



Laura Denardin Negrini

**RELATO DE CASO: TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM UMA
ADOLESCENTE ASSOCIADO A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E MUTISMO**

CASE REPORT: POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN A TEENAGER

ASSOCIATED WITH INTELLECTUAL DISABILITY AND MUTISM

Santa Maria, RS

2021

LAURA DENARDIN NEGRINI

**RELATO DE CASO: TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM UMA
ADOLESCENTE ASSOCIADO A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E MUTISMO**

Trabalho Final de Graduação
apresentado ao Curso de Medicina
da Universidade Franciscana de
Santa Maria, Rio Grande do Sul.

Orientador: Carlos Augusto Brunelli Petri (*In memoria*)

Santa Maria, RS

2021

Laura Denardin Negrini

**RELATO DE CASO: TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM UMA
ADOLESCENTE ASSOCIADO A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E MUTISMO**

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado ao curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana-UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina TFG.

Ângela Regina Maciel Weinmann

Bernardo Dias Cechella

Kathy Aleixo dos Santos Ferreira Marcolin

RESUMO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um transtorno mental frequente em crianças e adolescentes abusadas sexualmente, sendo o abuso sexual um dos tipos de violência familiar. O presente trabalho tem por objetivo relatar a relação entre o transtorno pós-traumático, a deficiência intelectual e a violência familiar, através da descrição de um caso em uma adolescente do sexo feminino. A Paciente chegou ao serviço de Pronto Atendimento com dificuldade em aceitar a alimentação, não se comunicava verbalmente há dois meses e passava longos períodos sem abrir os olhos. No momento da internação hospitalar, a paciente encontrava-se bastante emagrecida, retraída, assustada e com aversão a funcionários do sexo masculino (apresentava fáceis de medo e raiva). Durante a internação, se comunicava por desenhos, permanecia com medo de funcionários homens da Unidade e sem comunicar-se com ninguém. Fez uso de medicações evoluindo com melhora do estado geral e, ao final da internação, criou vínculos com a equipe de funcionários e verbalizava algumas palavras. O caso desta adolescente com deficiência intelectual (DI), que possivelmente sofreu abuso sexual - desenvolvendo Transtorno de Estresse Pós-Traumático e mutismo - enfatiza a importância do diagnóstico correto e o manejo precoce para um desfecho positivo em pacientes adolescentes com TEPT, decorrente de abuso sexual. Além disso, enfatizar a importância de considerar a prevalência da violência familiar e suas consequências negativas para crianças e adolescentes.

Palavras chaves: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Crianças e adolescentes; Violência familiar; Deficiência intelectual; Mutismo.

ABSTRACT

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a frequent mental disorder in sexually abused children and adolescents, and sexual abuse is one of the types of family violence. This paper aims to report the relationship between post-traumatic disorder, intellectual disability and family violence, through the description of a case in a female teenager. The patient arrived at the Emergency Room service with difficulty in accepting food, she had not communicated verbally for two months and spent long periods without opening her eyes. At the time of hospitalization, the patient was very emaciated, withdrawn, scared and with an aversion to male employees (she was easily afraid and angry). During hospitalization, she communicated through drawings, remained afraid of male employees of the Unit and did not communicate with anyone. She made use of medications, evolving with improvement in her general condition and at the end of the hospital stay, she created bonds with the staff and verbalized a few words. The case of this adolescent with ID, who possibly suffered sexual abuse, developed Post Traumatic Stress Disorder and mutism, emphasizes the importance of correct diagnosis, early management for a positive outcome in adolescent patients with PTSD, resulting from sexual abuse. In addition, emphasize the importance of considering the prevalence of family violence and its negative consequences for children and adolescents.

Key-Words: Posttraumatic Stress Disorder; Children and teenagers; Family violence; Intellectual disability; Mutism.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	7
2. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO -----	9
3. REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÃO -----	10
4. CONCLUSÃO -----	15
5. REFERÊNCIAS -----	17

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de estresse pós-traumático está incluído entre os Transtornos relacionados a trauma e estressores no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e a exposição a um evento traumático ou estressante está listado explicitamente como um critério diagnóstico. Eventos traumáticos importantes incluem guerra, agressão pessoal violenta (por exemplo, agressão sexual e ataque físico), ser feito refém ou sequestrado, confinamento como prisioneiro de guerra, tortura, ataque terrorista, acidentes de carro graves e desastres naturais. Na infância ou adolescência a exposição a eventos como abuso sexual, testemunhar ferimentos graves ou morte inesperada de um amado estão entre os eventos traumáticos mais importantes. (JAVIDI; YADOLLAHIE, 2012). A vítima pode manifestar comportamento agitado ou desorganizado, geralmente tem sonhos aflitivos e episódios de flashbacks com o evento. (RIBEIRO *et al*, 2018).

Os eventos estressores apontados como mais favoráveis para o desenvolvimento de situações traumáticas podem ser categorizados em três grandes grupos: eventos intencionais provocados pelo homem, eventos não-intencionais provocados pelo homem e eventos provocados pela natureza. No primeiro grupo, entre os eventos intencionais provocados pelo homem, podemos citar: guerra civil, estupro, sedução, tortura física ou emocional, assalto, crime violento sofrido pela própria pessoa ou por pessoas afetivamente significativas, terrorismo, participação em atrocidades violentas, suicídio, mutilação por acidente ou provocada por outro indivíduo. No segundo grupo, com relação aos eventos não intencionais provocados pelo homem, encontram-se incêndios, explosões, queda de pontes e viadutos, acidentes automobilísticos, aéreos e aquáticos e perda de parte do corpo em ambiente de trabalho. No terceiro grupo, entre os desastres naturais, incluem-se tornado, avalanche, erupção vulcânica, ataques de animais, terremoto, furacão, enchentes e epidemias (SCHIRALDI, 1999).

O desenvolvimento de TEPT após um evento traumático está significativamente associado ao sexo feminino. Os fatores pré-traumáticos são: dificuldades de aprendizado nas crianças, violência em casa e severidade da exposição ao desastre. (UDWIN *et al.*, 2000). Alguns tipos de trauma apresentam maior risco condicional para TEPT, devido à sua natureza e impacto no crescimento e funcionamento. As descobertas ressaltam a importância da identificação oportuna de trauma, particularmente abuso e violência sexual. O rastreamento longitudinal de adolescentes expostos a diferentes tipos de trauma pode identificar aqueles que precisam de tratamento e aprimorar a compreensão do impacto duradouro do trauma. Dados epidemiológicos, predominantemente nos EUA, indicam que o período que apresenta o maior risco de exposição a potenciais eventos traumáticos é na adolescência (BRESLAU *et al.*, 1998;

MCLAUGHLIN et al., 2013), com pico de ocorrências traumáticas entre 16 e 20 anos de anos de idade (BRESLAU et al., 1998).

Segundo Sociedade Brasileira de Pediatria (2001), as definições para violência contra as crianças e os adolescentes variam de acordo com: as visões culturais e históricas sobre a criança e seus cuidados; os direitos e o cumprimento de regras sociais relacionados a ela; e aos modelos explicativos usados para a violência. Classicamente, a violência contra a criança e ao adolescente é dividida nos seguintes tipos: (1) a física (uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir, deixando ou não marcas evidentes); (2) a sexual (ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente e objetiva estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual, através da imposição pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade. Pode variar desde atos em que não há contato sexual aos atos com contato sexual, sem ou com penetração; inclui a prostituição e a pornografia); (3) a psicológica (forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e punição da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto); (4) a negligência (ato de omissão do responsável pela criança/adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento); (5) e a Síndrome de Munchausen por procuração (situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis). A violência familiar é aquela que ocorre entre os membros da família, normalmente dentro de casa, mas não se restringe somente a este espaço (KRUG et al, 2002).

Observa-se também que indivíduos com Deficiência intelectual (DI) apresentam, segundo estudos, uma maior possibilidade de sofrer abuso sexual, comparados com a população geral (DENNO, 1997; MORANO, 2001). Infere-se, assim, que a baixa inteligência intelectual é um fator de risco para a exposição a traumas (SOYLU et al., 2013) e segundo Buckley (2000) o nível de inteligência seria um preditor para o desenvolvimento do TEPT. Segundo Turk, Robbins e Woodhead (2005), em pessoas com DI, o TEPT pode se manifestar de maneira diferente em comparação com a população em geral. Ou seja, diferentes tipos de comportamentos podem ser considerados sintomas de TEPT, como explosões de agressão e raiva, comportamento autolesivo e problemas de sono e inquietação.

Diversas podem ser as consequências à saúde mental de crianças expostas à violência familiar. Revisões de literatura apontam problemas como comportamentos externalizantes e internalizantes, problemas de relacionamento, prejuízos cognitivos e o transtorno de estresse pós-traumático associados à violência que ocorre na família, seja a criança como testemunha

de violência entre os pais, seja a própria criança como vítima de violência perpetrada por familiares. (MARGOLIN; GORDIS, 2000; MARGOLIN; VICKERMAN, 2007; SOLOMON; KOTLER; MIKULINCER, 1988).

Em suma, a violência sexual contra crianças e adolescentes, tema atual e de extrema importância, é um problema de saúde pública que se agravou no último século. Um dos principais eventos traumáticos causadores do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em adolescentes e crianças é o abuso sexual. A associação entre TEPT e abuso sexual pode causar graves problemas comportamentais e de saúde mental. É válido destacar a importância de um diagnóstico de TEPT precoce e intervenções corretas para minimizar os impactos e suas possíveis cronificações. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), toda criança e adolescente tem direito à saúde e à vida longe da violência.

O presente trabalho tem por objetivo relatar a relação entre o transtorno pós-traumático, a deficiência intelectual e a violência familiar, através de um caso em adolescente do sexo feminino. Pretende com isso chamar a atenção para a importância de considerar a prevalência da violência familiar e suas consequências negativas para crianças e adolescentes.

2. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

A paciente V.S.S, sexo feminino, 16 anos de idade, chega ao Pronto Atendimento Municipal de Santa Maria/RS acompanhada pela avó materna pois estava com dificuldade em aceitar a alimentação, não se comunicava verbalmente há dois meses e passava longos períodos sem abrir os olhos. No momento da internação hospitalar, a paciente se encontrava bastante emagrecida, retraída, assustada e com aversão a funcionários do sexo masculino (apresentava fáceis de medo e raiva). Como não se comunicou verbalmente durante o atendimento, V.S.S se comunicou por desenhos, apontando para as genitais e seios do desenho e quando questionado se havia sido molestada, escreveu “barba e bigode”, o que sugeriu que havia sido abusada fisicamente. Há dois anos, aproximadamente, após chegar da escola, a paciente teve um quadro de agitação psicomotora, cortou os cabelos e, a partir de então, tem dificuldades em aceitar a voltar a escola. Há aproximadamente um ano, o Conselho Tutelar foi solicitado pela escola pois os três filhos do casal haviam reprovado durante três anos seguidos, o que tornou necessário observar as condições domésticas, suporte familiar bem como acompanhamento médico para investigação de causas orgânicas e psiquiátricas. Durante essa investigação, foi constatado condições indignas de moradia, higiene e alimentação, além da falta de acompanhamento pelo pediatra por negligência dos pais. No momento da internação, estava morando com a avó materna. Anteriormente, morava com os pais, dois irmãs e um irmão. Dormiam todos em um

único cômodo, em condições precárias de conforto e higiene. Segundo informações do Conselho Tutelar, o pai é bastante controlador e dominante e tanto as crianças quanto a esposa tem medo de falar sobre o que ocorre em casa. V.S.S se recusa a falar sobre os pais, relatando que se chama M.E e que V. faleceu pois foi maltratada pelos pais. No exame do estado mental encontrava-se: lúcida, desorientada no tempo e espaço, normovigil, normotenaz, memória imediata preservada, memória recente e remota alteradas, inteligência inferida abaixo da média, humor hipotímico, afeto modulado, pensamento ilógico e desorganizado. Nunca fez uso de psicofármacos e é a sua primeira internação hospitalar. O histórico de comorbidades, alergias, convulsões ou cirurgias é desconhecido. Durante a atual internação hospitalar, se comunicava por desenhos, permanecia com medo de funcionários homens da Unidade e sem se comunicar com ninguém. Fez uso de Fluoxetina 20mg - 01 comprimido ao dia, Haldol decanoato - 01 ampola a cada 10 dias e Biperideno 2mg - 01 comprimido ao dia. Evolui com melhora do estado geral e ao final da internação, criou vínculos com a equipe de funcionários e verbalizou algumas palavras. Paciente não seguiu em acompanhamento psiquiátrico após alta da presente internação.

3. REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÃO

Crianças e adolescentes podem desenvolver severas sequelas emocionais, como o TEPT, após serem expostas a experiências traumáticas, incluindo maus-tratos, abuso sexual, guerra, acidentes de carro, desastres naturais e sérias condições médicas (CATANI et al., 2008; KAMINER; SEEDAT; STEIN, 2005; PERRIN; SMITH; YULE, 2000)). Na literatura, relata-se que o transtorno mental mais frequente em crianças e adolescentes abusados sexualmente é o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) com taxa de 40 a 50%. (BERNARD-BONNIN et al., 2008; MCLEER et al., 1992). Na infância e adolescência, a violência familiar – seja ela física, psicológica, sexual ou negligência- e suas diferentes expressões, podem desencadear o TEPT (CUNHA, M. P; BORGES, L. M, 2013).

Violência familiar é definida como:

Uso intencional da força física ou pode, sob a forma de ameaça ou real, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande possibilidade de resultar em dano, morte, prejuízo psicológico, mal desenvolvimento ou privação. (Ministério da Saúde, 2002, p.5).

Minayo (2001) dividiu o conceito de violência familiar em quatro tipos de expressões: física, sexual, psicológica e negligência. Em 2011, Waiselfisz (2012) referiu que a violência física é o tipo mais frequente e atinge crianças e adolescentes entre 01 e 19 anos. As meninas são as principais vítimas e os principais agressores são os pais, compreendidos pelos pais ou padrastos, mãe ou madrastas. Segundo o Ministério da Saúde (2002), na violência física, a relação de poder entre o agressor e vítima tende a ocorrer por meio de chutes, mordidas, socos, queimaduras, tapas, obrigar a vítima a ingerir alimentos, álcool e substâncias ilícitas e chegando até a estrangulamentos. Outro tipo de violência referida por Minayo (2001) é a violência sexual, que se caracteriza por todo jogo sexual ou ato, entre um ou mais adultos envolvendo criança ou adolescente, sendo de natureza homossexual ou heterossexual. Uma das formas de violência sexual é o abuso sexual, que atinge crianças e adolescentes de maneira impactante para o seu desenvolvimento. O abuso sexual pode ocorrer em contexto familiar ou extra-familiar, no entanto, acontece com maior frequência no âmbito familiar e é cometido predominantemente pelo pai biológico ou padrasto na casa da família. De acordo com estudos sociais, 4-9% dos homens e 12-35% das mulheres são expostos ao abuso sexual antes dos 18 anos (PUTNAM, 2003).

Algumas patologias podem aumentar o risco do indivíduo ser exposto ao abuso sexual, como transtorno mental e físico em crianças e adolescentes, fatores como esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno de controle de impulsos, déficit de atenção e hiperatividade (SPENCER, 2005). A literatura indica que em crianças e adolescente abusados sexualmente a taxa de prevalência de transtornos mentais é superior a 60% (SOYLU et al., 2013).

A DI, historicamente referida como retardo (RM), é uma deficiência caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, expresso em habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas (SCHALOCK; LUCKASSON; SHOGREN, 2007). Estudos indicam que indivíduos com Deficiência Intelectual (DI) têm um risco 4-10 vezes maior de sofrer abuso sexual do que a população em geral (DENNO, 1997; MORANO, 2001). Ademais, a prevalência de indivíduos com DI que sofrerem abuso sexual ao longo da vida varia de 25-35%. (HORNER-JOHNSON; DRUM, 2006). Investigações entre experiência traumática e nível de inteligência em crianças e adolescentes geralmente se focam na relação entre nível de inteligência e o risco de ser exposto a uma experiência traumática e o desenvolvimento de TEPT. Uma série de estudos determinaram que crianças que foram expostas ao trauma tinham um menor nível de inteligência em comparação a crianças que não foram expostas ao trauma (SOYLU et al., 2013). Buckley (2000) afirmou que o nível de inteligência seria um preditor para o desenvolvimento

de TEPT e que os indivíduos com baixos níveis de inteligência podem ser afetados mais seriamente por eventos traumáticos porque eles não percebem o nível de ameaça desses eventos. Esses indivíduos possuem habilidades mais baixas para resolução de problemas e enfrentamento e possuem acesso restrito aos serviços de saúde mental.

Segundo SAYWITZ et al. (2000), o abuso sexual infantil está associado a inúmeras sequelas negativas durante a infância e adolescência, incluindo depressão, ansiedade, problemas comportamentais, comportamentos sexualizados e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). No entanto, uma heterogeneidade de respostas emocionais, cognitivas e comportamentais são percebidas em crianças expostas a eventos traumáticos, sendo que alguns desenvolvem sequelas emocionais agudas, outras crônicas e outras sobrevivem ao trauma e apresentam adaptação positiva (COOK-COTTONE et al., 2004).

Beltran (2010) investigou as consequências, a longo prazo, do abuso sexual. Constatou, a presença do TEPT, transtornos de ansiedade, transtornos do humor; (depressão e bipolaridade) e transtornos da alimentação; (bulimia e anorexia nervosa). PARAVENTI et al. (2011) incluíram entre as consequências os transtornos somatoformes (somático e conversivo); transtorno dissociativo, transtorno relacionado a substâncias. Verificou-se que as vítimas de abuso sexual possuem inúmeros danos no que tange, principalmente, as relações afetivas. Há uma intensa dificuldade para que consigam construir vínculos de confiança. Percebe-se também que desenvolvem baixa autoestima, gerando bloqueios relacionados a insegurança e posteriormente associando-se tais sentimentos com transtornos como ansiedade e depressão. (P.T Ribeiro *et al*, 2018).

O Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) ocorre em 5-10% da população e é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens ao longo da vida (YEHUDA et al., 2015). Segundo o DSM-V, a maior prevalência de TEPT em mulheres pode ser explicada em parte por uma probabilidade maior de exposição a eventos traumáticos, como estupro e outras formas de violência interpessoal. Ademais, as mulheres na população em geral sofrem TEPT de maior duração do que homens. Em uma amostra nacionalmente representativa de crianças de 12 a 17 anos, a prevalência geral de TEPT em 6 meses foi de 3,7% entre os meninos e 6,3% entre as meninas (KILPATRICK et al., 2003). Referente ao abuso sexual, segundo estudos de Borges e Dell' Aglio (2008), a prevalência do diagnóstico de TEPT foi de 62,5% em meninas de faixa etária entre 7 aos 13 anos. Outro estudo encontrou uma prevalência de TEPT em 70% das meninas de 7 a 16 anos analisadas (HABIGZANG et al., 2010).

Embora a exposição ao trauma seja o evento precipitante para o desenvolvimento do TEPT, os fatores de risco psicossociais são cada vez mais vistos como preditores de início de

sintomas, gravidade e cronicidade. O TEPT é o resultado de uma interação entre um sujeito, um fator traumático e um contexto social, ou seja, essa patologia interage com o contexto social (YEHUDA et al., 2015). Os fatores de risco pré-traumáticos, referidos pelo DSM-V, incluem fatores temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos. Problemas emocionais na infância até os 6 anos de idade e transtornos mentais prévios são os fatores temperamentais. Já os fatores ambientais incluem status socioeconômicos mais baixos, grau de instrução inferior, exposição anterior ao trauma, adversidades na infância, características culturais, inteligência inferior, status de minoria racial/ética, história psiquiátrica familiar.

A literatura revisada indica a presença de fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de TEPT (A BRYANT, 2003; OZER; WEISS, 2004). Como fatores de risco podem ser citadas a avaliação negativa do trauma e de suas sequelas, a interpretação negativa dos sintomas de reexperiência do TEPT, a presença de psicopatologias na infância, a dificuldade de enfrentamento, a sobreposição de eventos de vida negativos e a falta de suporte social. Em contrapartida, ajustamento parental, alto nível de escolaridade, ambiente familiar coeso e a presença de suporte social foram considerados fatores de proteção (A BRYANT, 2003; A EHLERS; MAYOU; BRYANT, 2003)

Da mesma forma, a presença de doença mental na família, trauma na infância, eventos estressores após o trauma, bem como baixo nível intelectual, fraco suporte social, severidade do trauma e das respostas psicológicas durante e imediatamente ao trauma, foram descritos como preditores do TEPT (BUCKLEY, 2000; Ozer & Weiss, 2004). Especificamente em relação ao TEPT em crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, características como tipo de abuso (com e sem penetração), duração do abuso, idade de início do abuso, vínculo com o abusador, presença de ameaça e coação e o contexto da revelação foram apontadas como preditores do desenvolvimento do transtorno. Além disso, a exposição a múltiplos eventos estressores, o baixo nível de inteligência (QI) e a avaliação subjetiva do abuso e das respostas iniciais da criança precisam ser consideradas, pois poderão se constituir em fatores de risco para o TEPT (BELLIS, 2001; SCHORE, 2002).

Um estudo avaliou crianças e adolescentes sexualmente abusados com e sem deficiência intelectual (DI). Algumas diferenças importantes foram determinadas entre os dois grupos, em termos das características do abuso sexual e das características do agressor. No grupo com DI, os tipos de abuso envolvendo penetração e contato, a exposição a abusos repetidos e as gestações pós abusos foram maiores comparado com o grupo sem DI. Já a revelação dos abusos foi realizada posteriormente em relação ao grupo sem DI e em taxas menores. Ademais, o agressor era uma pessoa familiar e um membro da família em taxas menores no grupo com DI

e os casos de mais de um agressor foram encontrados com mais frequência neste grupo, em comparação com o grupo sem DI. Embora nenhuma diferença tenha sido determinada entre os dois grupos em termos de frequência de transtorno de estresse pós-traumático pós-abuso (TEPT) e transtorno depressivo maior (MDD), o transtorno de conduta (DC) foi observado com mais frequência no grupo com DI (SOYLU et al., 2013).

Em crianças e adolescentes, as reações pós-traumáticas manifestam-se de diferentes formas, as quais variam de acordo com a faixa etária e a fase dos desenvolvimentos físico, afetivo, cognitivo e mental em que se encontra a criança. As reações mais frequentes podem ser divididas em quatro grupos: reações corporais, reações emocionais, reações cognitivas e reações psicossociais. Os problemas de fala estão incluídos nas reações corporais. Como o trauma constante destrói o senso de segurança pessoal e a relação de confiança e proteção com os familiares e outras pessoas adultas de convivência, além de contribuir para a falta de conexões afetivas e expectativas de futuro, ocorrem rupturas e interrupções nas fases de crescimento e desenvolvimentos mental e cognitivo. As rupturas causam profundo impacto nos mecanismos de adaptação e sobrevivência, além de problemas no comportamento e no aprendizado escolar (EISENSTEIN; JORGE; LIMA, 2009).

Silva (2000) fez uma revisão da literatura sobre os efeitos do transtorno de estresse pós-traumático e apontou seis elementos comuns a pessoas que experimentaram o TEPT: reexperimentação de memórias intrusivas e persistentes ligadas ao trauma; exposições compulsivas a situações que lembram o trauma; impedimento incessante à exposição de situações específicas, usualmente ligadas à emoção do trauma experimentado e um entorpecimento às reações emocionais, de modo geral; diminuição da capacidade de usar linguagem falada, substituindo esta por gestos como guia para a ação; distúrbios ligados à desatenção, tais como desconcentração, discriminação de estímulo, alterações no mecanismo da defesa psicológica e na identidade pessoal; e, por último, alterações na identidade pessoal.

As descobertas ressaltam a importância da identificação oportuna de trauma, particularmente abuso e violência sexual. O rastreamento longitudinal de adolescentes expostos a diferentes tipos de trauma pode identificar aqueles que precisam de tratamento e aprimorar nossa compreensão do impacto duradouro do trauma (NÖTHLING et al., 2017)

Os principais componentes de intervenção em casos suspeitos de eventos abusivos com TEPT podem ser resumidos e esquematizados em seis etapas: avaliação e diagnóstico de maus-tratos e eventos traumáticos e identificação dos fatores associados, predisponentes e precipitantes, com interrupção imediata da cadeia dos eventos traumatizantes; avaliação completa de exame físico e dados complementares para doenças sexualmente transmissíveis,

teste de gravidez, abuso de álcool/drogas ou outros dados laboratoriais ou radiográficos necessários; avaliação dos riscos comportamentais e apoio psicossocial; avaliação da dinâmica e dos riscos familiares e acompanhamento; notificação compulsória e intervenção legal (perícia judicial); proteção imediata e intervenção para o melhor interesse da criança ou do adolescente, inclusive com hospitalização, se necessário (BUTCHART, 2006).

KATZMAN et al., 2014; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2004; MANAGEMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS WORKING GROUP, 2010) considerou que o tratamento de primeira linha para o TEPT, em geral, é a psicoterapia, esta é sempre preferível, mas nem sempre disponível, e há casos em que a gravidade dos sintomas impõe o tratamento medicamentoso. Portanto, na sua disponibilidade, e se os sintomas forem de leves a moderados, esta deve ser indicada, e o paciente reavaliado a cada 4 semanas.

Segundo (IPSER & STEIN, 2012; STEIN, IPSER, & MCANDA, 2009), Fluoxetina e Sertralina apresentam dados conflitantes, entretanto são os que possuem mais estudos, com resultados favoráveis, que justificam a inclusão como agentes de primeira linha. Outros medicamentos são a Paroxetina e a Venlafaxina XR. Todos estes medicamentos podem melhorar todos os grupos de sintomas de TEPT. Os Benzodiazepínicos não são recomendados para o tratamento do TEPT, conforme todas as referências consultadas. Além de não terem eficácia, podem causar ansiedade e insônia de rebote, e piorar desfechos a longo prazo (dependência química, prejuízos cognitivos).

Uma vez que o paciente tenha atingido a remissão completa dos sintomas, o tratamento deve ser continuado, conforme o julgamento clínico, levando-se em consideração a natureza cíclica dos sintomas (que podem piorar quando o paciente é reexposto a indícios do trauma), o nível de funcionamento psicossocial, e as comorbidades. Não há consenso na literatura sobre uma recomendação do tempo do tratamento. Dessa forma, o clínico deve julgar de acordo com a sua experiência no tratamento do TEPT, e o conhecimento do paciente, de forma que não prolongue o tratamento demasiadamente (por exemplo, por anos em um paciente assintomático), nem exponha o paciente ao risco de recaída, com uma interrupção precoce (por exemplo, em semanas). Sugere-se que a descontinuação da medicação seja gradual, conforme a duração da doença, e combinada com o paciente.

4. CONCLUSÃO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é caracterizado pelo desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. Diversos são os eventos traumáticos que apresentam potencial para causar TEPT, no entanto, o presente

trabalho destaca a violência familiar e o abuso sexual. Segundo dados da literatura, o transtorno mental mais frequente em crianças e adolescentes abusados sexualmente é o TEPT com uma prevalência de 40 a 50%. Além disso, destaca-se que um dos fatores de risco que vitimam indivíduos ao abuso sexual é a deficiência intelectual (DI), sendo que a prevalência de indivíduos com DI que sofreram abuso sexual ao longo da vida varie de 25-35%.

Ademais, o desenvolvimento de TEPT após um evento traumático está significativamente associado ao sexo feminino. Dessa forma, são diversos os fatores pré-traumáticos, porém destacam-se: dificuldades de aprendizado nas crianças, violência em casa e severidade da exposição ao desastre. O caso desta adolescente com DI, que possivelmente sofreu abuso sexual e desenvolveu Transtorno de Estresse Pós-Traumático com presença de mutismo, enfatiza a importância do diagnóstico correto, o manejo precoce para um desfecho positivo. Tem por objetivo também chamar a atenção para a importância de considerar a prevalência da violência familiar e suas consequências negativas para crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A BRYANT, Richard. Early predictors of posttraumatic stress disorder. **Biological Psychiatry**, [s.l.], v. 53, n. 9, p.789-795, maio 2003. Elsevier BV.

A EHLERS,; MAYOU, R.a; BRYANT, B. Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study. **Behaviour Research And Therapy**, [s.l.], v. 41, n. 1, p.1-10, jan. 2003. Elsevier BV.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BELLIS, Michael D. de. Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. **Development And Psychopathology**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.539-564, set. 2001. Cambridge University Press (CUP).
 BELTRAN, Noemí Pereda. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil: long-term psychological consequences of child sexual abuse. **Papeles del Psicólogo**, Barcelona, p.191-201, 2010.

BERNARD-BONNIN, Anne-claude et al. Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. **Paediatrics & Child Health**, [s.l.], v. 13, n. 6, p.479-486, 1 jul. 2008. Oxford University Press (OUP).

BORGES, Jeane Lessinger; DELLAGLIO, Débora Dalbosco. Abuso sexual infantil: indicadores de risco e conseqüências no desenvolvimento de crianças. **Interam. j. psychol.**, Porto Alegre , v. 42, n. 3, p. 528-536, dez. 2008.

BRESLAU, Naomi et al. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. **Archives Of General Psychiatry**, [s.l.], v. 55, n. 7, p.626-631, 1 jul. 1998. American Medical Association (AMA).

BUCKLEY, T. Information processing and ptsd A review of the empirical literature. **Clinical Psychology Review**, [s.l.], v. 20, n. 8, p.1041-1065, nov. 2000. Elsevier BV.

CATANI, Claudia et al. Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. **Bmc Psychiatry**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.1-10, 2 maio 2008. Springer Nature.

COOK-COTTONE, Catherine et al. Childhood Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis, Treatment, and School Reintegration. General Articles. **School Psychology Review**, East West Highway, p.127-139, 2004.

CUNHA, Maiara Pereira; BORGES, LucienneMartis. Transtorno de Estresse Pós- traumático (TEPT) na infância e na adolescência e sua relação com a violência familiar. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 33, n. 85, p. 312-329, dez. 2013.

DENNO, Deborah W. Sexuality, Rape, and Mental Retardation. **Faculty Scholarship**, New York, p.315-434, 1997.

EISENSTEIN, Evelyn; JORGE, Eduardo; LIMA, Lucia Abelha. Transtorno do estresse pós-traumático e suas repercussões clínicas durante a adolescência. **Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente / Uerj**, Rj, p.7-15, 2009.

HABIGZANG, Luísa Fernanda et al. Caracterização dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 27-44, 2010.

IPSER, J. C., & STEIN, D. J. (2012). **Evidence-based fármacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD)**. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*.

JAVIDI, H.; YADOLLAHIE, M. Post-traumatic Stress Disorder. **The International Journal Of Occupational And Environmental Medicine**, Shiraz, Iran, p.1-8, 2012.

KAMINER, Debra; SEEDAT, Soraya; STEIN, Dan J.. Post-traumatic stress disorder in children. **World Psychiatry**, p.121-125, 2005.

KATZMAN, M. A., BLEAU, P., BLIER, P., CHOKKA, P., KJERNISTED, K., & AMERINGEN, M. VAN. (2014). **Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders**. *BMC Psychiatry*, 14(Suppl 1), S1. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

KILPATRICK, Dean G. et al. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents.. **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**, [s.l.], v. 71, n. 4, p.692-700, 2003. American Psychological Association (APA).

MARGOLIN, Gayla; GORDIS, ElanaB..The Effects of Family and Community Violence on Children. **Annual Review Of Psychology**, [s.l.], v. 51, n. 1, p.445-479, fev. 2000. Annual Reviews.

MARGOLIN, Gayla; VICKERMAN, Katrina A. Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues. **Professional Psychology: Research and Practice**, [s.l.], v. 38, n. 6, p.613-619, 2007. American Psychological Association (APA).

MCLAUGHLIN, Katie A. et al. Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. **Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry**, [s.l.], v. 52, n. 8, p.815-830, ago. 2013. Elsevier BV.

MCLEER, Susan V. et al. Sexually Abused Children at High Risk for Post-traumatic Stress Disorder. **Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry**, [s.l.], v. 31, n. 5, p.875-879, set. 1992. Elsevier BV.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 1, n. 2, p.91-102, ago. 2001. FapUNIFESP (SciELO).

Ministério da Saúde (2002). *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

MORANO, Jamie P.. Sexual Abuse of the Mentally Retarded Patient. **The Primary Care Companion To The Journal Of Clinical Psychiatry**, [s.l.], v. 03, n. 03, p.126-135, 1 jun. 2001. Physicians Postgraduate Press, Inc.

NÖTHLING, Jani et al. Trauma type as a conditional risk factor for posttraumatic stress disorder in a referred clinic sample of adolescents. **Comprehensive Psychiatry**, [s.l.], v. 76, p.138-146, jul. 2017. Elsevier BV.

NÖTHLING, Jani et al. Trauma type as a conditional risk factor for posttraumatic stress disorder in a referred clinic sample of adolescents. **Comprehensive Psychiatry**, [s.l.], v. 76, p.138-146, jul. 2017. Elsevier BV.

ORNER-JOHNSON, Willi; DRUM, Charles E. Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. **Mental Retardation And Developmental Disabilities Research Reviews**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.57-69, jan. 2006. Wiley.
OZER, Emily J.; WEISS, Daniel S. Who Develops Posttraumatic Stress Disorder? **Current Directions In Psychological Science**, [s.l.], v. 13, n. 4, p.169-172, ago. 2004.

PARAVENTI, Felipe et al. Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. **Archives Of Clinical Psychiatry (são Paulo)**, [s.l.], v. 38, n. 6, p.222-226, 2011. FapUNIFESP (SciELO).

PERRIN, Sean; SMITH, Patrick; YULE, William. Practitioner Review: The Assessment and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. **Journal Of Child Psychology And Psychiatry**, [s.l.], v. 41, n. 3, p.277-289, mar. 2000. Wiley.

PUTNAM, Frank W.. Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. **Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry**, [s.l.], v. 42, n. 3, p.269-278, mar. 2003. Elsevier BV.

RIBEIRO, P. T et al. Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de abuso sexual na infância. **Humanas Sociais & Aplicadas**, v. 8, n. 22, 26 nov. 2018

SAYWITZ et al. Treatment of sexually abused children and adolescents. **American Psychologist**, Washington, p.1040-1049, 2000.

SCHALOCK, Robert L.; LUCKASSON, Ruth A.; SHOGREN, Karrie A.. The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. **Intellectual And Developmental Disabilities**, [s.l.], v. 45, n. 2, p.116-124, abr. 2007. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

Schiraldi, G. R. (1999). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: a guide to healing, recovery, and growth*. New York: Mc Graw Hill.

SCHORE, Allan N. Dysregulation of the Right Brain: A Fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. **Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.9-30, fev. 2002. SAGE Publications.

SILVA, I. R. Abuso e trauma. São Paulo: Vetor, 2000.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de Atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2001.

SOLOMON, Mildred Z.; KOTLER, M; MIKULINCER, M. Combat-related posttraumatic stress disorder among second-generation Holocaust survivors: preliminary findings. **American Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 145, n. 7, p.865-868, jul. 1988. American Psychiatric Association Publishing.

SOYLU, Nusret et al. Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. **Research In Developmental Disabilities**, [s.l.], v. 34, n. 12, p.4334-4342, dez. 2013. Elsevier BV.

SPENCER, N.. Disabling Conditions and Registration for Child Abuse and Neglect: A Population-Based Study. **Pediatrics**, [s.l.], v. 116, n. 3, p.609-613, 1 set. 2005. American Academy of Pediatrics (AAP).

TURK, J.; ROBBINS, I.; WOODHEAD, M.. Post-traumatic stress disorder in young people with intellectual disability. **Journal Of Intellectual Disability Research**, [S.L.], v. 49, n. 11, p. 872-875, nov. 2005. Wiley.

UDWIN, Orlee et al. Risk Factors for Long-term Psychological Effects of a Disaster Experienced in Adolescence: Predictors of Post Traumatic Stress Disorder. **Journal Of Child Psychology And Psychiatry**, [s.l.], v. 41, n. 8, p.969-979, nov. 2000. Wiley.

Waiselfisz, J. J. (2012). Atendimento por violências no SUS. In J. J. Waiselfisz. *Mapa da violência 2012, crianças e adolescentes do Brasil*. FLACSO Brasil: Rio de Janeiro. (pp. 62-73).

YEHUDA, Rachel et al. Post-traumatic stress disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.1-22, 8 out. 2015. Springer Science and Business Media LLC