

Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância

Violence and post-traumatic stress disorder in childhood

Liana Furtado Ximenes¹
 Raquel de Vasconcelos Carvalhães de Oliveira²
 Simone Gonçalves de Assis¹

Abstract *This study presents the prevalence of symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in 500 schoolchildren (6-13 years old) in São Gonçalo, Rio de Janeiro. It also investigates the association between PTSD, violence and other adverse events in the lives of these children. The multi-stage cluster sampling strategy involved three selection stages. Parents were interviewed about their children's behavior. The instrument used to screen symptoms of PTSD was the Child Behavior Checklist-Posttraumatic Stress Disorder Scale (CBCL-PTSD). Conflict Tactics Scales (CTS) were applied to evaluate family violence and other scales to investigate the socioeconomic profile, familiar relationship, characteristics and adverse events in the lives of the children. Multivariate analysis was performed using a hierarchical model with a significance level of 5%. The prevalence of clinical symptoms of PTSD was of 6.5%. The multivariate analysis suggested an explanation model of PTSD characterized by 18 variables, such as the child's characteristics, specific life events, family violence, and other family factors. The results reveal that it is necessary to work with the child in particularly difficult moments of his/her life in order to prevent or minimize the impact of adverse events on their mental and social functioning*

Key words *PTSD, Violence, Children, Life events*

Resumo *O artigo apresenta a prevalência dos sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em crianças escolares (6-13 anos) do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro. Investiga também a associação entre TEPT, violência e outros eventos de vida adversos. O processo de amostragem utilizado foi por conglomerados em três estágios de seleção. Quinhentos pais dos estudantes foram entrevistados sobre o comportamento de seus filhos. Para avaliar os sintomas de TEPT, foi utilizado a Child Behavior Checklist -Posttraumatic Stress Disorder Scale (CBCL). Também foi aplicada a Escala Tática de Conflitos (CTS), que avalia violência familiar, e outros instrumentos que investigam o perfil socioeconômico da criança, a relação familiar, as características da criança e outros eventos de vida difíceis. Foi construído um modelo hierárquico de variáveis associadas ao TEPT, a partir do critério de 5% de significância. A prevalência dos sintomas de TEPT foi 6,5%. A análise estatística multivariada sugeriu um modelo explicativo de TEPT caracterizado por dezoito variáveis, como algumas características da criança, específicos eventos de vida adversos, violência familiar e outros fatores familiares. Os resultados revelam a necessidade de se trabalhar com a criança em momentos de sua vida especialmente difíceis, com a intenção de prevenir ou minimizar o seu impacto no funcionamento mental e social.*

Palavras-chave *TEPT, Violência, Criança, Eventos de vida adversos*

¹ Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4036/700, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ. liana@claves.fiocruz.br
² Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

Violências e acidentes atingem crianças e adolescentes brasileiros cotidianamente, constituindo-se causas principais de morte deste período do desenvolvimento humano. Nas grandes cidades do país, sete em cada dez mortes de crianças e adolescentes, de 5 a 19 anos, são devidas às causas externas¹. Podem desencadear ou potencializar problemas de saúde mental em crianças, prejudicando o desenvolvimento infantil. Estudos internacionais mostram que crianças vítimas de abuso físico frequentemente sofrem com problemas de comportamento e sintomas psiquiátricos^{2,3}.

No Brasil, poucos estudos têm sido realizados sobre a associação entre violência e problemas de comportamento na infância. Assis e colaboradores⁴, em estudo desenvolvido em São Gonçalo, Rio de Janeiro, sobre problemas de comportamento e violência familiar, observaram associação entre vitimização por violência e ocorrência de problemas de saúde mental em escolares.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um dos problemas de saúde mental mais associado à vitimização por violência. Atinge crianças, adolescentes e adultos após experiência pessoal, testemunho ou conhecimento de eventos que põem em risco à vida ou integridade física, própria ou de outros⁵.

A Associação de Psiquiatria Americana (APA) caracteriza TEPT pelo surgimento de sintomas após a exposição a um evento traumático que cause medo intenso, impotência ou terror, envolvendo morte, ferimentos, agressões reais; ou ameaças à integridade física da pessoa ou de outros. O estressor é considerado como ameaçador à vida. Três grandes grupos de sintomas são apontados: (1) revivência do evento traumático (lembranças aflitivas, intrusivas e recorrentes do evento; sonhos com o evento, episódios de *flashback* em que a pessoa age ou sente como se o episódio estivesse ocorrendo novamente, entre outros sintomas); (2) esquiva persistente de estímulos associados ao evento (esforços para evitar pensamentos, sentimentos e conversas associadas ao evento; esforços no sentido de evitar locais, pessoas, ações e tudo que lembre o evento, sensação de afastamento em relação a outras pessoas; entre outros sintomas); e (3) excitabilidade aumentada (hipervigilância; dificuldade de manter o sono; surtos de raiva e irritabilidade; dificuldades de manter a concentração). Para caracterizar TEPT, os sintomas devem causar sofrimento e prejuízo significativo em áreas importantes da vida e estar ocorrendo há mais de um mês⁵.

Além destes sintomas, a APA⁵ ressalta algumas

outras manifestações deste transtorno na infância. A resposta das crianças ao evento traumático de medo intenso e horror pode se expressar através de comportamento desorganizado ou agitado. Podem reviver o evento através de sonhos ameçadores sem um conteúdo identificável, como, por exemplo, sonhos com monstros e de salvamentos de si próprio ou de outros. O sentimento de futuro abreviado pode se expressar na idéia que a própria criança tem de que ela não chegará à idade adulta. O trauma pode ser revivido através da re-encenação do evento traumático. As crianças também podem exibir outros sintomas físicos, como dores estomacais e de cabeça. Apesar das observações para o TEPT infantil, vários estudos vêm questionando a adequação dos critérios do DSM-IV-TR⁵ para crianças^{6,7}.

Os estudos internacionais apontam para estimativas de incidência de TEPT variadas para a fase adulta após eventos ameaçadores, com proporções de 26% até 90%, sendo mais incidente em pessoas do sexo feminino. A prevalência ao longo da vida deste transtorno é de 10%, estimativa definida a partir de dados de adolescentes e adultos^{8,9}. Pesquisas que investigam sintomas moderados e leves de TEPT em crianças e adolescentes obtêm percentuais entre 30% a 50%. Quando se aplicam os critérios completos da DSM-IV-TR⁵ para a mesma população, estes percentuais declinam para 5% a 10%⁹. Há, no Brasil, ainda uma escassez de estudos de base populacional sobre TEPT e violência em crianças.

No âmbito da família (especialmente quando se trata de crianças e adolescentes), agressões físicas graves, abuso sexual, tortura, ameaças à vida da pessoa ou de alguém próximo podem ser considerados como eventos ameaçadores, desencadeando o quadro de TEPT. Na esfera da comunidade, presenciar ou vivenciar violências e acidentes também pode desencadear o transtorno. Muitas crianças sobrevivem aos traumas, integrando-os em suas experiências e se desenvolvendo normalmente¹⁰; outras desencadeiam sintomatologia de TEPT, prejudicando a vida pessoal e o desempenho escolar¹¹.

O objetivo deste trabalho é estimar a magnitude dos sintomas de TEPT em crianças, bem como construir um modelo explicativo para o TEPT na infância.

Métodos

O presente trabalho é decorrente de um estudo seccional sobre problemas de comportamento e

violência realizado em 2005, correspondente à primeira etapa de acompanhamento de uma coorte de crianças escolares de um município do Rio de Janeiro⁴.

Definição da amostra

O plano amostral baseia-se em um cadastro de escolas, turmas e número médio de alunos por turma, fornecido pela Secretaria de Educação do Município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, referente ao ano de 2005 (universo de 6.589 alunos em 236 turmas de 1ª série). O desenho amostral empregado foi do tipo conglomerado em três estágios de seleção (escolas, turmas de 1ª série e alunos).

A seleção aleatória foi proporcional ao tamanho (PPT), considerando-se o número de alunos de cada escola como variável auxiliar a seleção das unidades. Foram selecionadas 25 escolas de um total de 54 existentes. Utilizou-se amostra aleatória simples de duas turmas no âmbito de cada escola. Procedeu-se, então, um sorteio aleatório de dez alunos para cada uma destas turmas, totalizando quinhentos alunos amostrados. Como apenas era conhecido, por escola, o número total de alunos e de turmas de primeira série, realizou-se um sorteio através desta média. Fixou-se a amostra em quinhentos alunos, proporção de ocorrência de problemas de comportamento de 50% e erro relativo de 5%, com nível de confiança de 98%. Em função da ausência de listas nominais dos alunos por turma, considerou-se a ordenação segundo a lista de frequência.

Como critério de exclusão da pesquisa, adotou-se a ausência dos responsáveis à entrevista após três tentativas de agendamento. Foram efetuadas substituições para a próxima criança sorteada na lista de chamada devido, especialmente, ao fato dessas listas conterem muitos erros, não havendo aluno no número sorteado. Agregando estes dois aspectos, um total de 35% dos alunos da amostra original foram substituídos.

Estão excluídas da análise deste artigo: quinze crianças que não realizaram o teste WISC III (Escala de Inteligência Wechsler para Crianças) em sua versão reduzida e vinte crianças com nível de inteligência intelectualmente deficiente, por ser difícil avaliar problemas emocionais e comportamentais em crianças com nível de inteligência tão comprometido. Os dados utilizados na modelagem referem-se a 287 crianças, pois além dessas perdas mencionadas, foram excluídas do artigo as crianças com dados faltantes (*missings*) em alguma das variáveis estudadas na análise.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética

em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e os pais/responsáveis e a direção das escolas assinaram termos de consentimento livre e esclarecido.

Instrumentos utilizados

Um questionário multidimensional foi respondido pelas responsáveis (especialmente mães), com itens de diversos instrumentos, apontados a seguir:

- Perfil da criança e da família: sexo, raça/cor de pele (informada pelo entrevistado, com as opções de resposta branca, negra, parda, amarela/indígena);

- Estrato social¹²: aferido através do Critério Brasil (classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP), estima a capacidade de consumo, a partir de indicadores como televisão a cores, banheiro, automóvel. Tem alta correlação com a renda familiar. Nesta pesquisa, definiram-se dois estratos: alto/médio padrão socioeconômico (A+B) e popular (C+D+E).

- Escala Tática de Conflitos – CTS¹³: adaptada por Hasselman e Reichenheim¹⁴, afere diversos tipos de conflitos/violência: argumentação, violência física menor, violência física severa, agressão verbal e violência muito severa. A escala foi aplicada na íntegra, embora neste artigo sejam apresentadas apenas duas sub-escalas de violência dos pais/responsáveis contra a criança: agressão verbal (exemplo: destruir, bater ou chutar objetos) e violência severa (exemplo: espancar). Também foi investigada a violência entre os pais/responsáveis através destas mesmas sub-escalas. Tem como opções de resposta: nunca, algumas e muitas vezes. Uma resposta positiva configura a presença de cada forma de violência investigada. O estudo original apresentou adequados índices de confiabilidade para esta escala⁴.

- Violência na escola e comunidade: indicadores empregados pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (ILANUD/ONU)¹⁵ composto por oito itens, que avaliam se a criança já sofreu violência nesses espaços sociais através de humilhação, ameaça, agressão, se já teve danificada alguma coisa sua, se já conviveu com pessoas que carregam armas brancas ou de fogo, se já foi furtada e/ou roubada. Pelo menos um item positivo na escola ou comunidade caracteriza a presença de violência.

- Escala de inteligência Wechsler para crianças (WISC-III): é subdividida em duas escalas - QI verbal que enfatiza a inteligência auditiva e oral e QI de execução, voltado para a habilidade visual e motora¹⁶. Foi aplicada a versão reduzida, compos-

ta pelos sub-testes vocabulário (QI verbal) e cubos (QI de execução). O WISC completo foi aplicado em uma sub-amostra de 26 crianças. Constatou-se coeficiente de correlação de Pearson entre a versão completa e a reduzida de 0,85 QI total; 0,88 QI verbal; e 0,83 QI de execução (todos significativos $p < 0,001$).

- Funcionamento geral da família: aferido por doze perguntas, a exemplo de: é difícil planejar atividades familiares porque se desentendem; em tempos de crise, podem buscar ajuda uns nos outros; não conversam sobre a tristeza que sentem. As opções de respostas variam de concordo totalmente a discordo totalmente¹⁷. O precário funcionamento familiar foi definido pelas crianças cujos resultados estavam na faixa de um desvio padrão abaixo da média.

- Envolvimento parental: composto por seis itens que aferem a frequência (sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca) com que os responsáveis elogiam, conversam ou brincam, dão atenção e riem com as crianças. Maiores escores significam a existência de envolvimento do responsável com a criança¹⁸. O precário envolvimento parental foi definido pelas crianças cujos resultados estavam na faixa de um desvio padrão abaixo da média.

Tanto a escala de envolvimento quanto de funcionamento parental foram adaptadas transculturalmente, quando foram verificados adequados resultados psicométricos⁴.

- Relacionamento familiar: indagado pela questão “no último ano, como é o relacionamento da criança com cada membro familiar - pai, mãe e irmãos”.

- Relacionamento com amigos e professores: idem à pergunta realizada para a família. As opções de resposta para esses itens de relacionamento são: bom, regular e ruim.

- Uso de drogas pelo pai/mãe no último ano: categorizado como ausência ou presença de pelo menos um dos seguintes comportamentos: consumo de bebida alcoólica até se embriagar ou sentir-se bêbado (ficar de “porre”); usar maconha; cocaína, “crack”, ou pasta de coca.

- TEPT/Child Behavior Checklist (CBCL): aferido por vinte itens que compõem a CBCL (Tabela 1), de um total de 116 (aplicados às pais/responsáveis), definidos por Wolfe *et al.*¹⁹ e utilizada em estudos internacionais²⁰⁻²². São itens que não necessariamente fazem parte do diagnóstico clínico de TEPT, porém, habitualmente, costumam ocorrer em conjunto com os sintomas de TEPT em crianças. Destina-se à faixa etária de 6 a 18 anos²³. Tem como opções de resposta: falso; pouco verdadeiro; muito verdadeiro, com escores variando de 0 a 2. A escala

bruta é composta pela soma dos escores dos vinte itens, sendo então padronizada através do escore T para a definição de crianças não clínicas, limítrofes e clínicas. O objetivo do uso do escore T é padronizar o escore bruto, a fim de facilitar a comparação com outras populações e definir os pontos de corte, já que este varia em função da média e desvio-padrão da população. O ponto de corte (escore $T > 65$ = limítrofe ou clínico) utilizado se baseia em dados internacionais, já que ainda não há padronização do escore para a população brasileira. A versão utilizada foi adaptada por Bordin *et al.*²⁴

Confiabilidade e validade da TEPT/CBCL

A confiabilidade e validade da escala TEPT-CBCL na amostra completa de quinhentas crianças mostrou os seguintes resultados: a) confiabilidade: alfa de Cronbach (0,77); b) validade de constructo: correlação significativa (p -valor $< 0,05$) com: violência severa cometida pelo pai (0,089) e pela mãe (0,193), violência na escola (0,279), mais precário funcionamento geral da família (0,287) e pior relacionamento da criança com pai (0,253), mãe (0,238) e irmãos (0,249)²⁵.

Para aferir a validade de critério, realizou-se um estudo com uma amostra de 42 crianças de São Gonçalo que fazem parte do estudo, através da aplicação por psiquiatra clínico da versão brasileira da escala Kids-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children: Present and Lifetime Version (KSADS-PL)²⁶, que avalia a existência de transtornos psiquiátricos em crianças. Encontrou-se sensibilidade baixa (40%) entre a escala TEPT-CBCL e K-SADS-PL e especificidade de 73%.

A escala TEPT-CBCL mostrou capacidade de discriminar pessoas segundo os resultados da K-SADS-PL²⁶ (p -valor = 0,006): a) o escore médio da escala TEPT/CBCL dentre as crianças aferidas como clínicas/limítrofes pela K-SADS-PL é de 13,4 (desvio-padrão de 2,8); b) o escore médio obtido na TEPT-CBCL dentre as crianças sem TEPT pela K-SADS-PL é 11,8 (DP 4,6).

Todavia, as crianças positivas para TEPT/CBCL estão correlacionadas às demais sub-escalas da CBCL (ansiedade/depressão, comportamento agressivo, problemas na atenção), aproximando-se do relato de Ruggiero e McLeer²⁰, que relativizam a validade da escala TEPT/CBCL pela sua capacidade de detectar sintomas presentes em vários transtornos emocionais e não apenas TEPT. Por outro lado, estes autores constaram escores correlacionados significativamente com o número de sintomas endossados pela escala K-SADS-PL.

Análise dos dados

A análise dos resultados foi realizada através da descrição da frequência absoluta e relativa, e do cruzamento de variáveis. Foram obtidas medidas de prevalência, com destaque para a associação entre violência e sintomas de TEPT. Foram calculados intervalos de confiança a 95% através do *software* R 2.6.2, com o package *epicalc*.

Na verificação de associação entre as variáveis e o desfecho (problemas de comportamento), foi empregado o teste de independência qui-quadrado de Pearson. No caso de tabelas formadas pelo cruzamento de duas linhas e duas colunas, devido ao número de graus de liberdade ($gl=1$), foi empregado um teste alternativo denominado exato de Fisher. Devido à natureza não-paramétrica do teste, este teste também foi empregado em tabelas com baixas contagens (frequência menor do que 5).

A fim de descrever que fatores de risco/proteção estariam associados ao TEPT, realizou-se modelagem multivariada, através de um modelo logístico binário, no *software* SAS-8.0. A abordagem da modelagem é hierárquica, através da inserção das 36 variáveis escolhidas para o modelo pela relevância teórica²⁷. A estatística do teste de Wald tipo III (nível de significância de 5%) foi o critério definido para a seleção das variáveis no modelo. Na Tabela 2, são apresentadas as variáveis que entraram no modelo, seguindo quatro níveis de hierarquia (criança, eventos adversos, adversidades na família, fatores relacionados à família), com a finalidade de diminuir a multicolinearidade entre as variáveis, como abordado por Victora *et al.*²⁷. Na modelagem, os sinais de TEPT analisados agregam crianças clínicas e limítrofes. O desfecho foi avaliado através de uma variável dicotômica, atribuindo escore 1 quando a criança é classificada como clínica/limítrofe na escala TEPT-CBCL e zero, em caso contrário.

Das 36 variáveis testadas inicialmente, 29 foram introduzidas, seqüencialmente, no modelo, segundo o seu bloco de pertencimento. A seguir, foram testados quatro modelos antes da consolidação do modelo mais parcimonioso, composto por dezenove variáveis, agrupadas segundo o nível de pertencimento. O teste de Hosmer e Lemeshow foi realizado no modelo final, não encontrando perda da qualidade de ajuste ($p > 0.05$). Os resultados foram expressos através das odds ratios (OR) e seus respectivos intervalos de confiança.

Outra abordagem empregada na redução dos efeitos de confundimento foi de um modelo composto por menos variáveis do que o realizado. Para isso, se utilizaram os resultados da modelagem

univariada. Testou-se o modelo logístico de forma hierárquica, desta vez incluindo somente as variáveis significativas nos modelos univariados ou no modelo multivariado de dezenove variáveis.

Resultados

A amostra foi bem distribuída quanto ao sexo, havendo uma discreta preponderância de meninas (51,6%). Os estratos socioeconômicos mais pobres (C-D-E) foram predominantes (94,6% das crianças) e crianças com cor de pele parda tiveram maior frequência (54,9% das crianças), seguida pela cor de pele branca (33,3%).

As crianças que apresentaram sintomas compatíveis com TEPT representaram 10,8% do total de crianças, sendo que 6,5% apresentaram sintomas do transtorno em nível clínico.

Na Tabela 1, encontram-se os itens que compõem a TEPT-CBCL, a prevalência e os respectivos intervalos de confiança (IC). Dentre os resultados, destacam-se prevalências altas de sintomas de ansiedade como: “é nervoso ou tenso” (58,7%); “é medroso ou ansioso demais” (60,7%) e “tem pesadelos” (29,9%). Os itens “é mal humorado, irrita-se com facilidade” (43,0%) e “tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos” (31,9%) estão relacionados com o grupo de sintomas de excitabilidade aumentada.

Na Tabela 2, são apresentadas as variáveis que foram testadas no processo de modelagem e suas respectivas prevalências classificadas de acordo com a presença (limítrofe/clínica) ou ausência de TEPT. Os resultados de perfil sociodemográfico (raça, cor da pele, classe social) não apresentaram associação estatística significativa com a sintomatologia.

Dentre as variáveis que apresentaram diferenças estatísticas significativas entre os grupos de crianças classificadas com e sem sintomas ($p < 0,05$ – teste exato de Fisher/ teste qui-quadrado) estão: alguém ter tirado à força dinheiro ou alguma outra coisa da criança na escola e na comunidade; receber notícia muito ruim e inesperada de morte ou de doença grave de alguém querido; agressão verbal e violência severa da mãe sobre a criança; agressão/violência entre os irmãos; ficar muito doente e receber cuidados médicos; situação de risco à vida de criança ou familiar; funcionamento e relacionamento familiar; e as mães relatarem apoio de pessoas.

Na Tabela 3, podem ser observadas as razões de chance brutas e ajustadas no modelo logístico empregado. Muitas variáveis são explicativas de sintomas de TEPT nas crianças estudadas.

Tabela 1. Distribuição da prevalência dos sintomas de TEPT segundo itens de TEPT/CBCL.

Itens da escala de TEPT/CBCL (N=465)	Prevalência	
	%	IC 95%
Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça)	65,2	60,6 - 69,5
É distraído, não consegue prestar atenção por muito tempo	61,7	57,1 - 66,2
É medroso ou ansioso demais	60,6	56,0 - 65,1
É nervoso (a) ou tenso (a)	58,7	54,1 - 63,2
Fica grudado (a) nos adultos, é muito dependente	44,7	40,1 - 49,4
É mal humorado (a), irrita-se com facilidade	43,0	38,5 - 47,7
É reservado(a), fechado (a), não conta suas coisas para ninguém	39,6	35,1 - 44,2
Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos	31,8	27,6 - 36,3
Tem pesadelos	29,9	25,8 - 34,3
Tem medo de pensar ou fazer algo destrutivo (contra si e contra outros)	21,9	18,2 - 26,0
É infeliz, triste ou deprimido (a)	18,7	15,3 - 22,6
Tem dores de cabeça (problemas físicos por "nervoso" - sem causa médica)	17,4	14,1 - 21,2
Acha que os outros o (a) perseguem	12,7	9,8 - 16,1
Sente-se excessivamente culpado (a)	10,5	7,9 - 13,7
Tem problemas com o sono	10,3	7,7 - 13,5
É retraído (a), não se relaciona com os outros	10,3	7,7 - 13,5
Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões)	9,9	7,3 - 13,0
Tem dores de estômago/barriga (problemas físicos por "nervoso" - sem causa médica)	9,4	7,0 - 12,5
Tem vômitos (problemas físicos por "nervoso" - sem causa médica)	3,4	2,0 - 5,5
Tem náuseas, enjôos (problemas físicos por "nervoso" - sem causa médica)	3,2	1,8 - 5,3

Tabela 2. Distribuição dos fatores relacionados à criança, eventos adversos, adversidades na família e fatores familiares segundo ausência ou presença de TEPT.

	TEPT Categorizado		P-valor
	Ausência	Presença	
Criança			
Sexo			0,298
Masculino (N=236 - 50,8%)	207 49,9%	29 58,0%	
Feminino (N=229 - 49,2%)	208 50,1%	21 42,0%	
Raça/cor da pele			0,706
Branca (N=152 - 33,3%)	138 33,8%	14 28,6%	
Negra (N=54 - 11,8%)	47 11,5%	7 14,3%	
Parda (N=251 - 54,9%)	223 54,7%	28 57,1%	
Classe social-agregada			1,000
A+B (N=21 - 5,4%)	19 5,5%	2 4,1%	
C+D+E (N=368 - 94,6%)	324 94,5%	44 95,7%	
QI verbal			0,996
Intelectualmente deficiente (N=20 - 4,3%)	18 4,3%	2 4,0%	
Limítrofe (N=55 - 11,8%)	49 11,8%	6 12,0%	
Média inferior (N=96 - 20,6%)	86 20,7%	10 20,0%	

continua

Tabela 2. continuação

	TEPT Categorizado		P-valor
	Ausência	Presença	
Média (N=211 - 45,4%)	187	24	
	45,1%	45,3%	
Média superior (N=49 - 10,5%)	43	6	
	10,4%	11,3%	
Superior (N=20 - 4,3%)	19	1	
	4,6%	1,9%	
Muito superior (N=14 - 3,0%)	13	1	
	3,1%	1,9%	
QI execução			0,547
Intelectualmente deficiente (N=6 - 1,4%)	6	0	
	1,5%	0,0%	
Limítrofe (N=71 - 16,2%)	66	5	
	16,9%	10,4%	
Média inferior (N=134 - 30,5%)	121	13	
	30,9%	27,1%	
Média (N=188 - 42,8%)	164	24	
	41,9%	50,0%	
Média superior (N=24 - 5,5%)	19	5	
	4,9%	10,4%	
Superior (N=13 - 3,0%)	12	1	
	3,1%	2,1%	
Muito superior (N=3 - 0,7%)	3	0	
	0,8%	0,0%	
Eventos adversos			
Alguém tirou à força dinheiro ou alguma coisa da <criança> na escola?			0,041
Ausência (N=451 - 97,2%)	405	46	
	97,8%	92,0%	
Presença (N=13 - 2,8%)	9	4	
	2,2%	8,0%	
Alguém tirou à força dinheiro ou alguma coisa da <criança> na comunidade?			0,030
Ausência (N=451 - 97,2%)	410	47	
	99,0%	94,0%	
Presença (N=13 - 2,8%)	4	3	
	1,0%	6,0%	
Seqüestro da criança ou de familiar			0,671
Ausência (N=451 - 97,6%)	403	48	
	97,6%	98,0%	
Presença (N=11 - 2,4%)	10	1	
	2,4%	2,0%	
Vivenciar desabamento (casa, escola, casa de parentes)			0,138
Ausência (N=444 - 95,9%)	398	46	
	96,4%	92,0%	
Presença (N=19 - 4,1%)	15	4	
	3,6%	8,0%	
Vivenciar enchente grave (casa, escola, casa de parentes)			0,174
Ausência (N=405 - 87,9%)	364	41	
	88,6%	82,0%	
Presença (N=56 - 12,1%)	47	9	
	11,4%	18,0%	

continua

Tabela 2. continuação

	TEPT Categorizado		P-valor
	Ausência	Presença	
Vivenciar incêndios graves (casa, escola, casa de parentes)			0,628
Ausência (N=450 – 97,4%)	402 97,6%	48 96,0%	
Presença (N=12 – 2,6%)	10 2,4%	2 4,0%	
Ver alguém ser gravemente ferido			0,051
Ausência (N=411 – 89%)	371 90,0%	40 80,0%	
Presença (N=51 – 11%)	41 10,0%	10 20,0%	
Viver situação de perigo e insegurança na vizinhança			0,142
Ausência (N=395 – 85,1%)	356 86,0%	39 78,0%	
Presença (N=69 – 14,9%)	58 14,0%	11 22,0%	
Ver alguém roubando ou atirando em outra pessoa			0,081
Ausência (N=416 – 89,7%)	375 90,6%	41 82,0%	
Presença (N=48 – 10,3%)	39 9,4%	9 18,0%	
Ter casa assaltada ou roubada			0,610
Ausência (N=454 – 97,8%)	404 97,6%	50 100,0%	
Presença (N=10 – 2,2%)	10 2,4%	0 0,0%	
Sofrer acidentes de carro ou de ônibus			0,776
Ausência (N=430 – 92,7%)	384 92,8%	46 92,0%	
Presença (N=34 – 7,3%)	30 7,2%	4 8,0%	
Adversidades na família			
Uso de substâncias pelo pai ou mãe			0,400
Ausência (N=270 – 67%)	243 67,7%	27 61,4%	
Presença (N=133 – 33%)	116 32,3%	17 38,6%	
Morte de pai, mãe ou irmão da criança			0,808
Ausência (N=415 – 89,2%)	371 89,4%	44 88,0%	
Presença (N=50 – 10,8%)	44 10,6%	6 12,0%	
Notícia muito ruim e inesperada de morte, doença grave de alguém querido			0,004
Ausência (N=260 – 56%)	242 58,5%	18 36,0%	
Presença (N=204 – 33%)	172 41,5%	32 64,0%	
Agressão verbal do pai sobre a criança			0,188
Ausência (N=154 – 36,9%)	142 38,1%	12 27,3%	
Presença (N=263 – 63,1%)	231 61,9%	32 72,7%	

continua

Tabela 2. continuação

	TEPT Categorizado		P-valor
	Ausência	Presença	
Agressão verbal da mãe sobre a criança			0,003
Ausência (N=85 – 18,6%)	83 20,4%	2 4,1%	
Presença (N=371 – 81,4%)	324 79,6%	47 95,9%	
Violência severa do pai contra a criança			0,209
Ausência (N=312 – 74,5%)	282 75,4%	30 66,7%	
Presença (N=107 – 25,5%)	92 24,6%	15 33,3%	
Violência severa da mãe contra a criança			0,000
Ausência (N=190 – 41,8%)	184 45,3%	6 12,2%	
Presença (N=265 – 58,2%)	222 54,7%	43 87,8%	
Agressão verbal do pai sobre a mãe			0,672
Ausência (N=68 – 16,8%)	62 17,2%	6 13,6%	
Presença (N=336 – 83,2%)	298 82,8%	38 86,4%	
Violência severa da mãe sobre o pai			0,330
Ausência (N=313 – 78,6%)	281 79,4%	32 72,7%	
Presença (N=85 – 21,4%)	73 20,6%	12 27,3%	
Violência severa do pai contra a mãe			0,131
Ausência (N=309 – 77,3%)	279 78,4%	30 68,2%	
Presença (N=91 – 22,8%)	77 21,6%	14 31,8%	
Agressão/violência entre irmãos			0,020
Ausência (N=237 – 52,5%)	220 54,5%	17 36,2%	
Presença (N=214 – 47,5%)	184 45,5%	30 63,8%	
Ficar muito doente e receber cuidados médicos			0,035
Ausência (N=245 – 52%)	226 54,6%	19 38,0%	
Presença (N=219 – 47,2%)	188 45,4%	31 62,0%	
Tratamento médico dolorido e assustador para criança ou familiar			0,052
Ausência (N=352 – 76%)	320 77,5%	32 64,0%	
Presença (N=111 – 24%)	93 22,5%	18 36,0%	
Hospitalização da criança			0,169
Ausência (N=276 – 59,7%)	251 60,9%	25 50,0%	
Presença (N=186 – 40,3%)	161 39,1%	25 50,0%	

continua

Tabela 2. continuação

	TEPT Categorizado		P-valor
	Ausência	Presença	
Criança ou familiar sob risco de vida			0,006
Ausência (N=379 – 81,7%)	346 83,6%	33 66,0%	
Presença (N=85 – 18,3%)	68 16,4%	17 34,0%	
Fatores relacionados à família			
Estrutura familiar			0,201
Pai e mãe (N=248 – 53,7%)	222 53,9%	26 52,0%	
Pai e madrasta ou mãe e padrasto (N=83 – 18%)	72 17,5%	11 22,0%	
Só com um dos pais (N=114 – 24,7%)	105 25,5%	9 18,0%	
Sem pai e sem mãe (N=17 – 3,7%)	13 3,2%	4 8,0%	
Funcionamento familiar			0,000
Ausência (N=66 – 15,8%)	47 12,7%	19 40,4%	
Presença (N=351 – 84,2%)	323 87,3%	28 59,6%	
Envolvimento parental			0,823
Ausência (N=62 – 13,8%)	55 13,7%	7 14,9%	
Presença (N=387 – 86,2%)	347 86,3%	40 85,1%	
Relacionamento familiar			0,001
Regular ou ruim com todos (N=19 – 4,1%)	13 3,1%	6 12,0%	
Bom com pelo menos um (N=165 – 35,6%)	141 34,0%	24 48,0%	
Bom com todos (N=279 – 60,3%)	259 62,7%	20 40,0%	
Apoio de pessoas com que se sente à vontade			0,002
Sim (N=349 – 79,1%)	319 81,4%	30 61,2%	
Não (N=92 – 20,9%)	73 18,6%	19 38,8%	

Na Tabela 3, vê-se que, no modelo ajustado, ser uma criança de cor de pele negra aumenta em 4,79 vezes as chances de apresentação de sintomas de TEPT, comparadas às crianças brancas.

No que se refere ao QI de execução, viu-se que crianças com escores mais baixos têm menores chances de apresentar sinais de TEPT comparadas àquelas com níveis médio superior ou superior, tanto nos dados brutos quanto nos ajustados.

Na dimensão de eventos adversos, nota-se que as crianças que passam por vários eventos trau-

máticos apresentam mais elevadas chances de sinalizarem os sintomas de TEPT, estando os maiores valores entre aquelas crianças que sofreram roubo na comunidade (57,54 vezes), seguidas por sofrer roubo na escola (3,13 vezes), viver em situação de risco na vizinhança (2,92) e ser testemunha de roubo ou ferimentos por armas de fogo (1,94). Todos estes eventos estão associados ao maior aparecimento de sintomatologia, quando comparados a crianças que nunca passaram por tais situações.

Tabela 3. Razões de chances (OR) brutas e ajustadas pelo modelo logístico para a ocorrência de TEPT.

Variáveis explicativas TEPT (N=287)	Razões ajustadas (ORa)	Intervalo de confiança (95%)	Razões brutas(OR)	Intervalo de confiança(95%)
Criança				
Cor				
Parda	1.15	0.84-1.57	1.23	1.02-1.48
Negra	4.79	3.21-7.14	1.46	1.12-1.90
Branca	1.00	-	1.00	-
QI execução				
Limítrofe	0.19	0.10-0.37	0.39	0.28-0.56
Média inferior/Média	0.59	0.37-0.95	0.74	0.57-0.95
Média superior/Muito superior	1.00	-	1.00	-
Eventos adversos				
Vive/viveu em situação de perigo na vizinhança				
Presença	2.92	2.07-4.12	1.73	1.42-2.11
Ausência	1.00	-	1.00	-
Viu alguém roubando ou atirando em outra pessoa				
Presença	1.94	1.34-2.81	2.13	1.71-2.64
Ausência	1.00	-	1.00	-
Alguém tirou à força algo/ dinheiro na escola				
Sim	3.13	1.77-5.52	3.91	2.81-5.46
Não	1.00	-	1.00	-
Alguém tirou à força algo/ dinheiro na comunidade				
Sim	57.54	25.80-128.30	6.55	4.31-9.94
Não	1.00	-	1.00	-
Adversidades na família				
Agressão verbal da mãe				
Presença	5.07	2.16-11.93	5.99	4.05-8.86
Ausência	1.00	-	1.00	-
Violência severa do pai				
Presença	1.47	1.10-1.97	1.54	1.28-1.84
Ausência	1.00	-	1.00	-
Violência severa da mãe				
Presença	17.14	10.38-28.32	5.91	4.65-7.51
Ausência	1.00	-	1.00	-
Violência severa da mãe sobre o pai				
Presença	0.49	0.34-0.70	1.44	1.18-1.74
Ausência	1.00	-	1.00	-
Violência severa do pai sobre a mãe				
Presença	2.50	1.77-3.52	1.69	1.40-2.04
Ausência	1.00	-	1.00	-
Violência entre irmãos				
Presença	1.98	1.45-2.69	2.10	1.77-2.50
Ausência	1.00	-	1.00	-
Recebeu alguma notícia ruim ou inesperada como morte de alguém querido				
Presença	2.44	1.83-3.27	2.51	2.12-2.96
Ausência	1.00	-	1.00	-
Uso de droga pelos pais				
Presença	1.91	1.43-2.54	1.32	1.10-1.57
Ausência	1.00	-	1.00	-

continua

Tabela 3. continuação

Variáveis explicativas TEPT (N=287)	Razões ajustadas (ORa)	Intervalo de confiança (95%)	Razões brutas(OR)	Intervalo de confiança(95%)
Fatores relacionados à família				
Estrutura familiar	17.21	7.66-38.69	2.63	1.90-3.65
Sem os pais	0.94	0.63-1.38	0.73	0.59-0.90
Só com um dos pais	1.33	0.92-1.92	1.30	1.06-1.59
Um dos pais e companheiro	1.00	-	1.00	-
Pai e mãe				
Funcionamento da família	3.67	2.60-5.20	4.66	3.89-5.58
Precário	1.00	-	1.00	-
Adequado				
Envolvimento parental	0.30	0.20-0.44	1.09	0.87-1.38
Precário	1.00	-	1.00	-
Adequado				
Relacionamento familiar	3.89	2.31-6.55	5.98	4.46-8.01
Regular ou ruim com todos	2.60	1.96-3.47	2.19	1.85-2.61
Bom com pelo menos algum	1.00	-	1.00	-
Bom com todos				
Apoio externo	2.16	1.64-2.83	2.76	2.33-3.28
Não	1.00	-	1.00	-
Sim				

Na dimensão de adversidades ocorridas na família, todos os eventos têm altas chances de prever sintomas de TEPT. O evento com maior capacidade preditora é a violência severa da mãe (dezesete vezes mais chances do que aquela que não vivencia essa modalidade de violência). Logo em seguida, a presença de agressão verbal da mãe sobre o filho (5,07 vezes) e a violência severa do pai sobre a mãe (2,50 vezes).

Outros tipos de eventos na família que mostraram aumentar a chance de sintomas de TEPT são: recebimento da notícia da morte de alguém querido (2,44 vezes), violência entre irmãos (1,98 vezes), uso de drogas por um ou ambos os pais (1,91 mais chances) e violência severa do pai (1,47).

A violência severa da mãe sobre o pai mostra resultado oposto, quando se analisam os dados ajustados por todas as variáveis. Na presença dessa forma de violência, há menos crianças com sintomas de TEPT (OR 0,49); dentre as que presenciaram a violência do pai sobre a mãe, nota-se mais sintomas de TEPT (OR 2,50).

Por último, na dimensão dos fatores relacionados à família, destaca-se a estrutura familiar com a presença de apenas um dos pais como maior chance de sintomas de TEPT, quando compara-

dos aos que vivem com ambos os pais (17,21 vezes mais sintomas).

Nota-se ainda que as crianças com relacionamento familiar regular ou ruim com todos os familiares (3,89) e aquelas que têm bom relacionamento com apenas um desses familiares (2,60) possuem mais chances de terem sinais de TEPT do que aquelas com bom relacionamento familiar com todos os membros da família, tal como afirmado pelos responsáveis.

No que se refere ao funcionamento familiar, crianças que vivem em situação mais precária demonstram mais chances na apresentação de sintomas pós-traumáticos (3,67 vezes) do que aquelas crianças com bom funcionamento familiar. Também a ausência de apoio de amigos, vizinhos ou pessoas externas ao núcleo familiar mostra-se mais comum entre crianças com sintomas de TEPT (2,16 vezes), se comparadas a famílias com mais apoio externo.

O envolvimento parental mostra quadro discordante: aquelas crianças cujos pais se envolvem menos em sua educação têm menos sintomas de TEPT do que as com pais mais próximos e solícitos (OR 0,30).

Discussão

O artigo mostra a multiplicidade de fatores associados à presença de TEPT nas crianças estudadas e sinaliza a importância de que os profissionais que lidam com essa clientela compreendam mais sobre os eventos que podem facilitar com que as crianças sofram estresse após vivenciar traumas.

A análise hierarquizada permitiu identificar as características que mais elevam a chance da criança escolar apresentar sintomas de TEPT. O resultado relacionado à cor da pele mostra a maior probabilidade de crianças negras desenvolverem o problema quando comparadas às brancas. Esse resultado pode ser explicado pela presença da discriminação que provavelmente essas crianças são submetidas. Yasui e Dishion²⁸ relacionam a discriminação sofrida por certos grupos étnicos (negros, por exemplo) à ocorrência de problemas de comportamento. Os autores mostram que hostilidade, racismo, falta de acesso a recursos e de suporte social são fortemente associados à presença de problemas de comportamento em crianças negras e de outros grupos étnicos minoritários. Poucos estudos investigam a associação de TEPT com racismo. Loo, Fairbank e Chemtob²⁹ apontaram que a vivência de discriminação racial é um fator de risco para o desenvolvimento do TEPT em ex-veteranos de guerra. Rojas e Pappagallo³⁰ alertam que os resultados de TEPT associados à raça devem ser vistos com cautela, pois podem derivar da inserção socioeconômica e não de questão racial ou biológica.

Os níveis mais baixos do teste de QI de execução foram fatores protetores para o desenvolvimento dos sintomas de TEPT. Esse achado contraria a literatura científica internacional, que sinaliza associação negativa entre possuir elevado QI e desenvolvimento do TEPT. Buckley, Blachard e Neill³¹ mostram que a hipótese utilizada nestes estudos é que o nível de QI pode estar influenciando a avaliação subjetiva de ameaça. Assim, indivíduos com baixo QI tenderiam a superestimar a ameaça em situações traumáticas e aqueles com maiores escores de QI teriam melhor habilidade cognitiva para lidar com o impacto emocional de experiências traumáticas. Porém, os autores alertam que as pesquisas existentes da área foram realizadas apenas com veteranos de guerra e que são necessárias pesquisas com a população em geral. Há escassez de pesquisas específicas sobre o tema envolvendo crianças. Vale ainda salientar a limitação dos testes de QI, que, no atual estágio de desenvolvimento da psicométrica, são mais utilizados como estimativa atual de funcionamento intelectual. QI não é um atributo fixo e imutável, variando de acordo com

o ambiente e os fatores psicopatológicos que afetam as funções cognitivas. Outras variáveis podem também influenciar o desempenho nas tarefas envolvidas, como compreensão das instruções, motivação e empenho em dar determinada impressão. Neste sentido, a capacidade intelectual aferida nos testes de inteligência é apenas um aspecto da inteligência e um escore baixo em teste de inteligência pode não significar funcionamento intelectual baixo⁴.

Todos os eventos de violência na escola e comunidade encontraram-se fortemente associados ao desenvolvimento dos sintomas do transtorno no modelo hierárquico, com destaque para o roubo nesses espaços sociais. Stein *et al.*³² apontam associação entre ter presenciado violência na comunidade e a presença de problemas de comportamento. Afirmam que esta associação é bidirecional, ou seja, problemas de comportamento podem ser tanto preditores para a exposição à violência quanto consequência desta exposição.

Scarpa, Haden e Hurley³³, em pesquisa com jovens de 18 a 22 anos, referem associação entre alta vitimização de violência comunitária e severidade de sintomas de TEPT. Lloyd e Turner³⁴ também assinalam que histórico de adversidades, mesmo que os eventos não sejam objetivamente considerados traumáticos para o diagnóstico de TEPT, pode aumentar o risco da doença. Para os autores, eventos como divórcio dos pais e ser reprovado na escola, mesmo não considerados ameaçadores à integridade física da pessoa, poderiam ser preditores distais do TEPT.

Crianças e adolescentes continuamente expostos à violência comunitária têm alto risco de desenvolver uma série de problemas psicológicos, dentre eles o TEPT, ansiedade, depressão, raiva e dissociação³⁵.

Quanto aos eventos na família, a violência familiar mostrou forte associação com o desfecho no presente estudo. Levendosky *et al.*³⁶ afirmam que crianças que vivem em famílias com violência doméstica apresentam altos níveis de problemas sociais, comportamentais e cognitivos, incluindo sintomas de TEPT.

No presente artigo, agressão verbal da mãe aumentou, cerca de cinco vezes, a chance de desenvolvimento da sintomatologia. A agressão verbal da mãe é um indicador de violência psicológica. Esta se caracteriza por atos de hostilizar, rejeitar, isolar, aterrorizar, ameaçar, humilhar, chantagear, discriminar, explorar e ignorar a criança³⁷. Silva, Coelho e Capone³⁸ alertam para os graves problemas de ordem emocional e física que podem ser ocasionados pela vivência contínua de violência

psicológica. Panuzio *et al.*³⁹ apontam para uma série de estudos que afirmam que a agressão psicológica é um dos mais robustos preditores para o TEPT, com mais impacto que a violência física isolada.

Também a violência física severa da mãe mostrou associação com mais elevadas chances de desenvolvimento de sintomatologia de TEPT. Bordin *et al.*⁴⁰ apontam para a relação existente entre problemas de saúde mental e a punição física severa de crianças da cidade de São Paulo (OR 9,1; IC 1,5 – 56,0). Mendlowicz e Figueira⁴¹ reafirmam que TEPT é comum em crianças vítimas de maus-tratos e que os abusos sofridos na infância podem ser mais prejudiciais que aqueles que ocorrem em outras fases da vida, por conta das conseqüências do transtorno no desenvolvimento psicológico infantil.

Também Widom⁴² mostrou aumento significativo do risco de desenvolver TEPT em crianças norte-americanas que sofreram negligência, abuso físico e sexual, com chances 1,75 vezes maiores, quando comparadas as que não vivenciaram tais violências. A autora ressalta que as crianças vitimizadas freqüentemente vêm de famílias com problemas como: elevado consumo de álcool e drogas, prisão de um dos pais, separação dos pais, morte de um dos pais, número grande de membros, baixo nível educacional e experiências de violência sofridas na infância. Esses fatores agravariam ainda mais o risco de desenvolver TEPT.

Presenciar violência do pai contra a mãe também elevou a chance de TEPT entre os escolares no município estudado. Jones *et al.*⁴³, em revisão bibliográfica, apontam que mulheres vítimas de violência doméstica costumam apresentar sintomas consistentes com os principais indicadores de TEPT. O fato de vivenciar múltiplas experiências de violência familiar, inclusive abuso na infância, aumenta a probabilidade de desenvolver TEPT e outros transtornos psiquiátricos. Além disso, mulheres vítimas de violência doméstica têm maior probabilidade de serem violentas com seus filhos. Já Jarvis, Gordon e Novaco⁴⁴ apontam como conseqüências comuns em crianças que testemunham violência familiar os déficits no funcionamento psicológico e sintomatologia de TEPT. Ser testemunha de violência entre os pais também está associado a comportamento violento com parceiros e amigos em adolescentes⁴⁵.

Eventos de vida traumáticos, como a morte de alguém querido, aumentaram as chances dos escolares apresentarem sintomas de TEPT. Na vida adulta, depois da morte de uma pessoa significativa, é comum passar por uma fase de luto que normalmente dura de um a seis meses. Aos poucos, durante esse período, o enlutado retorna às suas

atividades diárias. Em alguns casos, após a perda de um familiar, o luto pode se tornar patológico, quando este período se estende demais e prejudica a vida do sujeito que o vivencia. Schnider *et al.*⁴⁶ encontraram associação entre luto patológico e TEPT em estudantes universitários, com associação mais forte entre os que apresentavam estilos de *coping* baseados na evitação emocional (formas de lidar com as adversidades evitando-as, como, por exemplo, através de negação de sua existência). Pouco ainda se sabe sobre os efeitos de mortes próximas à criança e sintomas de TEPT.

No presente estudo, o uso de substâncias pelos pais elevou em 32% a chance de a criança apresentar o problema estudado. O uso de álcool é freqüentemente associado ao TEPT em caso de experiências traumáticas crônicas, como ocorre na violência familiar. O uso de álcool e outras drogas costumam estar associados à violência familiar. Mulheres que sofrem agressões de seus parceiros podem usar o álcool como uma forma de lidar com esta situação traumática⁴⁷.

A ausência de funcionamento geral da família e a presença de relacionamento familiar regular ou ruim também elevaram as chances de aparecimento de sintomas de TEPT. Scheeringa *et al.*⁸ sugerem que as relações familiares são centrais na expressão da sintomatologia pós-traumática em crianças e adolescentes. Os autores apresentam uma série de estudos que mostram que, mesmo diante de catástrofes naturais, crianças com problemas de relacionamento na família apresentam maior número de sintomas de TEPT e outros transtornos psiquiátricos comparados à crianças com melhor comunicação familiar.

As crianças cujas mães não tinham apoio externo apresentaram chances elevadas de apresentarem sintomas do transtorno. Vranceanu *et al.*⁴⁸ sugerem que ter filhos vítimas de maus-tratos interfere na habilidade da mãe de adquirir suporte social e se associa à depressão e ao estresse pós-traumático maternos.

Destaca-se a importância de se desenvolverem medidas de apoio familiar e social às crianças, possibilitando, assim, mais recursos de proteção para as crianças e seus pais.

A literatura tem apontado que o número de experiências traumáticas e sua severidade mostram-se associados à gravidade dos sintomas do TEPT. Múltiplas vitimizações (abuso físico e sexual, por exemplo) e a vivência concomitantemente de violência em mais de um contexto (comunitário e doméstico no caso de crianças) aumentam a probabilidade de desenvolvimento de TEPT^{43,49}.

Alguns resultados relacionados a aspectos fa-

miliares e TEPT foram inesperados e contraditórios com a literatura, merecendo análises mais detalhadas em estudos futuros.

Considerando a elevada frequência e a variedade de eventos traumáticos que vivenciam os escolares estudados, ressalta-se a importância da atuação de profissionais de saúde e educação no diagnóstico dos sintomas e no cuidado de crianças que possuem o transtorno.

É grande a falta de conhecimento dos profissionais que lidam com crianças sobre os problemas de saúde mental nesta fase da vida. Também são muito precárias as possibilidades de encaminhamento para atendimento público. Neste sentido, a sensibilização e a capacitação profissional para identificar problemas comportamentais, lidar com essas dificuldades e fornecer apoio as crianças e familiares ainda se faz necessária enquanto estratégia de política pública.

Para finalizar, destacam-se algumas limitações do artigo, centradas principalmente na fragilidade dos critérios de sensibilidade e especificidade da escala TEPT-CBCL (resultado similar ao divulgado pelo autor da escala¹⁹). A ausência de indefinição de ponto de corte para amostra brasileiras da escala TEPT-CBCL é outro fator. Dehon e Scheeringa²¹, aplicando o instrumento a crianças de 1 a 6 anos de idade traumatizadas por acidentes, violência e doenças crônicas, propuseram outro ponto de corte que elevou para 75% a sensibilidade e 84,4% a especificidade. Esses autores ressaltam que os itens da TEPT-CBCL não são de diagnóstico para TEPT, mas possuem validade de face com a sintomatologia de TEPT.

Vale destacar que a escala distingue o nível de sintomas entre pessoas que passaram por situações de violência das que não passaram. Em nosso estudo, quase todos os eventos de vida, inclusive as violências, encontram-se mais presentes no grupo com sintomas de TEPT pela escala TEPT-CBCL¹⁹.

Outra limitação é a de que a escala mostra associação com outros problemas emocionais e comportamentais e não apenas com TEPT. Esta situação é comum na área da saúde mental infantil, em que a comorbidade dos transtornos é muito alta, em especial com os transtornos ansiosos. A dificuldade do diagnóstico clínico em psiquiatria, especialmente a infantil, é outro fator que complexifica a utilização de escalas e a avaliação clínica. A falta de instrumentais diagnósticos padronizados e validados e a ainda insuficiente formação em psiquiatria infantil em nosso meio e o ainda escasso acesso a este profissional por grande parte da população tornam mais difícil o diagnóstico. No Brasil, existe um psiquiatra da infância e adolescência para cada 35 mil crianças e adolescentes brasileiros⁵⁰. Por outro lado, Coutinho⁵¹, avaliando adultos internados em hospitais psiquiátricos, encontrou que a concordância desses diagnósticos é frágil; para alguns diagnósticos, é pior que a encontrada ao acaso.

Outra questão crucial para o desenvolvimento de instrumentos e para o avanço dos estudos sobre TEPT em crianças é adoção de critérios diferentes dos adultos para esta fase de desenvolvimento. Estudiosos^{6,7} apontam para as especificidades do quadro na infância. Crianças acometidas por sintomas de TEPT sofrem prejuízo significativo em suas vidas, mas muitas vezes, segundo os critérios do DSM-IV-TR⁵, não podem ser diagnosticadas com tal patologia. Isso reforça a necessidade de pesquisas e o desenvolvimento de critérios diagnósticos específicos na infância.

Apresentadas as limitações da escala TEPT-CBCL e da área da psicometria em saúde mental infantil e especialmente sobre TEPT, sugere-se maior investimento no conhecimento sobre a doença (especialmente entre profissionais da atenção básica em saúde e educadores) e em outros instrumentos (epidemiológicos e clínicos) que avaliem o transtorno em crianças brasileiras⁵².

Colaboradores

LF Ximenes, RVC Oliveira e SG Assis participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Souza ER, Mello Jorge MH. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Lima CA, organizador. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004. p. 23-28.
2. Sternberg KJ, Lamb ME, Greenbaum C, Cicchetti D, Dawud S, Cortes RM, Krispin O, Lorey F. Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. **Developmental Psychology** 1993; 29:44-52.
3. Sternberg KJ, Lamb ME, Guterman E, Abbott CB. Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. **Child Abuse Negl** 2006; 30(3): 283-306.
4. Assis SG, Oliveira RVC, Pesce RP, Braga LX, Marriel LC, Silva FB, Lyra GFD, Avanci JQ. **A violência familiar produzindo reversos. Problemas de comportamento em crianças escolares de São Gonçalo – Rio de Janeiro** [relatório final de pesquisa]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
5. Associação de Psiquiatria Americana. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR™**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
6. Scheeringa MS, Wright MJ, Hunt HP, Zeanah CH. Factors affecting the Diagnosis and Prediction of PTSD Symptomatology in Children and Adolescents. **Am J Psychiatry** 2006; 163:4.
7. Tierney JA. Post-traumatic Stress Disorder in Children: Controversies and unresolved issues. **Journal of Child and Adolescent Psychiatry Nursing** 2000; 13(4):147-158.
8. Khamis V. Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children. **Child Abuse Negl** 2005; 29(1):81-95.
9. Dyregrov A, Yule W. A Review of PTSD in Children. **Child and Adolescent Mental Health** 2006; 11(4):176-184.
10. Pynoos RS, Steinberg A, Piacentini AM. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. **Biological Psychiatry** 1999; 46(11):1542-1554.
11. Cook-Cottone C. Childhood posttraumatic stress disorder: diagnosis, treatment, and school reintegration. **School Psychology Review** 2004; 33(1):127-139.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil. [site na Internet]. 2003. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf
13. Straus MA. Measuring familiar conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. **Journal of Marriage and the Family** 1979; 41:75-88 .
14. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalência semântica e de mensuração. **Cad Saúde Pública** 2003; 19(4):1083-1093.
15. Kahn T, Bermergui C, Yamada E, Cardoso FC, Fernandes F, Zacchi JM, Guimarães L, Hasselman ME. **O dia-a-dia nas escolas (violências auto-assumidas)**. São Paulo: Instituto Latino Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente/Instituto Sou da Paz; 1999.
16. Wechsler D. **WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: manual - adaptação e padronização brasileira**. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
17. Racine Y, Boyle M. Family functioning and children's behaviour problems. In: Willms JD, editor. **Vulnerable children**. Edmonton: The University of Alberta Press; 2002.
18. Cook C, Willms JD. Balancing Work and Family life. In: Willms JD, editor. **Vulnerable children**. Edmonton: The University of Alberta Press; 2002.
19. Wolfe VV, Gentile C, Wolfe DA. The Impact of Sexual Abuse on Children: A PTSD formulation. **Behavior Therapy** 1989; 20:215-228.
20. Ruggiero KJ, Mcleer SV. PTSD scale of the Child Behavior Checklist: Concurrent and discriminant validity with non-clinic-referred sexually abused children. **Journal of Traumatic Stress** 2000; 13(2):287-299.
21. Dehon C, Scheeringa MS. Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. **J Pediatr Psychol** 2006; 31(4):431-435.
22. Sim L, Friedrich WN, Davies WH, Trentham B, Lengua L, Pithers W. The Child Behavior Checklist as an indicator of posttraumatic stress disorder and dissociation in normative, psychiatric, and sexually abused children. **J Trauma Stress** 2005;18(6):697-705.
23. Achenbach TM, Rescorla LA. **Manual for the ASEBA School-age forms & profiles**. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2001.
24. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. **Revista ABP-APAL** 1995; 17(2):55-66.
25. Assis SG, Ximenes LF, Oliveira RVC, Avanci JQ, Pesce RP. **Problemas de comportamento em crianças escolares. Estudando o Estresse Pós-Traumático** [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
26. Brasil HHA. **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): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003.

27. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarquical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26:224-226.
28. Yasui M, Dishion JT. The Ethnic Context of Child and Adolescent Problem Behavior: Implications for Child and Family Interventions. *Clinical Child and Family Psychology* 2007; 10(2):137-179.
29. Loo CM, Fairbank JA, Chemtob CM. Adverse race-related events as a risk factor for posttraumatic stress disorder in Asian American Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005;193(7):455-463.
30. Rojas VM, Pappagallo M. Risk Factors for PTSD in Children and Adolescents. In: Silva RR, editor. *Post-traumatic Stress Disorders in Children & Adolescents* New York: Norton; 2004.
31. Buckley TC, Blanchard EB, Neill TW. Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review* 2000; 28(8):1041-1065.
32. Stein BD, Jaycox LH, Kataoka S; Rhodes HJ. Prevalence of Child and Adolescent Exposure to Community Violence. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2003; 6(4):247-264.
33. Scarpa A, Haden SC, Hurley J. Community violence victimization and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence* 2006; 21(4):446-469.
34. Lloyd DA, Turner J. Cumulative adversity and Post-traumatic Stress Disorder: evidence form a diverse community sample of young adults. *American Journal of Orthopsychiatry* 2003; 73(4):381-391.
35. Foster JD, Kupermine GP, Price AW. Gender differences in Posttraumatic Stress and Related symptoms among Inner-city minority youth exposed to Community Violence. *Journal of Youth and Adolescence* 2004; 33(1):59-69.
36. Levendosky AA, Huteh AC, Semel MA, Shapiro DL. Trauma Symptoms in Preschool-Age Children Exposed to Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence* 2002; 17(2): 150-164.
37. Garbarino J, Guttman E, Seeley JW. *The psychologically battered child*. San Francisco: Jossey-Bass; 1986.
38. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(21): 93-103.
39. Panuzio J, Taft CT, Black DA, Koenen KC, Murphy CM. Relationship abuse and victim's posttraumatic stress disorder symptoms: associations with child behavior problems. *J Fam Violence* 2007; 22:177-185.
40. Bordin IAS, Paula CS, Nascimento R, Duarte CS. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28(4):290-296.
41. Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2003; 25(Supl.1):12-16.
42. Widom CS. Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. *Am J Psychiatry* 1999; 156(8):1223-1229.
43. Jones L, Hughes M, Unterstaller U. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence. A review of the research. *Trauma, Violence & Abuse* 2001; 2(2):99-119.
44. Jarvis KL, Gordon EE, Novaco RW. Psychological distress of children and mothers in domestic violence emergency shelters. *Journal of Family Violence* 2005; 20(6):389-402.
45. Moretti MM, Obsuth I, Odgers CL, Reebye P. Exposure to Maternal vs. Paternal violence, PTSD, and Aggression in adolescent girls and boys. *Aggress Behav* 2006; 32:385-395.
46. Schnider KR, Elhai JD, Gray MJ. Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology* 2007; 54(3):344-350.
47. Kaysen D, Dillworth TM, Simpson T, Waldrop A, Larimer ME, Resick PA. Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addict Behav.* 2006; 32: 1272-1283.
48. Vranceanu A, Hobfoll SE, Johnson RJ. Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: the role of social support and stress. *Child Abuse & Neglect* 2007; 31(1):71-84.
49. Scott ST. Multiple traumatic experiences and the development of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence* 2007; 22(7): 932-938.
50. Pinzon VD. Cenário atual do atendimento psiquiátrico. In: Fleitlich-Bilyk B, Enio R. *A saúde mental do jovem brasileiro*. São Paulo: Edições Inteligentes; 2004.
51. Coutinho ESF. *Confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico em hospitais do Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1987.
52. Hawkins SS, Radcliffe J. Current measures of TEPT for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology* 2006; 31(4):420-430.

Artigo apresentado em 28/04/2008
Aprovado em 07/10/2008