, assuntos envolvendo sexualidade eram tratados como tabu e pouca atenção era dada ao tema. Somente a partir da década de 70 (através da influência dos movimentos feministas e do reconhecimento do aumento da morbimortalidade por causas externas), é que o assunto se tornou público e preconceito foi sendo superado. Pesquisas relacionadas à sexualidade, à violência sexual e ao abuso sexual infantil vêm quebrando o silêncio e ganhando mais espaço e desde a promulgação da Constituição Federal o direito à proteção à criança e ao adolescente passou a ser garantido.

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito a vida, à saúde, à alimentação, à educação [...], além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, Constituição Federal, 1988, art. 227).

Após a criação do ECA houve um grande avanço das leis de proteção às crianças e aos adolescentes menores de 18 anos – que passou a reconhecê-los como sujeitos de direitos, que devem ter todas as suas necessidades garantidas, com proteção integral e prioritária da família, do Estado e da Sociedade, tendo em vista que são pessoas em desenvolvimento físico, psicológico e moral - e tornou obrigatória a comunicação (notificação e denúncia) de situações suspeitas ou confirmadas de violências à autoridade competente. A criação do Estatuto permitiu uma ampliação dos critérios para os cuidados na infância e adolescência, garantindo os direitos à proteção à vida e à saúde, através de leis e políticas públicas. “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, Lei 8.069/90, art. 5).

Mas apesar de todos os avanços, ainda há muita resistência em abordar o tema abuso sexual e sabemos que nem sempre as leis são cumpridas adequadamente, mesmo sendo as crianças as pessoas mais expostas e vulneráveis a situações de violência. Assim, garantir a proteção dos direitos dessas vítimas e buscar meios de combate à violência é responsabilidade de todos e requer medidas de conscientização, sensibilização e mobilização social - da população e de todos os atores envolvidos - para o seu enfrentamento, bem como ações

integradas (de forma multi e interdisciplinar), de profissionais da saúde, da educação, do conselho tutelar, ministério público, poder judiciário e de outros órgãos visando medidas efetivas para a formação de uma rede de proteção, para a redução e prevenção da violência.

## 1.2 –TIPOS DE VIOLÊNCIA: DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Existem diversas formas de expressão e muitas definições de violência na literatura, mas somente algumas são reconhecidas e diagnosticadas pelo CID 10. Os conceitos adotados oficialmente pelo Ministério da Saúde serão brevemente apresentados nesse tópico.

Violência física é caracterizada pelo uso de força física intencional com o objetivo de causar dano à integridade física da vítima, deixando ou não marcas aparentes.

Violência psicológica corresponde a toda forma de intimidação, manipulação, discriminação, desrespeito, humilhação, ameaça, isolamento, cobrança e punição exageradas ou qualquer outra conduta que implique prejuízo emocional, prejuízo à saúde psicológica da vítima ou ao seu desenvolvimento.

Negligência é a omissão pelo responsável da vítima em fornecer os cuidados indispensáveis e prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento. O exemplo mais comum de negligência é o abandono.

A violência sexual pode ocorrer com contato físico ou sem contato. As violências sexuais sem contato incluem o assédio sexual, a violência sexual verbal, o exibicionismo e o voyeurismo. As violências com contato físico incluem carícias nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal.

Violência sexual é todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Abrange relações homo ou heterossexuais. Pode ocorrer em uma variedade de situações como: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e *voyerismo* (BRASIL, 2006, p. 25).

Assédio sexual caracteriza-se por propostas de relações sexuais. Baseia-se, na maioria das vezes, na posição de poder do agente sobre a vítima, que é chantageada e ameaçada pelo autor(a) da agressão.

Violência sexual verbal pode ser definida por conversas abertas, sobre atividades sexuais destinadas a despertar o interesse da criança ou do adolescente, ou a chocá-los. Os telefonemas obscenos são também uma modalidade de abuso sexual verbal.

Exibicionismo é o ato de mostrar os órgãos genitais ou de se masturbar diante da criança ou do adolescente, ou no campo de visão deles.

*Voyerismo*: é o ato de observar fixamente órgãos sexuais de outras pessoas, quando estas não desejam ser vistas, buscando obter satisfação com essa prática.

Estupro: de acordo com o art. 213 do Código Penal, estupro é definido como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, Constituição Federal, 1988). O estupro de vulnerável é caracterizado pelo ato cometido contra indivíduos menores de quatorze anos.

Além dessas definições, outros conceitos de violência foram adotados pelo Ministério da Saúde: violência social (estrutural), violência institucional e violência familiar.

### 1.3 – IMPACTOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL NA INFÂNCIA:

Muitos estudos comprovam que crianças vítimas de violência sexual frequentemente sofrem com problemas de comportamento e transtornos psiquiátricos (transtornos de humor e TEPT) e os sinais da violência se manifestam de formas distintas, segundo a fase de desenvolvimento de cada criança, causando grandes prejuízos; entretanto algumas crianças podem ser assintomáticas, apesar de ser evento raro.

Mesmo que uma criança, vítima de abuso sexual, não apresente sintomas externos ou se esses são de pouca relevância, isto não quer dizer que ela não sofra ou não venha a sofrer com os efeitos dessa experiência. Ela pode apresentar um sofrimento emocional muito intenso. Além disso, suas consequências podem estar ainda latentes e talvez se manifestem posteriormente, frente à resolução de uma crise evolutiva ou situacional e frente ao estresse. Dessa forma, uma criança que sofreu abuso sexual deve ser considerada uma criança em situação de risco (AMAZARRAY & KOLLER, 1998, p. 14).

A criança que sofre violência sexual, na maioria das vezes, não percebe imediatamente e não compreende que a relação é abusiva e, por isso, não revela o fato a ninguém. Quando ela passa a entender e reage negativamente ao abuso, eventualmente o agressor utiliza de meios (acordos, chantagens, ameaças e agressões) para que a vítima se cale. Assim, essa situação de silêncio pode perdurar por anos, se tornando uma experiência traumática, cercada de medo,

vergonha e grande sofrimento para a criança. Neste contexto, a vítima se torna refém e vulnerável, passando a acreditar que é culpada pela violência e não consegue revelar o segredo a ninguém por medo de retaliação e punição. Essa situação de violência favorece o aumento do estresse e o sistema imunológico de uma pessoa estressada é frequentemente afetado; assim uma criança estressada se torna mais vulnerável a desenvolver diversas doenças.

As consequências das relações e dos atos violentos ou das omissões, mesmo quando não são fatais, geram danos à saúde, pois causam traumas, sequelas e incapacidades temporárias ou permanentes; provocam sofrimentos físicos e emocionais frequentemente associados e levam à necessidade de atendimento médico [...] (BRASIL, 2006, p. 25).

Outros fatores associados à violência sexual (fatores familiares e sociais) também podem contribuir para o aumento do trauma, agravo dos sintomas e a continuidade do ciclo da violência, são eles: negligência, abusos físicos e psicológicos praticados contra a criança por membros da família; ameaças à vida da criança ou de alguém próximo; presença de psicopatologias e uso de álcool e outras drogas por parte dos agressores; reações imediatas negativas por parte dos adultos, após a revelação do abuso e falta de proteção e rede de apoio (pais, cuidadores responsáveis, escola, igreja, justiça etc.). Além disso, sabemos das dificuldades de alguns profissionais em reconhecer e denunciar a violência para autoridades competentes, sendo muitas vezes coniventes com o crime.

Há vários fatores associados ao impacto do abuso sexual infantil que, na maioria das vezes, são prejudiciais ao desenvolvimento da criança. Tais fatores são agravantes devido ao efeito traumático que podem exercer na criança. São eles: a idade da criança na época do abuso; a duração e a frequência do abuso sexual; o(os) tipo(s) de ato(s) sexual(is); o uso da força ou da violência; o relacionamento da criança com o abusador; a idade e o sexo do abusador e os efeitos da revelação (OLIVEIRA & SANTOS, 2006, p. 38).

Pesquisadores apontam que o trauma causado pelo abuso sexual é maior quando a criança abusada possui um vínculo forte com o autor (abuso intrafamiliar), quando a violência é prolongada e frequente, quando é acompanhada de outras violências, quando há relação sexual com penetração e quando adultos e profissionais reagem de forma negativa diante da revelação do abuso, não oferecendo apoio à criança.

[...] o impacto da violência sexual está relacionado a três conjuntos de fatores; fatores intrínsecos à criança, tais como vulnerabilidade e resiliência pessoal; fatores extrínsecos, envolvendo a rede de apoio social e afetiva da vítima; e, fatores relacionados com a violência sexual em si, como por exemplo, duração, grau de parentesco/confiança da vítima e agressor, reação dos cuidadores não-abusivos na

revelação e presença de outras formas de violência (HABIGZANG et al., 2006, apud HABIGZANG & KOLLER, 2008, p. 339).

De acordo com AMAZARRAY E KOLLER (1998), “as consequências do abuso sexual para a criança podem ser divididas em físicas, emocionais, sexuais e sociais (comportamento interpessoal)”. As alterações emocionais são as mais manifestadas, principalmente as que referem sentimentos de culpa, medo, vergonha, tristeza e raiva. Os sinais físicos são identificados por hematomas e traumas em regiões íntimas, doenças sexualmente transmissíveis, infecções, inflamações nas áreas genital e anal e gravidez. As consequências na sexualidade são observadas através de comportamento sexualmente inadequado, quando a criança apresenta masturbação excessiva e em público, comportamento sedutor e erotizado, brinquedo sexualizado com bonecas, conhecimento sexual inapropriado para a idade e alta atividade sexual durante todas as fases da vida. As alterações sociais incluem: isolamento social, estabelecimento de relacionamentos superficiais, retraimento, dificuldade de confiar nos outros, dificuldade em se relacionar com outras crianças etc.

Além da quantidade e complexidade de sintomas associados ao abuso sexual infantil, a criança também pode desenvolver transtornos psicopatológicos e outros prejuízos que acarretam em graves comprometimentos comportamentais e cognitivos. As alterações comportamentais mais observadas são: abuso de álcool e drogas, agressividade, fugas de casa, automutilação, ideias suicidas, tentativas de suicídio e alterações nos padrões de sono e alimentação. E as alterações cognitivas incluem: déficit de linguagem, de aprendizagem e de atenção, baixo rendimento escolar, dissociação e baixa autoestima. “A criança sexualmente abusada apresenta manifestações de desconforto, mudança nos padrões do sono, alimentação e à busca de estímulos, ainda comportamentos autodestrutivos” (OLIVEIRA & SANTOS, 2006, apud SANDERSON, 2000, p. 48).

Estudos anteriores organizaram os sintomas mais comuns do abuso sexual de acordo com a faixa etária, divididas em pré-escolares (0 a 6 anos), escolares (7 a 12 anos) e adolescentes (13 a 18 anos). Os sintomas mais observados em crianças pré-escolares são: choro frequente, ansiedade, aumento do sono, pesadelos, TEPT e comportamento sexual inadequado. Crianças escolares: medo, distúrbios neuróticos, agressão, pesadelos, dificuldade escolar, hiperatividade, desmotivação e comportamento infantilizado. Adolescentes: depressão, isolamento, ideação suicida, automutilação, desmotivação, fugas, abuso de substâncias e atos ilegais.

Especial atenção deve ser dada aos casos de bebês e crianças muito pequenas, abaixo de 3 anos, nos quais as consequências e a exteriorização do sofrimento dificilmente acontecem de imediato.[...] em qualquer idade, nem sempre os sintomas são bem definidos. O que ocorre é que eles irão se acumulando e se potencializando à medida que progride a violência e/ou ausência de tratamento (BRASIL, 2012, p. 36).

A violência sexual contra crianças tem efeitos ainda mais traumáticos do que em adultos, pois elas possuem escassos recursos de defesa, são imaturas, vulneráveis e frágeis. É importante refletir que a infância é uma fase de desenvolvimento, crescimento, aprendizagem e formação de valores, que determinarão a formação da personalidade do indivíduo. A violência quando não reconhecida e tratada deixa marcas profundas, muitas vezes irreversíveis, rouba a infância, interrompe sonhos, diminui a autoestima e suas consequências poderão influenciar as atitudes das vítimas, as reações, os impulsos e as escolhas para o resto da vida. Estudos comprovam que, frequentemente, crianças abusadas sexualmente tendem a perpetuar o abuso e tornam-se adolescentes e adultos abusadores no futuro, portanto farão novas vítimas e mais crianças continuarão a ser abusadas.

A imagem que a criança vai formando da vida é, na sua essência, um desenvolvimento das experiências a que ela é sujeita no seu círculo mais próximo, o familiar. Se ali prevalece a harmonia, isso vai ajudá-la a integrar as suas orientações e a guiar os seus afetos. Se, ao contrário imperar atitudes desrespeitosas e pouco afetuosas, influenciará severamente a sua atitude consigo mesma e com o mundo (BRASIL, 2006, p. 65).

Não podemos pactuar com a conivência, é preciso superar a ignorância, quebrar o tabu e romper as barreiras dos preconceitos, pois o silêncio só protege o autor e reforça o seu poder sobre a vítima, enquanto a denúncia protege vidas, pune os agressores e auxilia no rompimento do ciclo de violência, evitando assim, sua perpetuação nas gerações futuras.

## Capítulo 2. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

### 2.1– O QUE É TEPT? ASPECTOS IMPORTANTES DO TRAUMA

Atualmente, estudos sugerem que o TEPT seja o quarto transtorno psiquiátrico mais comum e o mais associado aos acidentes e violências, sua incidência se dá especialmente nas regiões mais violentas e nas mais sujeitas a desastres naturais. Mulheres e idosos parecem ter risco mais elevado para desenvolver esse transtorno, bem como crianças vítimas de abusos.

Apesar de existirem muitos relatos na história da humanidade sobre reações individuais após a experiência de eventos traumáticos (reações de histeria e neurose), o reconhecimento do diagnóstico do TEPT é recente (década de 80) e foi baseado, em grande parte, pelas observações clínicas em veteranos de guerra, que após retornarem às suas casas, encontravam dificuldades para se readaptar, pois continuavam revivendo as situações traumáticas e apresentavam sintomas psíquicos, que causavam grande sofrimento, afetando severamente sua qualidade de vida. Durante esse período evidenciou-se que várias condições na vida cotidiana poderiam desenvolver efeitos similares àqueles de campo de batalha, e reações como medo intenso, impotência ou horror, foram estudadas como respostas humanas à experiências traumáticas.

[...] um trauma ocorre quando as defesas psicológicas naturais falham. [...] A maneira como as pessoas processam o evento estressante após sua ocorrência pode ser determinante para que o trauma seja configurado ou não. A caracterização de um evento como traumático não depende somente do estímulo estressor, mas entre outros fatores, da tendência do processamento perceptual do indivíduo (OLIVEIRA & SANTOS, 2006, p. 39-40).

Quando um indivíduo passa por uma situação de perigo ou estresse, naturalmente o organismo aprende com a experiência e é forçado a se adaptar à nova condição. Dessa forma, quando exposto novamente a uma situação parecida, o corpo se prepara e se mantém pronto para uma resposta, conseguindo manifestar as reações necessárias aos diferentes eventos adversos. Segundo CAMINHA (2005, p. 55). “Alostase é o termo utilizado para se referir aos processos de adaptação utilizados para manter a estabilidade de um organismo (sua homeostase) por meio de processos ativos que, quando acionados, implicam num ‘preço’ a ser pago pelo corpo”. As pessoas reagem às situações de risco de forma muito particular, podendo apresentar várias respostas: umas ficam paralisadas e não conseguem esboçar nenhuma reação

(‘freezing’); outras podem desencadear respostas de fuga; e algumas pessoas podem apresentar reações mais ativas de luta.

Sabemos que a ansiedade é uma emoção natural do organismo e muito importante para a sobrevivência das espécies. Este sentimento faz parte da experiência humana e funciona como um sinal de alerta, que nos faz ficar atentos. O problema é quando a ansiedade ocorre de forma desproporcional, gerando reações exacerbadas. No caso de pacientes com quadro de TEPT, observa-se que o mecanismo de defesa do organismo contra situações de estresse falha, ocorrendo uma incapacidade para esquecer lembranças dolorosas e a tentativa de processar o sentido da experiência traumática gera reações exageradas e patológicas. “[...] as consequências emocionais e comportamentais parecem ocorrer de forma desorganizada e ficam gravadas dessa maneira. O evento traumático é revivido mesmo quando a pessoa não é submetida ao estímulo estressor” (OLIVEIRA & SANTOS, 2006, p. 41).

Mas nem sempre expor alguém a uma situação de estresse é garantia de que será desencadeado um trauma, algumas pessoas são mais vulneráveis e predispostas do que outras. Entretanto expor alguém por muito tempo, frequentemente, a fatores estressores eleva a possibilidade de manifestação de sintomas de TEPT e cada pessoa pode desenvolver esses sintomas de forma diferente.

São duas as características principais do TEPT: a exposição a uma situação traumática que provoque uma reação intensa de medo, desamparo ou horror - e a tríade psicopatológica (sinais e sintomas físicos, psíquicos e emocionais em resposta a este evento traumático), que se desenvolvem sob três aspectos: revivência do evento traumático; evitação de estímulos a ele associados (esquiva e isolamento social); e presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica (hiperexcitabilidade).

## 2.2 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TEPT E A TRÍADE PSICOPATOLÓGICA

O TEPT é considerado um distúrbio de ansiedade precipitado por um trauma de acordo com o DSM-IV (309.81). Pode ser diagnosticado conforme o período de duração, podendo ser agudo, crônico, ou de início tardio.

O TEPT é diagnosticado como agudo se a duração dos sintomas é superior a um mês, mas inferior a três meses e, como crônico, se a duração é superior a esse período. Se o início dos sintomas ocorre em um período superior a seis meses após o evento estressor, especifica-se TEPT com início tardio (CAMINHA, 2005, p. 18).

De acordo com o DSM-IV e o CID-10, para ser diagnosticada com TEPT a pessoa exposta a um evento traumático deve satisfazer, inicialmente, as duas partes dos critérios ‘A’ (ver anexo A):

- A.1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram ameaça de morte ou de grave ferimento físico, ou ameaça a sua integridade física ou à de outros;
- A.2. A pessoa reagiu com intenso medo, impotência ou horror.

O TEPT é definido como uma resposta sintomática envolvendo revivência (critério B), evitação e entorpecimento (critério C) e excitabilidade aumentada (critério D) a um evento estressor (critério A). É um transtorno que acarreta sofrimento significativo e/ou prejuízo funcional (critério F), com presença de sintomas por mais de um mês (critério E) (CAMINHA, 2005, p. 25).

Revivência do evento traumático (critério B): é caracterizada por episódios de *flashbacks*, sonhos vívidos, pesadelos, pensamentos ou sentimentos incontroláveis, podendo ocorrer ilusões e alucinações. Esses fenômenos se caracterizam pela desconexão com o fluxo normal do pensamento e tentam repetidamente tornarem-se conscientes e dominar a atenção da pessoa, ou seja, ela apresenta lembranças intrusivas e involuntárias frequentes do trauma e não tem controle sobre elas, mesmo sem ter sido expostas a um algum fator estressante. Esse quadro causa um impacto emocionalmente severo no indivíduo, manifestando reações de grande sofrimento (como raiva, medo, terror, impotência e ansiedade). Esses episódios de reexperimentação do trauma são específicos do TEPT e não são observados em outros transtornos mentais.

O fenômeno mais comumente observado na memória traumática e que parece ser o mais temido pelos pacientes com TEPT é o flashback. Ele é definido como a “recorrência de uma recordação, sensação ou experiência perceptiva do passado” (DSM-IV, 2002). O flashback trás ao indivíduo frequentes experiências de revivência do episódio traumático (lembranças traumáticas), com riqueza de detalhes sensoriais, porém não há consciência de que essas lembranças são do passado, pois o cérebro não consegue processar a diferenciação entre eventos passados e futuros.

Esta recorrência de memórias vívidas, incontroláveis, na forma de *flashbacks* ou pesadelos, sinaliza o sentido de uma memorização defeituosa da situação traumática. Com efeito, avanços na neurobiologia do TEPT apontam para uma consolidação excessiva de memórias aversivas, de conteúdo emocional. A contínua evocação dessas memórias parece ser um dos mecanismos subjacentes à manutenção dos sintomas de TEPT por longos períodos de tempo (OLIVEIRA & SANTOS, 2006, p. 41-42).

Evitação e entorpecimento (critério C): é uma reação na qual o paciente busca uma tentativa desesperada de evitar qualquer fator que lembre o trauma (lugar, pessoa, objeto, pensamento ou assunto). Dessa forma, ele usa diversas estratégias para fugir das lembranças e minimizar o sofrimento causado por elas. Pode utilizar mecanismos dissociativos - quando pensamentos e sentimentos dolorosos são mantidos fora da consciência como forma de minimizar a dor -; tentar fingir que a situação de perigo que está acontecendo não está ocorrendo com ele; pode recorrer ao uso de drogas (como forma de anestesiá-lo o seu sofrimento) e apresentar desinteresse em participar de atividades que antes eram importantes. Comportamentos de evitação (esquiva), também podem ocasionar sintomas de entorpecimento emocional (entorpecimento psíquico ou numbing) e amnésia psicogênica. O entorpecimento emocional é a restrição na amplitude dos afetos; é quando o paciente torna-se indiferente frente a coisas que antes eram prazerosas para ele e apresenta dificuldades em expressar sentimentos (como rir, chorar e amar), se isolando de todas as pessoas que o cercam. Ele também pode demonstrar sensação de futuro abreviado, sem apresentar perspectiva de vida. A amnésia psicogênica é um termo “utilizado para designar uma incapacidade do indivíduo para lembrar de pontos relevantes da cena traumática (não em virtude de um déficit orgânico evidente)” (CAMINHA, 2005, p.109). Assim, apesar de realizar grandes esforços, o paciente não consegue se lembrar de todos os detalhes do episódio traumático, podendo muitas vezes apresentar discurso confuso e incoerente.

Excitabilidade aumentada (critério D): também conhecida como hiperestimulação autonômica, é caracterizada por um aumento na produção de adrenalina e noradrenalina. Nesse estado, o paciente permanece altamente hiperestimulado e mesmo que ele tente controlar os efeitos das revivências (por meio de entorpecimento emocional) seu corpo pode reagir a estímulos mínimos como se estivessem permanentemente em estado de alerta. Os sinais são facilmente observáveis e incluem sintomas psíquicos (irritabilidade ou surtos de raiva, insônia, hipervigilância, dificuldade de concentração e resposta de sobressalto exagerada) e físicos (taquicardia, tremores, cefaléias, fadiga, tonteiras e hipermotilidade gástrica). Esse estado de alerta constante, além de afetar o padrão de sono e padrões fisiológicos, também afeta atividades cognitivas como leitura e estudo.

Observamos que funções importantes relacionadas à memória, à atenção, às funções executivas, ao sono e ao processamento emocional são as mais comumente afetadas em pacientes com quadro de TEPT e que a qualidade de vida deles se torna profundamente comprometida. Os sintomas mais observados e relatados pelos pacientes são alterações na memória (principalmente flashbacks e esquecimentos), estado de alerta ou hipervigilância,

irritabilidade (alterações no humor), dificuldade de concentração e distúrbios do sono (principalmente insônia).

É consenso que as alterações estruturais e funcionais relacionadas com TEPT são bastante complexas e precisam ser examinadas com cautela. [...] o desenvolvimento e a gravidade de transtornos relacionados ao estresse podem estar condicionados à vulnerabilidade individual, a fatores ambientais e à idade em que ocorre a situação estressante (CAMINHA, 2005, p.47).

## Capítulo 3. CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL COM QUADRO DE TEPT

### 3.1 - SINAIS E SINTOMAS

O TEPT pode manifestar-se na criança tanto no corpo como na mente. Crianças, quando expostas previamente a situações estressoras se tornam mais vulneráveis para desenvolver esse e outros transtornos. Os diversos estudos revisados apontam que os sintomas predominantes de TEPT em crianças vítimas de abuso sexual são insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração e hipervigilância, porém os maiores prejuízos observados são de ordem emocional - com destaque para cinco sentimentos: medo, culpa, vergonha, raiva e tristeza.

A resposta da criança ao evento traumático pode ser expressa de várias formas, citaremos os sintomas mais observados. Em relação ao critério de revivência (B), elas podem apresentar choro frequente sem causa aparente, agitação motora, pesadelos (sonhos recorrentes e apavorantes com monstros e outras figuras estranhas), brincadeiras, jogos e desenhos que podem representar de alguma forma aspectos do trauma (reencenação do trauma), lembranças e memórias que causam muita angústia, ansiedade e medo. O critério de evitação (C) pode ser manifestado através de sentimento de futuro abreviado (ideia que a criança desenvolve de que não chegará à fase adulta), da perda de interesse em atividades rotineiras (que antes eram importantes para a criança), através de isolamento social, desatenção, dificuldade em estabelecer e manter relações afetivas, prejuízos na memória e comportamento regressivo (ou infantilizado). O critério de excitabilidade (D) aumentada é manifestado através de sintomas de irritabilidade, raiva, tensão, hipervigilância, respostas de sobressalto exagerada e dificuldade de concentração. São relatados também, atrasos no desenvolvimento e na fala.

[...] a exposição ao estresse crônico, como o caso do abuso sexual na infância, resulta num estado persistente de medo e, desta forma, pode causar efeitos negativos ao neurodesenvolvimento. Neste sentido, a exposição crônica ao abuso sexual na infância pode resultar no desenvolvimento do TEPT durante os períodos críticos do processo de maturação e organização cerebral, que por sua vez, pode influenciar a natureza dos prejuízos cognitivos (BORGES & DELL' AGLIO, 2008a, p. 376).

O trauma causado por um evento estressor , geralmente, intimida as vítimas, mantendo-as passivas e em silêncio. Assim, observa-se que crianças maiores abusadas

sexualmente com quadro de TEPT, dificilmente falarão espontaneamente sobre os seus traumas, pois essa ação desencadeia sentimentos que elas querem esquecer. Portanto, é fundamental que a equipe esteja capacitada para reconhecer os sinais e abordar claramente sobre os eventos traumáticos, através de perguntas diretas, abertas, feitas dentro de uma abordagem empática e receptiva, sem pré-julgamentos e preconceitos para facilitar a avaliação. Uma resposta positiva deve alertar o profissional a relacionar os eventos estressores e as queixas (físicas e emocionais) da criança para confirmação do diagnóstico de TEPT.

Crianças vítimas de abuso: um dos aspectos mais importantes do TEPT é que os sintomas representam uma mudança no funcionamento da criança. Em algumas crianças vítimas, tais mudanças não podem ser identificadas já que muitas delas vivenciam eventos traumáticos desde muito pequenas (CAMINHA, 2005, p. 194).

Apesar de acreditarmos que alguns déficits cognitivos estão associados ao TEPT, há uma lacuna na literatura sobre quais desses déficits estão diretamente associados às crianças vítimas de violência sexual. Muitos estudos têm apontado prejuízos neurobiológicos e neuropsicológicos associados ao transtorno, indicando que algumas regiões do cérebro são bastante afetadas como hipocampo, hipotálamo e amígdala (implicadas em funções cognitivas como regulação emocional, aprendizagem, memória, atenção e outras); entretanto ainda existem muitas divergências sobre a relação entre TEPT e prejuízos neurobiológicos, necessitando de mais estudos de caso-controle para esclarecer o tema.

Sabemos também, que muitos profissionais apresentam dificuldades para realizar uma avaliação adequada de crianças abusadas sexualmente, o que torna mais difícil detectar os sinais e sintomas de TEPT, portanto faz-se necessário que sejam desenvolvidos instrumentos de avaliação padronizados e específicos para diagnosticar esse transtorno, diferenciando-os do público adulto e infantil, pois só assim poderemos ter uma avaliação mais fidedigna das manifestações desse transtorno em crianças vítimas de violência sexual e realizar intervenções mais eficazes.

### 3.2 – FATORES DE PROTEÇÃO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS VÍTIMAS

É visto que mecanismos de proteção auxiliam no tratamento de pessoas com transtornos de humor e ansiedade, então é possível desenvolver medidas de proteção às crianças abusadas sexualmente, que tornem a situação menos estressante e caótica para elas, auxiliando-as a lidar melhor com o trauma e a minimizar seus sintomas. Uma criança abusada em situação de estresse pós-traumático necessita de uma atenção especial, pois seu estado

emocional se encontra severamente afetado e suas reações se manifestam de forma singular (de acordo com o tipo de violência sofrida, o impacto que o trauma teve em sua vida, com sua capacidade de lidar com sentimentos e emoções, o seu poder de resiliência e outros fatores), portanto cada experiência é única e necessita de um cuidado individualizado.

Durante a revelação do abuso, o profissional (ou equipe) que está atendendo a criança deve qualificar sua escuta e focar o olhar sobre a vítima, de forma empática, confiável e sem pré-julgamentos, se mantendo atento às queixas objetivas e subjetivas, identificando sinais de TEPT e auxiliando no alívio do sofrimento e na redução dos sintomas, quando possível, buscando sempre uma intervenção resolutiva. É obrigatório ao profissional registrar e notificar corretamente a violência sexual, bem como orientar adequadamente os responsáveis, buscando medidas para prevenir novas ocorrências; portanto afastar a vítima do contato com o agressor é uma medida fundamental e urgente, pelo menos até a situação ser esclarecida. Entretanto buscar a interrupção da violência não significa somente afastar e/ou punir o agressor (até porque muitas vezes ele é membro da própria família), é preciso tecer uma rede de apoio psicossocial e familiar que garanta a proteção da criança.

Então, ações bem articuladas e integradas entre os diversos atores (comunidade, escola, igreja, serviços de saúde, Conselho Tutelar, órgãos da justiça etc.) possibilitam a redução e prevenção da violência, além disso, o fortalecimento das relações familiares é de extrema importância para a criança, pois o apoio dos pais e de outros responsáveis (não-abusadores) envolvidos nos cuidados conforta e fortalece a vítima, estreita os laços afetivos, reduz o seu sofrimento e previne complicações no futuro.

A reação familiar positiva frente ao abuso, o suporte materno, vínculo afetivo com um cuidador não-abusivo e a presença de uma rede de apoio social e afetiva têm sido apontados como fatores de proteção aos efeitos do abuso sexual infantil (BORGES & DELL' AGLIO, 2008b, p. 3).

Assim os responsáveis pela criança devem ser incluídos no tratamento e precisam trabalhar em coparticipação com a equipe, tornado-se aliados da mesma. É fundamental que a equipe conheça a estrutura familiar (suas dificuldades, fragilidades e seus recursos) e ofereça apoio psicossocial, ajudando os responsáveis a aliviar o estresse situacional e estimulando-os a realizar mudanças positivas no ambiente doméstico, a partir de melhorias nas atitudes individuais e em relação à criança. A equipe deve emponderá-los a se reorganizar para que consigam utilizar de seus próprios recursos para superar a crise, desenvolvendo a autonomia, recuperando a confiança e promovendo dessa forma, um ambiente acolhedor e seguro para a criança, sem contexto de violência.

A psicoterapia para a criança é um recurso necessário, podendo ser individual ou em grupo, e precisa enfatizar suas necessidades emocionais e de desenvolvimento (a terapia varia de acordo com a idade), para que ela continue seu processo de vida de modo mais saudável e todo o processo terapêutico precisa ocorrer num contexto de vínculo e confiança com o profissional. A intervenção terapêutica nos casos de TEPT em crianças abusadas deve priorizar a cessação do fator estressor, possibilitando melhora do comportamento e dos sintomas (principalmente da ansiedade), permitindo que a vítima restaure sua capacidade de lidar com fortes emoções internas - o que pode ter ficado comprometido desde a primeira infância - colocando-a como sujeito ativo (e não passivo) de sua história e reforçando sempre sua autoconfiança, autoestima e segurança para que ela consiga superar o trauma, evitando assim consequências no futuro. A criança também precisa estar preparada para lidar com novas situações de risco, caso ocorra outro episódio traumático novamente. “Assuntos referentes à segurança tornam-se muito importantes no tratamento destas vítimas e os terapeutas podem ter de treinar os pacientes a discriminar situações seguras das não-seguras” (CAMINHA, 2005, p. 193). É fundamental que a equipe realize um acompanhamento em longo prazo e construa um plano terapêutico singular, que deverá ser reavaliado sempre (até o momento da alta), enfatizando a participação ativa dos responsáveis e também, de todos os atores envolvidos.

A criança, além de todo o sofrimento durante o abuso sexual, pode sofrer danos a curto e longo prazo; e uma simples intervenção precoce e efetiva pode ter impacto decisivo, a longo prazo, no crescimento e desenvolvimento da criança e um efeito positivo em todo o funcionamento da família (OLIVEIRA & SANTOS, 2006, apud SANDERSON, 2005, p. 33).

As estratégias de intervenção precisam ser pensadas em distintas áreas e devemos incluir todas as ações para garantir a proteção das crianças e dos adolescentes. Portanto é dever de todos e de cada um de nós, garantir a proteção à saúde e à vida dessa população e ajudar a romper o ciclo da violência.

## 4 CONCLUSÃO

O presente estudo objetivou investigar o transtorno de estresse pós-traumático como consequência da violência sexual na infância, após observar limitações por parte de muitos profissionais do Adolescentro de Brasília (DF), em reconhecer o diagnóstico de TEPT e identificar os principais sinais e sintomas deste transtorno em crianças abusadas sexualmente. A necessidade de ampliar o conhecimento sobre o assunto foi baseada na prática profissional e nas dificuldades encontradas em avaliar e manejar adequadamente os casos. Através dessa revisão foi possível refletir sobre o impacto da violência e aprofundar os conhecimentos sobre TEPT.

Houve unanimidade entre os autores pesquisados sobre os prejuízos causados à saúde mental das crianças vítimas de abuso sexual, apontando esta violência como fator de risco para o desenvolvimento do TEPT e este como principal transtorno psicopatológico associado às situações de violência sexual.

A partir dos estudos revisados, pode-se constatar que tal transtorno está diretamente relacionado a diversas alterações negativas no neurodesenvolvimento das vítimas de violência sexual, que podem acarretar em graves comprometimentos comportamentais, cognitivos e emocionais.

[...] todos os tipos de manifestações apontados pelo transtorno de estresse pós-traumático, sejam eles de ordem física, psicológica, psicológica com componente depressivo ou psicofisiológica, geram na criança dificuldades emocionais, cognitivas e comportamentais. (OLIVEIRA & SANTOS, 2006, p. 50).

Todavia alguns pontos permanecem sem consenso e pouco esclarecidos, ressaltando a necessidade de novas pesquisas para aprofundar o tema. Faz-se necessário uma melhor investigação dos efeitos a curto e longo prazo do estresse e do trauma no desenvolvimento das crianças, bem como uma avaliação psicológica mais especializada e a criação de critérios diagnósticos específicos para o TEPT na infância, visto que a demora em diagnosticar corretamente este transtorno pode aumentar o risco de agravamento do quadro e das consequências.

O reconhecimento do diagnóstico de TEPT pela Psiquiatria brasileira, apesar de recente tem permitido um grande avanço nos estudos sobre os efeitos ocasionados pelo

trauma, que antes não existiam e que não podiam ser identificados e sistematicamente coletados. Dessa forma, tem sido possível compreender melhor as consequências manifestadas por pessoas que passaram por situações traumáticas de violência e realizar uma avaliação mais detalhada dessas vítimas.

As consequências e os desdobramentos do abuso sexual sobre as crianças passaram a ser um problema de saúde pública, pois elas aparecem como o grupo mais exposto e vulnerável às situações de violências, maus-tratos e negligências.

No cotidiano profissional reconhecemos as fragilidades e limitações das equipes para lidar com esses pacientes e diariamente enfrentamos obstáculos para realizar encaminhamentos para a rede pública, visto que a maior parte dos serviços também tem suas dificuldades, apresenta poucos profissionais qualificados, comunicação fragmentada e trabalha de forma isolada, sem favorecer a formação de redes.

Fica claro enquanto estratégia de política pública a necessidade de realizar uma sensibilização e capacitação das equipes que atendem vítimas de violência, possibilitando o desenvolvimento de uma escuta qualificada e o emponderamento dos profissionais para reconhecer o diagnóstico de TEPT (e outros) e conseguir identificar corretamente seus sinais e sintomas. Tornando assim, a equipe habilitada a realizar uma avaliação mais detalhada dos pacientes, bem como intervenções clínicas mais seguras e eficazes, possibilitando um manejo adequado dos casos.

Ciente do nosso desafio e da nossa responsabilidade em auxiliar na construção de uma saúde mental, menos estigmatizada, mais humanizada e capacitada, que garanta os princípios de equidade e universalidade do SUS é fundamental a formação de alianças e parcerias com as famílias, com outros serviços de saúde, escolas, conselhos tutelares, ministério público e demais instituições, que favoreçam um atendimento integral (biopsicossocial) aos pacientes e a seus familiares. Somente assim, será possível tecer uma rede de proteção e apoio às crianças vítimas de violências, garantindo sua saúde e o seu bem-estar, buscando sempre desenvolver ações que interrompam novas ocorrências de violência e evitem possíveis consequências às essas vítimas no futuro.

## REFERÊNCIAS

ADED, Naura Liane de Oliveira et al . Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 4, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832006000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000400006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 27 jul. 2014.

AMAZARRAY, Mayte Raya; KOLLER, Silvia Helena. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, 1998 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010279721998000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279721998000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 jul. 2014.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF Senado Federal, 1998.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 16 de jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>. Acesso em 13 de jan. 2015.

BRASIL. Lei nº 12.015 de 7 de ago. de 2009. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20072010/2009/Lei/L12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2009/Lei/L12015.htm)>. Acesso em 13 de jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BORGES, Jeane Lessinger; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 2, jun. 2008a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141373722008000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722008000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 jul. 2014.

BORGES, Jeane Lessinger; DELLAGLIO, Débora Dalbosco. Abuso sexual infantil: indicadores de risco e consequências no desenvolvimento de crianças. **Interam. j. psychol.**, Porto Alegre, v. 42, n. 3, dez. 2008b. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003496902008000300013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003496902008000300013&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 8 dez. 2014.

CAMINHA, Renato M. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

HABIGZANG, Luísa Fernanda et al . Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010279722008000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722008000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 de jul. 2014.

OLIVEIRA, Liana Höher de; SANTOS, Cláudia Simone S. dos. As diferentes manifestações do transtorno de estresse pós traumático (TEPT) em crianças vítimas de abuso sexual. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jun. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582006000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582006000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 8 dez. 2014.

DSM-IV-TR: **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. (tradução) Claudia Dornelles. 4. ed. Texto revisado. São Paulo, Artmed, 2002. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/tra/ans/estrespos.html>>. Acesso em 22 de jul. 2014.

## ANEXOS

### ANEXO A

#### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (DSM-IV)

- A) Exposição a um evento traumático, no qual os seguintes quesitos estiverem presentes:
- (1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolvem morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros; (2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.
- B) O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:
- (1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções; (2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento; (3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos); (4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático; (5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.
- C) Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três ou mais dos seguintes quesitos:
- (1) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma; (3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma; (4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas; (5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas; (6) faixa de afeto restrita; (7) sentimento de um futuro abreviado (não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou período normal da vida).
- D) Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:
- (1) dificuldade em conciliar ou manter o sono; (2) irritabilidade ou surtos de raiva; (3) dificuldade em concentrar-se; (4) hipervigilância; (5) resposta de sobressalto exagerada.

- E) A duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C e D) é superior a um mês.
- F) A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

(CAMINHA, 2005, p.27-28)