



## ARTIGO ORIGINAL

# Terapia Cognitivo-Comportamental focada no trauma para crianças e adolescentes vítimas de eventos traumáticos

*Beatriz Oliveira Meneguelo Lobo<sup>a</sup>*

*Alice Einloft Brunnet<sup>b</sup>*

*Luiziana Souto Schaefer<sup>c</sup>*

*Adriane Xavier Arteche<sup>d</sup>*

*Christian Haag Kristensen<sup>e</sup>*

<sup>a</sup> Mestre em Cognição Humana/PUCRS – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse – NEPTE.

<sup>b</sup> Graduanda em Psicologia/PUCRS. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse – NEPTE.

<sup>c</sup> Mestre em Cognição Humana/PUCRS. Doutoranda em Psicologia/PUCRS – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse – NEPTE.

<sup>d</sup> Professora adjunta no Programa de Pós-Graduação em Psicologia/PUCRS – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse – NEPTE.

<sup>e</sup> Professor adjunto no Programa de Pós-Graduação em Psicologia/PUCRS – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse – NEPTE.

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

**Suporte Financeiro:** CNPq e CAPES

## Resumo

Eventos estressores traumáticos são comumente vivenciados por crianças e adolescentes e podem gerar consequências negativas para a saúde mental dos indivíduos. Apesar de o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) ser o quadro mais estudado nessa população, crianças e adolescentes também podem apresentar outros sintomas associados à vivência do evento traumático. Por isso, a intervenção psicoterápica realizada deve abarcar a ampla gama de sintomas apresentados. O presente estudo tem como objetivo fornecer uma visão atual acerca da Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT) para crianças e adolescentes expostos a situações traumáticas. Trata-se de uma modalidade de tratamento focal, flexível e de curto prazo, tendo como principal característica a inclusão e participação ativa dos pais/cuidadores durante todo o tratamento. A TCC-FT tem sido uma opção clínica válida e eficaz para o trabalho com casos complexos, em que o risco de violência não é completamente eliminado, ou quando a sintomatologia é grave, ampla e variada.

**Palavras Chave:** Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Terapia Cognitivo-Comportamental; Infância; Adolescência.

## Abstract

Traumatic stressor events are commonly experienced by children and adolescents and can generate negative consequences for the mental health of the individuals. In spite of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) being the most studied condition in this population, children and adolescents can also present other symptoms associated to the experiencing of the traumatic event. For this reason, the psychotherapeutic intervention performed, must encompass the wide range of symptoms presented. The present study has as its aim to provide a current view about Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TFCBT) for children and adolescents, exposed to traumatic situations. This is a type of focal, flexible and short-term treatment. Its main characteristic is the inclusion and active participation of parents / caregivers throughout the entire treatment. TFCBT has been a valid and effective clinical option to work with complex cases, where the risk of violence is not completely eliminated, or when the symptomatology is serious, wide and varied.

**Keywords:** Post-Traumatic Stress Disorder; Cognitive-Behavioural Therapy; Childhood, Adolescence.

## Introdução

Eventos estressores traumáticos vivenciados durante a infância e a adolescência podem acarretar sérios prejuízos para as vítimas, com grande impacto na qualidade de vida, no convívio social e familiar<sup>1</sup>. A experiência de tais situações já nos primeiros anos de vida é bastante comum e, frequentemente, diz respeito a experiências adversas persistentes ou recorrentes e tipicamente de natureza interpessoal<sup>2</sup>. Dados epidemiológicos em população norte-americana sugerem que aproximadamente 50% das crianças e dos adolescentes passarão por um evento traumático durante essa etapa da vida<sup>3,4</sup>. No Brasil, há uma escassez quanto a estudos de prevalência de exposição a eventos traumáticos, e, geralmente, as pesquisas investigam os índices de violência<sup>5</sup>. Por exemplo, em estudo de prevalência realizado com 480 crianças brasileiras, estimou-se que 20% sofreram violência física por parte dos cuidadores e 18,8% presenciaram violência doméstica<sup>6</sup>.

Eventos traumáticos múltiplos e/ou recorrentes, como, por exemplo, exposição crônica a situações de violência doméstica ou abuso sexual, são diferenciados na literatura daqueles traumas únicos, como acidentes automobilísticos, principalmente no que se refere à sintomatologia desenvolvida. Sugere-se que a exposição crônica a um estressor pode causar uma sintomatologia mais complexa, incluindo estados dissociativos, desregulação emocional, estratégias de *coping* desadaptativas, enquanto que a exposição a eventos únicos está relacionada a sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e a sintomas relacionados ao trauma<sup>7,8</sup>.

O TEPT é o transtorno mais estudado após a exposição traumática em crianças e adolescentes<sup>9,8</sup>. Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais<sup>10</sup> (DSM-5), o transtorno é caracterizado por (1) exposição a um evento traumático, (2) presença de sintomas intrusivos (pesadelos, *flashbacks*, etc.), (3) evitação de estímulos associados ao trauma, (4) alterações negativas no humor e nas cognições associadas ao evento, e (5) aumento na reatividade fisiológica (como hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, problemas de sono, etc.)<sup>10</sup>. Considerando que pesquisas evidenciaram que os critérios diagnósticos utilizados anteriormente pelo DSM-IV-TR eram excessivamente rigorosos para crianças<sup>11</sup>, foram realizadas modificações no DSM-V com o objetivo de considerar especificidades desenvolvimentais na apresentação do quadro, como a inclusão de uma categoria diagnóstica específica para crianças pré-escolares<sup>10</sup>. No entanto, pesquisas ainda são necessárias para a verificação da adequação da nova estrutura diagnóstica do TEPT em crianças e adolescentes.

A dificuldade do diagnóstico do TEPT na infância foi refletida em estudos epidemiológicos, os quais apresentam resultados variados. Um estudo norte-americano (n=1.420) estimou a prevalência de TEPT em crianças e adolescentes em 0,5% e de sintomas pós-traumáticos em 2,2% ao longo da vida<sup>12</sup>. Uma pesquisa feita no Rio de Janeiro, Brasil, com uma amostra de crianças com idades semelhantes, no entanto, estimou a prevalência de sintomas pós-traumáticos em 6,5%<sup>13</sup>. Outros estudos com população geral apresentaram taxas de diagnóstico de TEPT que variaram entre 0,4% e 9%<sup>14,15</sup>. Os estudos epidemiológicos

sugerem, de forma geral, que uma parcela significativa de indivíduos que foram expostos a eventos traumáticos não desenvolve TEPT<sup>9</sup>.

Nesse sentido, os fatores associados ao desenvolvimento do TEPT em crianças e adolescentes podem ser compreendidos a partir de um somatório de fatores individuais e ambientais, que podem ser categorizados em fatores que ocorrem antes, durante e após o trauma<sup>16,17</sup>. Entre os fatores de risco que apresentaram tamanho de efeito moderado a alto em recente estudo de metanálise<sup>9</sup>, encontram-se (1) fatores pré-traumáticos: histórico de traumas prévios, baixo QI, problemas psicológicos individuais e parentais; (2) fatores peritraumáticos: severidade do trauma e percepção de ameaça à vida; e (3) fatores pós-traumáticos: baixo suporte social, funcionamento familiar disfuncional e isolacionismo. Além disso, alguns fatores do processamento cognitivo, como a supressão de pensamentos intrusivos, podem levar ao desenvolvimento da psicopatologia<sup>9</sup>.

Apesar de o TEPT ser o transtorno mental mais relacionado à vivência de situações traumáticas, crianças e adolescentes vítimas de traumas podem desenvolver outros quadros psicopatológicos e uma ampla variabilidade de sintomas<sup>18</sup>. Entre eles, encontram-se sintomas de ansiedade e depressão, comportamento suicida, problemas externalizantes, comportamento sexual inadequado para a faixa de desenvolvimento, entre outros<sup>7,19,20</sup>. Os sintomas de ansiedade podem ser manifestados através de comportamentos regressivos, de baixo rendimento escolar, medo de estímulos associados ao trauma<sup>21</sup>. Os comportamentos sexuais inadequados são comuns em crianças vítimas de abuso sexual e podem envolver masturbação frequente, brincadeiras sexuais persistentes, entre outros<sup>22,23</sup>. Crianças e adolescentes expostos a situações traumáticas podem apresentar também ideação suicida. Wherry et al.<sup>20</sup> encontraram uma prevalência de 45,3% de comportamento suicida em uma amostra de crianças que foram sexualmente abusadas. Tendo em vista o impacto que a vivência de situações traumáticas pode acarretar na saúde e na qualidade de vida das vítimas, além das implicações legais e socioeconômicas envolvidas, esforços têm sido realizados no desenvolvimento e aprimoramento de estratégias de prevenção, avaliação, intervenção e tratamento nesses casos.

O tratamento psicoterápico de crianças e adolescentes vítimas de eventos traumáticos deve abarcar a ampla gama de sintomas associados. Uma revisão sistemática realizada pela *Cochrane Collaboration*, organização que visa fornecer dados de evidência para diversos tratamentos na área da saúde, investigou a eficácia das psicoterapias para crianças e adolescentes com TEPT<sup>25</sup>. Os tratamentos investigados foram a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a terapia de exposição, a psicoterapia de orientação psicodinâmica, a terapia narrativa, o aconselhamento e o *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). Os resultados do estudo demonstraram que existem evidências de redução dos sintomas de TEPT, depressão e ansiedade em todos os tratamentos psicológicos investigados; no entanto, a TCC foi o único tratamento psicoterápico que demonstrou efetividade quando comparada a grupos controles, com

resultados mantidos após um mês de *follow up*<sup>25</sup>. Nesse sentido, o presente estudo tem como principal objetivo fornecer uma visão atual acerca da TCC para crianças e adolescentes expostos a situações traumáticas, destacando a Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT), a qual tem recebido grande destaque no tratamento desses casos. Inicialmente, são abordados aspectos relativos à avaliação de crianças vítimas de situações traumáticas.

## Avaliação

Considerando a complexa sintomatologia apresentada por crianças e adolescentes expostos a situações traumáticas, a avaliação psicológica completa e detalhada é crucial a fim de estruturar intervenções psicoterápicas adequadas para cada indivíduo<sup>26</sup>. Em primeiro lugar, o clínico deve assegurar-se de que a criança não está sendo exposta a situações traumáticas; em caso positivo, deve acionar sistemas de saúde, segurança pública ou justiça a fim de proteger a criança ou o adolescente em avaliação<sup>27</sup>. Além disso, situações como o uso de substâncias e ideação suicida devem ser investigadas e, quando necessário, devem ser realizadas intervenções imediatas<sup>28</sup>.

Cohen, Mannarino e Deblinger<sup>28</sup> sugerem que a avaliação de crianças e adolescentes deve incluir os seguintes domínios: processamento cognitivo, relacionamentos interpessoais, regulação emocional, funcionamento familiar, sintomas relacionados ao trauma e sintomas somáticos. Para isso, o avaliador deve coletar dados com diversas fontes de informação, como responsáveis, professores e outros profissionais da saúde<sup>29</sup>. O avaliador pode fazer uso de escalas, entrevistas estruturadas e outras ferramentas de avaliação psicológica, desde que os dados sejam interpretados dentro de cada contexto e não substituam a entrevista com a criança e as outras fontes de informação<sup>30</sup>.

Alguns instrumentos para a avaliação da sintomatologia pós-traumática em crianças e adolescentes estão disponíveis em língua portuguesa. A entrevista estruturada *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL<sup>31</sup>; versão brasileira por Brasil, 2003<sup>32</sup>) e o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência, respondido pelos responsáveis ou pelas crianças e pelos adolescentes (*Child Behavior Checklist – CBCL*<sup>33</sup>; versão brasileira por Bordin, Mari, & Caeiro, 1995<sup>34</sup>), podem ser utilizados para a investigação dos sintomas de TEPT e outros transtornos. No entanto, há uma escassez de instrumentos que abarquem a amplitude da sintomatologia relacionada ao trauma na infância e adolescência<sup>35</sup>, estando disponíveis apenas escalas que podem ser utilizadas para a investigação de sintomas associados, como escalas para sintomas depressivos (*Children's Depression Inventory*<sup>36</sup>; versão brasileira por Gouveia, Barbosa, Almeida, & Gaião, 1995<sup>37</sup>) e ansiosos (*Spence's Children Anxiety Scale*<sup>38</sup>; versão em português por DeSousa, Petersen, Behs, Manfro, & Koller, 2012<sup>39</sup>).

## Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma

A literatura aponta que o tratamento psicológico focado no trauma é considerado o tratamento de primeira linha para crianças e adolescentes vítimas de eventos traumáticos, com sólidas evidências de eficácia<sup>40,41</sup>. Diretrizes para o tratamento psicoterápico para crianças e adolescentes vítimas de eventos traumáticos apontam para a necessidade de (1) considerar a severidade e o grau de prejuízo referente aos sintomas pós-traumáticos; (2) integrar intervenções para comorbidades no tratamento psicoterápico, quando necessário; (3) incluir pais ou cuidadores no tratamento; e (4) considerar prejuízo funcional como marcador de resultados terapêuticos, assim como a redução dos sintomas<sup>18,41,42</sup>.

Estudos de metanálise recentes demonstram a eficácia da TCC e da TCC-FT<sup>40,43,44,25</sup> para crianças e adolescentes expostos a situações traumáticas, com redução significativa em sintomas de TEPT, depressão e comportamentos internalizantes. Estudos com TCC-FT têm demonstrado que os ganhos terapêuticos para crianças e pais/cuidadores se mantêm em *follow-ups* de 1 e 2 anos<sup>45,46</sup>. Existem evidências de eficácia para a TCC-FT para crianças vítimas de variados tipos de trauma, como violência urbana, terrorismo, violência interpessoal, luto traumático, entre outros<sup>41</sup>.

A TCC-FT foi inicialmente desenvolvida para crianças vítimas de abuso sexual, mas tem sido adaptada para vítimas de diversos tipos de traumas, como violência doméstica, violência urbana, terrorismo, luto traumático, desastres naturais, entre outros<sup>46</sup>. É uma modalidade de tratamento focal, flexível e de curto prazo, com cerca de 12 a 16 sessões com duração de 90 minutos cada<sup>47</sup>. A característica central da TCC-FT é a inclusão e participação ativa dos pais/cuidadores durante todo o tratamento, quando possível. As crianças e os cuidadores geralmente participam em sessões separadas paralelas durante os componentes iniciais, seguidas de sessões conjuntas para reforçar conceitos, fortalecer a comunicação positiva, construir um senso de confiança mútua e coesão e praticar as habilidades aprendidas nas sessões individuais. A TCC-FT é direcionada para crianças e adolescentes com idades entre 3 e 17 anos que apresentem sintomas relacionados ao trauma, como sintomas de TEPT, depressão e problemas comportamentais<sup>28</sup>. A TCC-FT é baseada em componentes que incorporam intervenções direcionadas ao trauma através de princípios cognitivo-comportamentais, familiares e humanistas. Esses componentes são focados no fortalecimento de estratégias de *coping*, desenvolvimento de narrativas do trauma, estratégias de regulação emocional e processamento cognitivo das experiências traumáticas<sup>28</sup> (ver Figura 1).

Lang et al.<sup>48</sup> publicaram um algoritmo com diretrizes para a indicação da TCC-FT, baseado em dados de estudos anteriores. Nesse sentido, não existem evidências de indicação para a TCC-FT para crianças e adolescentes que estejam em situações de risco, como exposição a situação traumática ou a violência doméstica severa, presença de comportamentos de risco, risco de suicídio, problemas de instabilidade de moradia, abuso de substâncias, transtorno bipolar e sintomas psicóticos sem tratamento

ou atuais, retardo mental grave, assim como crianças cujos cuidadores participantes da terapia sejam abusivos ou apresentem abuso de substâncias e psicose atual ou sem tratamento<sup>48</sup>.

Figura 1. Componentes da TCC-FT (adaptado de Cohen, Mannarino, & Deblinger<sup>28</sup>).

Módulo 1	Psicoeducação	Psicoeducação sobre a TCC-FT
		Psicoeducação sobre os traumas vivenciados
	Habilidades dos pais	Elogios
		Atenção seletiva
		<i>Time-out</i>
		Programas de contingência de reforço
	Relaxamento	Respiração, <i>mindfulness</i> e meditação
		Relaxamento muscular progressivo
		Relaxamento com os pais
	Modulação e expressão afetiva	Identificação de emoções
		Expressão afetiva com os pais/cuidadores
		Interrupção de pensamentos
		Senso de segurança da criança
		Habilidades sociais e solução de problemas
		Manejo de estados emocionais difíceis
	Processamento cognitivo e <i>coping</i>	Modulação afetiva para os pais
Modelo cognitivo para crianças		
Distorções cognitivas		
Modelo cognitivo para pais/cuidadores		
Módulo 2	Narrativa do trauma	Processamento cognitivo do trauma
		Exposição gradual
Módulo 2	Exposição <i>in vivo</i>	Compartilhando a narrativa do trauma com os pais/cuidadores
		Exposição a situações que geram sintomas evitativos
Módulo 3	Sessões conjuntas com a criança e os pais/cuidadores	Revisão de informações psicoeducativas, leitura da narrativa do trauma, engajamento em comunicação aberta, planos de segurança, sexualidade saudável (em casos de abuso sexual), relacionamentos saudáveis, redução de comportamentos de risco, compartilhamento de reações emocionais da experiência traumática e das reações dos pais, quando apropriado
	Construindo um futuro seguro	Habilidades de precaução e segurança

Apesar de os componentes da TCC-FT serem apresentados em módulos separados, na prática clínica os componentes são construídos através da interface entre eles. O julgamento clínico é crucial para estabelecer o tempo de duração, a ordem temporal e a ênfase de cada componente no processo terapêutico, sendo construído progressivamente com base em habilidades e conceitos aprendidos anteriormente pelos pacientes<sup>28</sup>. Portanto, essa modalidade de tratamento caracteriza-se pela flexibilidade na execução dos componentes<sup>28</sup>, possibilitando ao clínico adequar a intervenção para cada caso, focando as necessidades atuais.

Existem especificidades para a TCC-FT com crianças e adolescentes expostos a eventos traumáticos específicos, como abuso sexual, luto traumático e vítimas de traumas em curso. Em linhas gerais, a TCC-FT para luto traumático envolve componentes adicionais com foco na redefinição da relação da criança ou do adolescente com o ente falecido e no comprometimento com as relações atuais<sup>28</sup>. Com crianças abusadas sexualmente, é fundamental a inclusão de componentes que abarquem educação sobre sexualidade saudável<sup>47</sup>. Em relação a vítimas de traumas em curso, as particularidades envolvem ações com enfoque na melhora das estratégias de segurança no início do tratamento; engajamento efetivo de pais/cuidadores que estejam experienciando o trauma; abordagem das cognições negativas sobre os traumas em curso; e auxílio na diferenciação entre perigos reais e lembranças traumáticas generalizadas<sup>49</sup>.

## Considerações Finais

A prevalência de exposição a eventos traumáticos na infância e adolescência é alta<sup>3,4</sup>, podendo acarretar consequências deletérias que manifestam-se tanto a curto como a longo prazo. Abuso de substâncias, comportamentos de risco, risco de suicídio, queda no desempenho escolar, dificuldades no relacionamento interpessoal, comportamentos criminosos são algumas das consequências relacionadas à exposição traumática na infância e adolescência<sup>50</sup>. O TEPT é o transtorno mental mais estudado relacionado a experiências traumáticas<sup>9</sup>, mas sabe-se que a sintomatologia decorrente de tal exposição é bastante variada e complexa quando se trata de crianças e adolescentes<sup>8,12</sup>. Fatores como a etapa de desenvolvimento, o tipo de trauma vivenciado, a presença de transtornos mentais prévios (na esfera individual e familiar), o contexto cultural e cognitivo, entre outros, devem ser detalhadamente investigados para uma avaliação clínica adequada<sup>51</sup>.

Conforme já mencionado, a TCC é uma intervenção psicoterápica com sólidos resultados de efetividade, quando comparada a grupos controles<sup>25</sup>, e a TCC-FT é o tratamento de primeira linha para crianças e adolescentes traumatizados<sup>39,40</sup>. Para tal, além de outras intervenções cognitivas e comportamentais, são realizadas narrativas sobre a experiência traumática e exposições *in vivo* relacionadas com o trauma. A TCC-FT não se limita ao tratamento de um transtorno específico, como o TEPT, mas abarca a complexa sintomatologia relacionada ao trauma desenvolvida na infância. Além disso, não se limita à

vivência de incidentes únicos, podendo ser aplicada com crianças expostas a traumas diversos<sup>49</sup>. Como limitações do presente estudo, apontam-se o método baseado em uma revisão não sistemática da literatura e ausência de revisão de estudos com amostras brasileiras. Para estudos futuros, sugere-se a investigação do estado da arte da TCC para crianças e adolescentes expostos a situações traumáticas, bem como a condução de revisão sistemática da literatura sobre o tema.

Os autores do presente estudo vêm desenvolvendo pesquisas acerca do impacto da exposição traumática e de eficácia de intervenções terapêuticas para esses indivíduos, através do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE), da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. O NEPTE vem realizando pesquisas acerca de (1) avaliação clínica e neurobiológica de crianças vítimas de eventos traumáticos, (2) perícia psicológica de crianças com suspeita de abuso sexual, (3) abuso sexual em meninos, (4) transgeracionalidade do abuso sexual em meninas, (5) impacto de eventos estressores no desempenho escolar, (6) adaptação transcultural de validação de instrumentos de avaliação de exposição a eventos estressores, comportamentos sexuais infantis, gravidade de sintomas pós-traumáticos, cognições pós-traumáticas, (7) eficácia da TCC para o TEPT. Atualmente, foram avaliados 136 crianças e adolescentes, recrutados em serviços de saúde mental de Porto Alegre, com idades entre 7 e 17 anos (M=11,36; DP=2,4). Destes, 65% foram expostos a algum tipo de maus-tratos, como abuso físico, emocional, sexual e negligência; 13% sofreram traumas interpessoais, como assaltos, crimes violentos, acidentes automobilísticos, entre outros; 22% não haviam passado por nenhum tipo de trauma, mas tinham demanda para atendimento clínico.

Em nossa experiência, podemos perceber a grande demanda de crianças e adolescentes vítimas de traumas múltiplos, recorrentes e interpessoais, com elevada frequência de maus-tratos. Nesses casos, a prática corrobora os achados de pesquisas prévias: a sintomatologia é ampla e complexa, não se restringindo ao diagnóstico de TEPT. Ainda, tem sido comum a presença de traumas em curso, principalmente no que tange à violência doméstica e à violência na comunidade. A TCC-FT tem sido uma opção clínica válida e eficaz para o trabalho com casos complexos, em que o risco de violência não é completamente eliminado, ou quando a sintomatologia é grave, ampla e variada. Assim, o conhecimento dos quadros relacionados a traumas na infância e na adolescência, bem como a aplicação de estratégias eficazes de tratamento, permite a promoção de saúde mental e o aumento de estratégias de *coping* eficazes que auxiliam na prevenção de consequências futuras, amplamente relacionadas à experiência traumática na infância e adolescência.

## Referências

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a. ed., Texto Revisado. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. Scoboria A, Ford J, Lin H, Frisman L. Exploratory and confirmatory factor analyses of the structured interview for disorders of extreme stress. *Assessment*. 2008;15(4):404-25.
3. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreat*. 2005;10(1):5-25.
4. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner H. Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse Negl*. 2009;33(7):403-11.
5. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009;31, Supl II:S49-S57.
6. Bordin I, Duarte CS, Peres C, Nascimento R, Curto BM, Paula CS. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *World Health Organ*. 2009;87(5):336-44.
7. Cook-Cottone C. Childhood posttraumatic stress disorder: diagnosis, treatment, and school reintegration. *School Psychology Review*. 2004;33(1):127-39.
8. Jonkman CS, Verlinden E, Bolle EA, Boer F, Lindauer JL. Traumatic stress symptomatology after child maltreatment and single traumatic events: different profiles. *Journal of Traumatic Stress*. 2013;(April):225-32.
9. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin. Psychol. Rev*. 2012;32(2):122-38
10. American Psychiatric Association. DSM 5. American Psychiatric Association; 2013.
11. Cohen JA, Scheeringa MS. Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: Challenges and promises. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2009;11(1):91-9.
12. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2007;64(5):577-84.
13. Ximenes LF, Oliveira RDVCD, Assis SGD. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Cien Saude Colet*. 2009;14(2):417-433.
14. Elklit, A. Victimization and PTSD in a national youth sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;41:174-181.
15. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Trauma events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64:577-584.
16. Keane TM, Marshall AD, Taft CT. Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2006;2:161-197.
17. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003;129:52-73.
18. Cohen JA, Mannarino AP. Psychotherapeutic options for traumatized children. *Current opinion in pediatrics*. 2010;22(5):605.
19. Coates S, Gaensbauer TJ. Event trauma in early childhood: symptoms, assessment, intervention. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am*. 2009;18(3):611-26.
20. Wherry JN, Baldwin S, Junco K, Floyd B. Suicidal thoughts/behaviors in sexually abused children. *J. Child Sex. Abus*. 2013;22(5):534-51.

21. Pynoos RS, Steinberg AM, Layne CM, Briggs EC, Ostrowski SA, Fairbank JA. DSM-V PTSD Diagnostic criteria for children and adolescents: a developmental perspective and recommendations. 2009;22(5):391-8.
22. Gerko K, Hughes ML, Hamil M, Waller G. Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behavior. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(4):375-382.
23. Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M, Mehlum L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse Negl*. 2004;28(8):863-75.
24. Thabet AM, Tawahina AA, Sarraj E, Henely D, Pelleick H, Vostanis P. Comorbidity of post traumatic stress disorder, attention deficit with hyperactivity, conduct, and oppositional defiant disorder in palestinian children affected by war on Gaza. *Health* 2013;05(6):994-1002.
25. Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Library. 2013;11.
26. Kaminer D, Seedat S, Stein DJ. Post-traumatic stress disorder in children. *World Psychiatry*. 2005;4(2):121.
27. Schaefer LS, Rossetto S, Kristensen CH. Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2012;28(2):227-234.
28. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York: Guilford Press; 2006.
29. Hawkins SS, Radcliffe J. Current measures of PTSD for children and adolescents. *J. Pediatr. Psychol*. 2006;31(4):420-30.
30. Finnilä-Tuohimaa K, Santtila P, Sainio M, Niemi P, Sandnabba K. Expert judgment in cases of alleged child sexual abuse: clinicians' sensitivity to suggestive influences, pre-existing beliefs and base rate estimates. *Scand. J. Psychol*. 2009;50(2):129-42.
31. Kaufman J, Birmaher B, Brent DA, Ryan ND, Rao, U. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997; 39(10):980-988
32. Brasil A. Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) e estudo de suas propriedades psicométricas [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2003.
33. Achenbach TM. Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
34. Bordin I, Mari J, Caeiro F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da infância e adolescência): Dados preliminares. *Revista ABP-APAL*. 1995;17:55-66.
35. Habigzang LF, Borges JL, Dell'Aglio DD, Koller SH. Caracterização dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Clínica*. 2010;22:27-44.
36. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI) manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems; 1992.
37. Gouveia VV, Barbosa GA, Almeida HJF, Gaião AA. Inventário de depressão infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1995;44:345-349.
38. Spence SH. Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*. 1997;106:280-297.
39. De Sousa DA, Petersen CS, Behs R, Manfro GG, Koller SH. Brazilian portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-Brasil). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2012;34:147-153.
40. Cary CE, McMillen JC. The data behind the dissemination: a systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Child. Youth Serv*. 2012;Rev.;34(4):748-57.

41. Schneider SJ, Grilli SF, Schneider JR. Evidence-based treatments for traumatized children and adolescents. *Curr. Psychiatry Rep.* 2013;15(1):332.
42. Forbes D, Creamer M, Bisson JI, Cohen J, Crow BE, Foa EB, et al. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *J. Trauma. Stress.* 2010;23(5):537-52.
43. Kowalik J, Weller J, Venter J, Drachman D. Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: a review and meta-analysis. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry.* 2011;42(3):405-413.
44. Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C, Burns BJ, Kolko DJ, Putnam FW, et al. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2008;37(1):156-83.
45. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen J, Steer R. A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2006;45(12):1474-84.
46. Mannarino AP, Cohen JA, Deblinger E, Runyon MK, Steer R. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreat.* 2012;17(3):231-41.
47. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2004;43(4):393-402.
48. Lang JM, Ford JD, Fitzgerald MM. An algorithm for determining use of trauma-focused cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy.* 2010;47(4):554-69.
49. Cohen J, Mannarino AP, Murray LK. Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse Negl.* 2011;35(8):637-46.
50. Gilbert R, Widom C S, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet.* 2009;373:68-81.
51. Hawkins SS, Radcliffe J. Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology.* 2006;31:420-430.

## Correspondência

*Beatriz Oliveira Meneguelo Lobo*

Av. Ipiranga, 6.681, prédio 11, sala 915, Bairro Partenon

90619-900 Porto Alegre/RS

beatrizlobo.m@gmail.com

Submetido em: 30/12/2013

Solicitação de reformulações em: 12/03/2014

Retorno dos autores em: 07/04/2014

Aceito em: 14/04/2014