

FACULDADES INTEGRADAS DE ARACRUZ - FAACZ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ELIZABETH GAVA DE SOUZA DELLARETTI PENNA
INDIARA ROCKFFELLER DE LIMA MOREIRA

**ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA: TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-
TRAUMÁTICO (TEPT) E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO
COMPLEXO (TEPT-C).**

ARACRUZ
2024

ELIZABETH GAVA DE SOUZA DELLARETTI PENNA
INDIARA ROCKFFELLER DE LIMA MOREIRA

**ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA: TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-
TRAUMÁTICO (TEPT) E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO
COMPLEXO (TEPT-C).**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdades Integradas de Aracruz – FAACZ,
como requisito parcial para a obtenção do grau
de Bacharelas em Psicologia.

Orientadora: Professora Me. Marta Regina
Rossoni

ARACRUZ
2024

ELIZABETH GAVA DE SOUZA DELLARETTI PENNA
INDIARA ROCKFFELLER DE LIMA MOREIRA

**ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA: TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS
TRAUMÁTICO (TEPT) E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO
COMPLEXO (TEPT-C).**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado as Faculdades Integradas de Aracruz (FAACZ), como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharelas em Psicologia.

RESULTADO: _____ NOTA: _____

Aracruz, _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Marta Regina Rossoni (orientador)
Faculdades Integradas de Aracruz - FAACZ

Prof. Me. Jallana Rios Matos (examinador)
Faculdades Integradas de Aracruz - FAACZ

Prof. Me. Flavia Moreira Marchiori (examinador)
Convidada Externa

DEDICATÓRIA

Indiara Rockffeller de Lima Moreira

Ao Augusto Selvattice Almeida (A.S.A) por ter tido como última missão de sua vida, devolver a minha. Ao Benjamim D'avilla, por fazer todo o restante valer a pena.

Elizabeth Gava de Souza Dellareti Penna:

Ao Pedro Vinicius Dellareti Penna, por toda a força.

EPÍGRAFE

Só queria brincar,
da infância partilhar,
mas não consegui,
mãos tocavam aqui.

A hora dos meus olhos fechar,
e me calar,
a dor suportar,
e se falar,
sempre havia algo para ameaçar.

Não sorria, como as demais,
toda magia foi arrancada,
cedo,
fiquei sem paz.

Não havia lugar de aconchego,
onde percorria, havia medo.
Minha voz, ninguém conseguiu escutar,
tentei pedir ajuda, sem gritar,
meus olhos falavam sem parar,
mas foi difícil alguém notar.

Difícil é caminhar,
com marcas que doeram,
e todos os dias tornam a machucar.
E quando o tempo passar será que vou me livrar?
Será que essa dor passará?
Para nunca mais voltar?

RESUMO

Conforme revelado pelo relatório de 2024 do Fórum de Segurança Pública as taxas de estupro no Brasil são cada vez mais alarmantes. A violência sexual na infância acarreta consequências profundas e duradouras, com impactos que se estendem pela vida adulta. Essas consequências, podem levar ao desenvolvimento de uma série de transtornos psiquiátricos, entre eles o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) que é amplamente reconhecido como uma resposta comum ao trauma, e o Transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT-C), que é sugerido para indivíduos que passaram por traumas prolongados e repetidos, como o abuso sexual infantil. O TEPT-C envolve sintomas adicionais aos do TEPT, incluindo dissociação, somatização, impulsividade e alterações afetivas. A distinção entre esses dois transtornos é crucial para o diagnóstico e o tratamento adequado de vítimas de abuso sexual infantil. A pesquisa bibliográfica proposta no texto visa aprofundar a compreensão da relação entre o abuso sexual infantil e o desenvolvimento de TEPT e TEPT-C, além de analisar a inclusão do TEPT-C no DSM-5 e suas implicações para o diagnóstico. O estudo também busca explorar intervenções psicossociais que promovam a saúde mental ressaltando a importância de fornecer suporte efetivo às vítimas e de enfrentar esse grave problema social que afeta milhares de crianças no país.

Palavras-chave: abuso sexual; infância; adolescência; transtorno de estresse pós-traumático; transtorno de estresse pós-traumático complexo.

ABSTRACT

According to the 2024 report from the Public Security Forum, the rates of rape in Brazil are increasingly alarming. Childhood sexual violence leads to profound and lasting consequences that extend into adulthood. These consequences can result in the development of various psychiatric disorders, including Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), which is widely recognized as a common response to trauma, and Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD), which is suggested for individuals who have undergone prolonged and repeated traumas, such as childhood sexual abuse. C-PTSD involves additional symptoms beyond those of PTSD, including dissociation, somatization, impulsivity, and affective dysregulation. The distinction between these two disorders is crucial for the proper diagnosis and treatment of victims of childhood sexual abuse. The proposed bibliographic research aims to deepen the understanding of the relationship between childhood sexual abuse and the development of PTSD and C-PTSD, as well as to analyze the inclusion of C-PTSD in the DSM-5 and its implications for diagnosis. The study also seeks to explore psychosocial interventions that promote mental health, emphasizing the importance of providing effective support to victims and addressing this serious social issue that affects thousands of children in the country.

Key words: sexual abuse; childhood; adolescence; post-traumatic stress disorder; complex post-traumatic stress disorder.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 O ABUSO SEXUAL INFANTIL AO LONGO DA HISTÓRIA	11
2.2 CONSEQUÊNCIAS GERAIS DO ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA	11
2.3. O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.	12
2.3.1 História do Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT	13
2.4 O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COMPLEXO – TEPT-C	14
2.4.1 História do Transtorno de Estresse Pós-traumático Complexo– TEPT-C.	15
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	17
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	20
4.1 MODIFICAÇÕES CEREBRAIS NO TEPT-C – CONTRIBUIÇÕES DA NEUROCIÊNCIA.....	21
4.2 DIFERENCIAÇÃO DIAGNÓSTICA NA PRÁTICA CLÍNICA.....	23
4.5 POSSÍVEIS INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS – TEPT E TEPT-C.....	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	30
ANEXOS	34

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, podemos observar um aumento significativo nos índices de crimes sexuais perpetrados contra crianças e adolescentes no Brasil, conforme indicado pelo relatório atualizado do Fórum de Segurança Pública de 2024¹.

As taxas de estupros são especialmente altas nos grupos etários de 10 a 13 anos (233,9) e de 14 a 17 anos (111,5). Para a faixa etária que engloba crianças e adolescentes, de 0 a 17 anos, a taxa para subiu 12,1%, indicando um agravamento contínuo e geral da violência sexual. No mapa (ANEXO 1), podemos visualizar a disseminação do crime de estupro contra crianças e adolescentes em todo o território nacional. Destacam-se as taxas registradas nos estados de Mato Grosso do Sul (297,1), Rondônia (250,4), Roraima (239,9), Paraná (225,0), Santa Catarina (209,5) e Mato Grosso (200,5). (P. 199)

Uma violência na infância é uma marca que afetará toda a vida do sujeito, podendo implicar na reprodução violenta, no afastamento familiar, na vivência em meio à ansiedade e depressão, dentro muitas outras consequências possíveis².

Alguns estudos demonstram que crianças que sofreram abuso sexual muitas vezes enfrentam algumas dificuldades como: estabelecer e manter relacionamentos saudáveis com outras pessoas (Nascimento et al., 2018; Oliveira et al., 2016), problemas de comportamento, apresentando comportamentos agressivos, desafiadores ou auto lesivos (Lima et al., 2015; Silva et al., 2017), desregulação emocional o que leva a terem emoções intensas e instáveis (Souza et al., 2018).

Segundo Dalgarrondo, (2019 apud Charram, 1997):

As consequências psicológicas e psicopatológicas do estupro podem ser catastróficas, estudos indicam forte relação entre ter sofrido um abuso sexual/estupro na infância e apresentar transtornos da conduta na adolescência, assim como no período adulto ter depressão, transtornos alimentares, transtornos de personalidade (em especial borderline e histriônica) e transtornos relacionados a substância (p. 431).

Além dos transtornos citados, a violência sexual na infância ainda pode ter como consequência o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), porém segundo Viola e colaboradores (2010, p.55) a exposição prolongada a múltiplos eventos traumáticos de natureza interpessoal, sobretudo durante o desenvolvimento infantil, tem

¹ Fórum de Segurança Pública, 2023. P.203

² Fórum de Segurança Pública, 2023. P.203

demonstrado consequências e sintomas psiquiátricos não considerados pelo atual diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

A relação entre abuso sexual de crianças e adolescentes e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) ou transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT-C) é uma questão complexa que demanda uma investigação mais aprofundada. Diante da gravidade desse problema e da escassez de estudos sobre o tema no contexto brasileiro, questiona-se: **qual a relação do abuso sexual infantil com o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT-C)?**

Segundo Dalgalarrrondo (2019, p. 374)

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno com forte componente de ansiedade que se desenvolve após a exposição do indivíduo a um ou mais eventos extremamente ameaçadores, traumáticos e horríveis (como estupro, sequestro, assalto, homicídio, desabamentos, incêndios, catástrofes naturais, eventos de guerra, entre outros).

Porém, como já citado além do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), há ainda há um debate na ciência com relação ao transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT-C), esse se caracteriza por ser uma proposta de diagnóstico para pessoas que passaram por contextos prolongados de trauma, se diferenciando do TEPT no que diz respeito a tempo de duração do trauma e a impossibilidade de fuga do perigo, os pesquisadores alegam que pessoas que passam pelo trauma prolongado teriam sintomas específicos, além dos sintomas apresentados pelas pessoas que enfrentam traumas pontuais.

De acordo com Viola e colaboradores (2010, p. 57):

O impacto de eventos traumáticos isolados é bem descrito no diagnóstico de TEPT, porém existe uma vasta literatura evidenciando que experiências prolongadas adversas na infância, como abuso e negligência, estão associadas a agravantes sintomas psiquiátricos pós-traumáticos. Essas situações negativas na infância possuem alto grau de relação com sinais e sintomas comórbidos ao TEPT, traduzidos como queixas dissociativas, somatizações, alterações de atenção, consciência e autopercepção, impulsividade e alterações afetivas.

A exposição recorrente e prolongada a múltiplos eventos traumáticos de natureza interpessoal, como por exemplo, situações de abuso e violência familiar, negligência

de cuidados físicos e emocionais durante a infância, pode levar os indivíduos a apresentarem um quadro clínico complexo³.

Ou seja, o quadro difere-se dos sintomas descritos pela edição anterior do Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) para o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) do American Psychiatric Association (APA, 1994) e dos sintomas estabelecidos pela 5ª edição do DSM-5 para os Transtornos Relacionados ao Trauma e Estresse (APA, 2013, p. 301).

Diante desse contexto, torna-se essencial enquanto objetivo, analisar a relação do abuso sexual infantil com o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT-C) ou *disorders of extreme stress, not otherwise specified (DESNOS)*. Como objetivos específicos pretende-se descrever a relação do abuso sexual na infância com o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT-C) ou *DESNOS*.

Analisar a inclusão do transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT-C) no DSM-5 e suas implicações para o diagnóstico e tratamento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, considerando as características específicas desse transtorno em comparação com o TEPT convencional. E ainda, propor as possíveis intervenções psicológicas destinadas a adultos que foram vítimas de abuso sexual, com ênfase na promoção da saúde mental.

Nesse sentido, a importância desta pesquisa bibliográfica está principalmente na necessidade de ampliar o conhecimento sobre o impacto do abuso sexual na infância e seus desdobramentos psicológicos. Ao compreender melhor essa complexa interação entre trauma e desenvolvimento infantil, poderemos oferecer um suporte mais efetivo às vítimas e promover uma sociedade mais justa e segura para as crianças e adolescentes. A escolha deste tema se fundamenta na urgência de se abordar um problema social grave e silencioso que afeta milhares de crianças e adolescentes em todo o país.

³ Herman e colaboradores (1992, p. 534)

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O ABUSO SEXUAL INFANTIL AO LONGO DA HISTÓRIA

O abuso sexual na infância é uma forma de violência que pode ocorrer em diversos contextos, incluindo o domiciliar, escolar, institucional e comunitário. Segundo Papalia et al. (2013, p. 237), o abuso sexual infantil envolve qualquer atividade sexual entre uma criança e um adulto ou uma criança mais velha em que a criança é usada para gratificação sexual do agressor, que muitas vezes é uma pessoa em posição de autoridade ou confiança.

Os estudos sobre o trauma psicológico em crianças vítimas de abuso sexual remontam ao século XIX, com os primeiros relatos médicos e psicológicos sobre os efeitos negativos desse tipo de violência na saúde mental das crianças. No entanto, apenas no século XX houve um aumento significativo na pesquisa empírica e teórica sobre o tema, impulsionado pelo crescente reconhecimento do impacto do trauma na infância e pelos avanços na psicologia clínica e psiquiatria.

Pesquisadores como Anna Freud, Melanie Klein, John Bowlby e outros pioneiros da psicanálise e da psicologia infantil foram fundamentais na compreensão dos efeitos do abuso sexual infantil no desenvolvimento emocional e na formação da personalidade. Suas teorias sobre apego, trauma e desenvolvimento psicológico forneceram *insights* importantes para o entendimento dos mecanismos de enfrentamento e recuperação das crianças vítimas de abuso.

Ao longo das décadas seguintes, os estudos sobre trauma psicológico em crianças vítimas de abuso sexual se diversificaram e expandiram, incorporando abordagens multidisciplinares e métodos de pesquisa mais sofisticados. Pesquisas longitudinais, estudos neurobiológicos, intervenções psicoterapêuticas e avaliações de políticas de proteção à infância têm contribuído para um conhecimento mais aprofundado dos fatores de risco, mecanismos de resiliência e melhores práticas de intervenção para as crianças afetadas pelo abuso sexual.

2.2 CONSEQUÊNCIAS GERAIS DO ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA

O abuso sexual na infância acarreta uma série de consequências negativas para o desenvolvimento infantil, incluindo dificuldades no estabelecimento de relações saudáveis, baixa autoestima, problemas de comportamento, transtornos alimentares, além de uma maior vulnerabilidade a outros tipos de violência e exploração, o

ambiente em que a criança cresce e se desenvolve desempenha um papel crucial na formação de sua personalidade e na construção de sua identidade⁴.

O abuso sexual na infância está associado a uma variedade de consequências psicológicas adversas, incluindo transtornos de ansiedade, depressão, sintomas de estresse pós-traumático e dificuldades de regulação emocional⁵. Judith Lewis Herman (1997, p.68) traz que o “[...] abuso sexual na infância deixa marcas profundas nas vítimas, que muitas vezes lutam com sentimentos de vergonha, culpa e desamparo ao longo da vida”.

2.3. O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é uma condição psiquiátrica complexa que pode se desenvolver após a exposição a eventos traumáticos significativos e impactantes. De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) da *American Psychiatric Association* (APA), o TEPT é caracterizado pela presença persistente de sintomas relacionados ao trauma, incluindo reexperiência, evitação, sintomas negativos de cognição e humor, e hiperatividade autonômica⁶.

Segundo Dalgalarrrondo (2019, p. 374),

O TEPT se caracteriza por lembranças ou recordações vívidas que invadem a consciência do indivíduo que passou pelo trauma, os chamados flashbacks (em forma de pesadelos). Estes com frequência, se acompanham por emoções fortes e profundas, com ansiedade, medo e/ou horror e sensações físicas marcantes. Ocorrem, assim, de forma recorrente, a intensa sensação física s/ou sentimento de que está imerso nas mesmas emoções de quando experimentou o evento traumático.

A lembrança do trauma é uma das características centrais do TEPT, envolvendo *flashbacks* intrusivos, pesadelos recorrentes, pensamentos angustiantes e reações intensas diante de gatilhos que lembram o evento traumático⁷. Essas experiências podem ser perturbadoras e ocorrer mesmo anos após o trauma inicial, afetando o bem-estar emocional e a estabilidade psicológica do indivíduo.

Na CID-11, o TEPT é definido por três grupos principais de sintomas: (1) revivência do trauma no presente, (2) evitação de lembretes traumáticos, e (3) uma sensação persistente de ameaça atual, manifestada por hipervigilância e sobressaltos

⁴ Papalia e Feldman, 2018.

⁵ Silva, J.C., Santos, A.M.S., e Pereira, L.H.R, 2023.

⁶ APA, 2013.

⁷ APA, 2013.

exagerados. Esses sintomas são frequentemente desencadeados por eventos que lembram o trauma original⁸.

A evitação de estímulos associados ao trauma é outra manifestação comum do TEPT, na qual os indivíduos tentam evitar lugares, pessoas, atividades ou situações que possam desencadear memórias dolorosas do evento traumático⁹. Essa evitação pode levar a restrições significativa na vida do indivíduo, dificultando sua capacidade de se envolver plenamente com o mundo ao seu redor.

De acordo com a APA (2013, p. 305) os sintomas negativos de cognição e humor do TEPT incluem pensamentos persistentemente negativos sobre si mesmo, os outros e o mundo em geral, bem como sentimento de culpa, vergonha, desesperança e isolamento.

Esses sintomas podem ainda contribuir para um ciclo de sofrimento emocional e dificultar a recuperação do trauma. Outros sintomas que caracterizam o TEPT são: hiperatividade autonômica (resposta fisiológica), manifestada por irritabilidade, dificuldades de sono, hiper vigilância, respostas exageradas de sobressalto e problemas de concentração¹⁰.

2.3.1 História do Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT

De acordo com Maercker (2021, p. 2)

O reconhecimento do TEPT como uma condição psiquiátrica surgiu principalmente após a Guerra do Vietnã. O termo começou a ganhar força em resposta ao sofrimento psicológico dos veteranos de guerra. Em 1980, o DSM-III incluiu oficialmente o diagnóstico de TEPT, reconhecendo-o como um transtorno causado por fatores externos.

A importância dessa inclusão foi que, pela primeira vez, a psiquiatria incorporou um transtorno que tinha como causa primária um evento traumático identificável (American Psychiatric Association, 1980)¹¹

Antes disso, sintomas semelhantes aos do TEPT já haviam sido observados, mas com outros nomes, como "neurastenia" e "neurose de guerra". O psiquiatra Mardi J. Horowitz foi um dos primeiros a sistematizar os sintomas do estresse traumático em

⁸ CID-11, Organização Mundial da Saúde, 2018.

⁹ Dalgarrondo, 2008.

¹⁰ APA, 2013.

¹¹ Maercker, A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Reed GM, van Ommeren M, et al. (2013)

seu trabalho sobre "síndromes de resposta ao estresse" na década de 1970, fornecendo uma base para o diagnóstico formal do TEPT^{12 13}.

Além disso, Judith Herman em seu trabalho "Trauma e Recuperação", expandiu a compreensão dos efeitos psicológicos da violência interpessoal, como abuso sexual e violência doméstica, influenciando os avanços na categorização do TEPT¹⁴.

2.4 O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COMPLEXO – TEPT-C

O TEPT-C pode ocorrer em situações em que a pessoa está numa circunstância em que não pode fugir do perigo, estando no controle daquele que inflige a agressão ou abuso, com uma grande complexidade de sintomas o que reflete a gravidade e a profundidade do trauma vivenciado pelas vítimas de abuso sexual na infância, que muitas vezes enfrentam não apenas uma única experiência traumática, mas sim múltiplos episódios de violência ao longo do tempo.

O transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT-C), também chamado de *DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified)**, é uma proposta diagnóstica que vem sendo estudada para comprovação e implementação juntamente da atualização do DSM. Segundo os pesquisadores ela se desenvolve em resposta a experiências traumáticas prolongadas e repetidas, especialmente durante a infância e a adolescência. O TEPT-C é caracterizado por uma variedade de sintomas semelhantes aos do TEPT convencional, mas com a adição de disfunções adicionais no domínio da regulação emocional, da autoimagem e dos relacionamentos interpessoais¹⁵.

O reconhecimento do TEPT-C como uma entidade clínica distinta tem sido objeto de debate e controvérsia na comunidade psiquiátrica. Apesar de sua relevância clínica e da crescente base de evidências empíricas que sustentam sua validade, o TEPT-C ainda não foi formalmente incluído no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), a principal classificação diagnóstica em psiquiatria¹⁶.

¹² Maercker, 2021.

¹³ Karatzias, et al, 2019.

¹⁴ Herman, M. D. 1992.

*Neste trabalho optamos por usar a nomenclatura TEPT-C ao invés de DESNOS tanto para descrição do trabalho quanto para realizar as pesquisas referenciadas ao final desse trabalho.

¹⁵ Herman, 1992.

¹⁶ Herman, 1992

A tentativa de incluir o TEPT-C no DSM tem sido um tópico de interesse e pesquisa entre os profissionais de saúde mental. Argumenta-se que uma classificação específica para o TEPT-C poderia fornecer uma estrutura diagnóstica mais precisa e sensível para identificar e tratar indivíduos que foram expostos a traumas complexos e desenvolveram uma gama diversificada de sintomas psicológicos e emocionais¹⁷.

2.4.1 História do Transtorno de Estresse Pós-traumático Complexo– TEPT-C

O conceito de TEPT-C foi proposto pela primeira vez por Judith Herman (1992), que identificou uma categoria diagnóstica distinta para pessoas que sofreram traumas múltiplos ou prolongados, como abuso sexual infantil. Herman (1992 P. 34) destacou que o TEPT, como era definido, não capturava adequadamente as complexidades desses casos. No entanto, apesar das evidências empíricas, o TEPT-C não foi incluído no DSM-IV e somente em 2018 foi finalmente incorporado na CID-11 como um diagnóstico independente¹⁸.

Embora o DSM-5, publicado em 2013, tenha expandido a definição de TEPT para incluir alguns sintomas mais complexos, como alterações de humor e cognições negativas, ele não fez uma distinção formal entre TEPT e TEPT-C. Diferentemente, a CID-11 formalizou essa distinção ao reconhecer que pacientes com traumas crônicos, como o abuso sexual contínuo, exibem um quadro clínico que vai além do TEPT clássico, causam não apenas os sintomas tradicionais, mas também desordens de auto-organização, como desregulação emocional severa e mudanças profundas nas relações interpessoais^{19 20}

Segundo Sarr R. et al (2024, p. 33),

A inclusão do TEPT-C na CID-11 representou um avanço importante ao diferenciar traumas únicos de traumas repetitivos ou prolongados, como o abuso sexual infantil contínuo. Essa diferenciação baseia-se em um corpo crescente de pesquisas que mostram que o TEPT-C, além dos sintomas clássicos do TEPT, envolve desregulação emocional, autoconceito negativo e dificuldades interpessoais persistentes.

De acordo com Maercker (2021, p. 43), a inclusão do TEPT-C na CID-11 foi um passo significativo, pois proporciona aos clínicos uma ferramenta mais precisa para

¹⁷ Courtois & Ford, 2013

¹⁸ Karatzias T. et al, 2019

¹⁹ Karatzias T. et al, 2019

²⁰ Sarr, R. Quinton, A. Espanha, D. Rumball, F. 2024

diagnosticar e tratar pacientes que vivenciaram traumas complexos, refletindo uma compreensão mais ampla da resposta ao trauma.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para tratar do tema em questão, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com análise qualitativa descritiva. Uma pesquisa bibliográfica é uma investigação sistemática e abrangente de fontes de informação disponíveis sobre um determinado tema, visando reunir, analisar e sintetizar conhecimento pré-existente para embasar a pesquisa original²¹.

Segundo Lakatos e Marconi (2007, p. 158),

[...] a pesquisa bibliográfica envolve a seleção criteriosa de fontes relevantes, a leitura crítica e a interpretação dos textos, bem como a organização e a apresentação coerente das informações obtidas. Esse tipo de pesquisa é essencial para fundamentar teoricamente uma investigação, identificar lacunas no conhecimento existente e contribuir para o avanço do entendimento em determinada área do conhecimento.

A busca por artigos de revisão sistemática foi realizada na base de dados PUBMED. Uma vez na plataforma utilizamos os descritores em inglês: “*consequences of sexual violence in childhood*” OR “*Post traumatic stress disorder and childhood sexual abuse*” OR “*complex post-traumatic stress disorder and sexual abuse in childhood*”, para a obtenção dos resultados aqui apresentados.

Os limites estabelecidos foram: apenas pesquisas com humanos, apenas publicações em inglês, publicações de até 5 anos. Foram inclusos artigos que possuam delineamento de estudo clínico randomizado, e revisões sistemáticas. Os critérios de exclusão dos artigos foram: (a) artigos não-empíricos; (b) estudos de caso; (c) artigos que não possuíam indivíduos com diagnóstico de TEPT ou TEPT-C relacionados a violência sexual na infância, (d) artigos com amostra repetida.

Para análise dos resultados utilizamos a Análise de conteúdo que é um método sistemático para codificar textos e categorizá-los com base em temas ou palavras-chave. Após a busca e aplicados os filtros mencionados obtivemos no primeiro descritor 01 estudo que atendeu aos critérios estabelecidos, no segundo descritor 05 estudos atenderam aos critérios estabelecidos e no terceiro descritor 01 estudo que atendeu aos critérios estabelecidos. Conforme demonstrado na tabela a seguir:

²¹ Machado, J. 2015.

Descritor	Título	Autores	Ano de publicação
Primeiro Descritor	<i>Lived experiences of resilience for women who have experienced childhood sexual abuse: A systematic review of qualitative studies</i>	Rachael Pond, Christina Gillmore, Nan Blanchard	2023
Segundo Descritor	<i>Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis?</i>	Åshild Nestgaard Rød, Casper Schmidt	2021
	<i>A Systematic Review of the Assessment of ICD-11 Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD) in Young People and Adults</i>	Rachel Sarr, Alice Quinton, Debbie Spain, Freya Rumball	2023
	<i>Sexual abuse and post-traumatic stress disorder in childhood, adolescence and young adulthood: a systematic review and meta-analysis</i>	Vasiliki Boumpa, Aikaterini Papatoukaki, Anastasia Kourti, Sofia Mintzia, Eleni Panagouli, Flora Bacopoulou, Theodora Psaltopoulou, Chara Spiliopoulou, Maria Tsolia, Theodoros N Sergeantanis, Artemis Tsitsika	2022
	<i>Posttraumatic stress disorder following childhood sexual and physical abuse:</i>	Mellony T C van Hemert, Paula M de Jong, Greet	

	<i>a study protocol for an 11-week randomised controlled trial comparing imaginal exposure and imagery rescripting</i>	Vanaerschot, Tessa R Brouwer, Joeri S Zoon, Ellen Gunst	2024
	<i>The effects of psychotherapy for depressed or posttraumatic stress disorder women with childhood sexual abuse history: Meta-analysis of randomized controlled trials</i>	Jhih-Yuan Lu, Tao-Hsin Tung, Sheng-Ang Shen, Chien Huang, Pei-Shih Chen	2020
Terceiro Descritor	<i>Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis</i>	Thanos Karatzias, Philip Murphy, Marylene Cloitre, Jonathan Bisson, Neil Roberts, Mark Shevlin, Philip Hyland, Andreas Maercker, Menachem Ben-Ezra, Peter Coventry, Susan Mason-Roberts, Aoife Bradley, Paul Hutton	2019

Título: Estudos encontrados após aplicação dos critérios da pesquisa. **Autoria:** Autoras do trabalho.

Fonte: Pubmed.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A violência sexual na infância é uma das formas mais devastadoras de trauma, com consequências de longo prazo para a saúde mental das vítimas. A pesquisa bibliográfica revelou que a violência sexual prolongada na infância pode desencadear diversos sintomas e transtornos na vida adulta entre eles o TEPT e o TEPT-C, sendo este último mais prevalente em situações de trauma repetitivo e prolongado^{22 23}. A inclusão do TEPT-C na CID-11 foi um marco importante no reconhecimento de que traumas complexos requerem diagnósticos diferenciados e tratamentos mais abrangentes.

Nestgaard, A. Schmidt, C. (2021 p. 2) acrescentam que:

A inclusão do TEPT-C no CID-11 pode facilitar ambientalmente o acesso e mais intervenções de tratamento adequadas, bem como também contribuir para aumentar o foco de investigação nos traumas especialmente associados aos estresse. Esperamos que o valor da utilidade clínica deste diagnóstico adicional seja revelado por si mesmo depois de que o CID-11 seja implementado na prática clínica. Assim mesmo, a inclusão do diagnóstico do TEPT-C fornece um futuro otimista para avaliar e tratar os sintomas de estresse pós-traumático complexo.

Por isso, pensar na inclusão desse diagnóstico também no DSM pode ajudar as vítimas desse tipo de violência a receberem um tratamento ainda mais efetivo, tornando assim a intervenção psicológica ainda mais capaz de ajudar as pessoas.

Vítimas de abuso sexual prolongado na infância geralmente possuem uma disrupção significativa nas habilidades de regulação emocional e apresentam maior risco de desenvolver sintomas complexos, como dissociação, somatização e uma dificuldade marcante em estabelecer relações interpessoais saudáveis. Os dados mostram que o TEPT-C inclui não só as intrusões e a evitação típicas do TEPT, mas também afeta a auto-organização do indivíduo, com impacto negativo na sua identidade e na sua capacidade de lidar com emoções²⁴.

Um estudo, revisado no presente trabalho, destacou que o TEPT-C se manifesta de maneira mais complexa em vítimas de violência sexual contínua, causando dificuldades emocionais e funcionais severas, que persistem mesmo após o término do trauma²⁵.

²² Nestgaard, A. Schmidt, C. 2021.

²³ Robles, R. Fresán, A. Evans, S. Lovell, A. Medina-Mora. Maj, M. Reed, G. 2014.

²⁴ Maercker. A. 2021

²⁵ Nestgaard A. Schmidt C. 2021

4.1 MODIFICAÇÕES CEREBRAIS NO TEPT-C – CONTRIBUIÇÕES DA NEUROCIÊNCIA.

Para que possamos entender essa diferenciação, recorreremos as neurociências que podem contribuir significativamente para esse fim. Estudos de imagem cerebral mostram que vítimas de violência sexual apresentam alterações na atividade de áreas como a amígdala cerebral e o córtex pré-frontal, responsáveis pela regulação do medo e do comportamento emocional²⁶.

Os estudos pesquisados sugerem que o abuso sexual na infância pode gerar modificações em sistemas neurobiológicos do sistema nervoso central, como o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), a amígdala, e o hipocampo, áreas envolvidas na regulação do estresse, emoção e memória²⁷.

Sapolsky R. (2021 p.194) traz que

[...] as adversidades na infância podem atrofiar o funcionamento do hipocampo e do córtex frontal. Mas ocorre o oposto com relação à amígdala: passe por muitas adversidades e a amígdala se torna maior e hiper-reativa. Uma das consequências disso é um maior risco de distúrbios de ansiedade. Quando associado a um desenvolvimento cortical frontal deficiente, isso explica problemas com a regulação das emoções e do comportamento, em especial o controle de impulsos.

Os achados indicam que a amígdala, responsável pela resposta ao medo, torna-se hiperativa, contribuindo para sintomas como hipervigilância e reações emocionais intensificadas. Além disso, há uma diminuição do volume do hipocampo, essencial para o processamento de memórias, o que pode levar a dificuldades em formar memórias coerentes dos eventos traumáticos. Isso é particularmente importante no desenvolvimento de sintomas dissociativos observados em alguns indivíduos com TEPT-C.

O eixo HPA, que regula a resposta ao estresse através da liberação de cortisol, é frequentemente disfuncional em vítimas de abuso sexual. Sapolsky R. (2021 P. 179) cita que crianças podem apresentar uma resposta alterada ao estresse, com níveis de cortisol atípicos, o que afeta a capacidade de lidar com estressores futuros. Essas mudanças contribuem para sintomas de TEPT-C, como explosões emocionais e dificuldades em regular as emoções.

²⁶ Nestgaard A. Schmidt C. 2021

²⁷ Bear M. 2017.

O pesquisador Robert Sapolsky em sua obra *Comporte-se* (2021 p. 193) explica como o estresse crônico durante o desenvolvimento pode reconfigurar a arquitetura cerebral, predispondo o indivíduo a desordens emocionais como o TEPT-C

[...] manter o cérebro marinando em um excesso de glicocorticoides, sobretudo durante o desenvolvimento, afeta de maneira adversa a cognição, o controle de impulsos e assim por diante. Há um aprendizado hipocampo-dependente prejudicado no adulto. Por exemplo, crianças vítimas de maus-tratos que desenvolvem TEPT (ou TEPT-C) têm um menor volume de hipocampo quando adultas. O psiquiatra Victor Carrion, de Stanford, mostrou que ocorre uma diminuição do crescimento hipocampal alguns meses depois do incidente traumático. Como uma possível causa, os glicocorticoides reduziram a produção hipocampal do fator de crescimento FNDG (fator neurotrófico derivado do cérebro). Portanto, as adversidades na infância prejudicam o aprendizado e a memória. Elas também atrapalham o amadurecimento e o funcionamento do córtex frontal, o que é crucial.

As adversidades na infância também podem danificar o sistema de dopamina (que tem a função de antecipação de recompensa para comportamento direcionado a objetivos – *motivação*.) de duas maneiras: (1). Gera um organismo adulto mais vulnerável à dependência de álcool e drogas. De acordo com Oswald et al (2014) apud Sapolsky (2021 p. 194 e 195) o caminho para essa vulnerabilidade tem provavelmente três frentes: a) efeitos no desenvolvimento do sistema de dopamina; b) exposição excessiva do adulto a glicocorticoides, o que aumenta o desejo pela droga; c) córtex frontal com desenvolvimento deficiente. (2). Aumenta o risco de depressão em adultos. Segundo Garz D. (2009) apud Sapolsky (2021 p.195) o estresse crônico consome a dopamina do sistema mesolímbico, gerando anedonia, que é um dos sintomas característicos da depressão.

Com o objetivo de facilitar o entendimento a imagem abaixo, destaca as principais partes do cérebro que podem ser modificadas em função de uma violência sofrida no período de desenvolvimento.

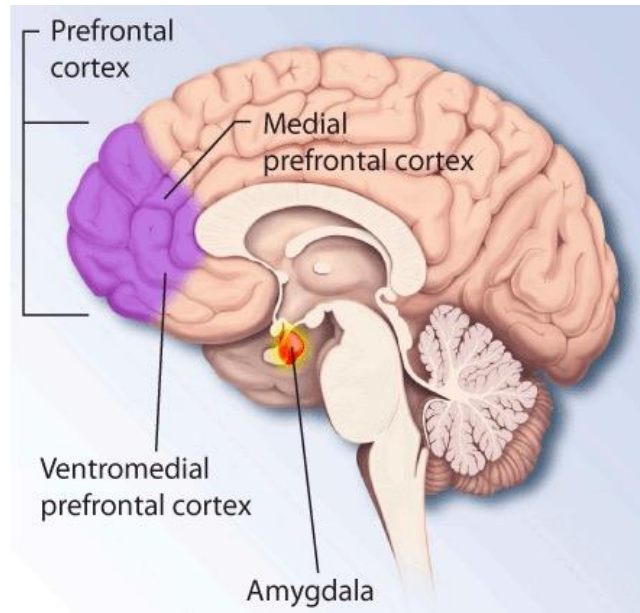


Imagem 1: Áreas do cérebro afetadas pela violência ocorrida na infância (TEPT-C). **Fonte:** National Institute of Mental Health (NIMH), 2024.

Sapolsky R. (202, p. 198) conclui dizendo que

As adversidades na infância elevam o risco de depressão por meio de cenários de “segundo ataque” — diminuindo os limiares, certos fatores de estresse que os adultos em geral são capazes de absorver acabam disparando episódios depressivos. Essa vulnerabilidade faz sentido. A depressão é, em essência, um senso patológico de perda de controle (justificando a clássica descrição da depressão como “desamparo aprendido”). Se uma criança tem a experiência de uma adversidade severa e incontrolável, a conclusão mais favorável a que poderia chegar quando adulta seria: “Aqueles foram circunstâncias terríveis sobre as quais eu não tinha controle”. Mas quando os traumas infantis produzem depressão, há uma generalização distorcida em termos cognitivos: “E a vida sempre será incontrolavelmente terrível”.

4.2 DIFERENCIAÇÃO DIAGNÓSTICA NA PRÁTICA CLÍNICA

A diferenciação entre TEPT e TEPT-C é crucial para a implementação de tratamentos mais eficazes. De acordo com Maercker et al. (2021 p.3),

O diagnóstico de TEPT-C proporciona uma maior clareza sobre os sintomas que vão além do TEPT clássico, e essa diferenciação permite a aplicação de intervenções terapêuticas mais específicas para vítimas de abuso sexual na infância.

Sarr R. e colaboradores (2024, p. 766) citam que

As pesquisas indicam que fazer a diferenciação entre TEPT e TEPT-C são essenciais para que os clínicos possam desenvolver planos de tratamento personalizados, que abordem não apenas os sintomas típicos do trauma, mas também as dificuldades emocionais e relacionais que surgem como resultado de experiências traumáticas prolongadas.

Porém, alguns estudos que compararam pessoas com os dois diagnósticos não relataram diferenças entre indivíduos com TEPT e TEPT-C em certas características (por exemplo, ansiedade e dificuldades de humor em jovens, uso de bebida alcoólica e dificuldades de sono em adultos). No entanto, no geral, jovens e adultos com TEPT-C apresentaram maiores dificuldades emocionais, comportamentais e sociais em comparação com aqueles com TEPT. Isso se alinha com pesquisas anteriores que mostram uma maior carga psicopatológica no TEPT-C, em comparação com o TEPT²⁸.

Para fazer o diagnóstico diferencial entre TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático) e TEPT-C (Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo), é essencial observar as diferenças nos sintomas centrais e nos impactos emocionais e sociais de cada transtorno.

De acordo com o DSM-5 e a CID-11, o TEPT é caracterizado por três grupos principais de sintomas: Revivência do trauma: *flashbacks*, pesadelos, e memórias intrusivas do evento traumático. Evitação: Tentativas persistentes de evitar lembranças, pessoas, ou lugares associados ao trauma. Excitação aumentada: Hipervigilância, irritabilidade, dificuldade de concentração e problemas com o sono.

Já no TEPT-C além dos três grupos de sintomas do TEPT, o TEPT-C ainda traz a presença de distúrbios na auto-organização (DSO), que incluem: Desregulação emocional: Explosões de raiva, dificuldade em controlar emoções ou ausência emocional. Autoconceito negativo: Sentimentos persistentes de culpa, vergonha, fracasso ou inutilidade. Problemas nos relacionamentos interpessoais: Dificuldade em manter relacionamentos saudáveis, isolamento, e desconfiança generalizada²⁹.

Também é possível realizar o diagnóstico diferencial levando em consideração a História do Trauma, de acordo com Karatzias T. e colaboradores (2019 p. 1 e 2) o diagnóstico de TEPT geralmente está associado a eventos traumáticos isolados ou de curta duração, como acidentes, agressões, desastres naturais, ou experiências de guerra. Por outro lado, o TEP-C está relacionado a traumas prolongados e repetidos, como abuso físico ou sexual na infância, violência doméstica contínua, ou experiências prolongadas de tortura. Esses traumas são mais comuns em contextos

²⁸ Brenner, Köllner e Bachem 2019, p. 42.

²⁹ CID-11, 2018.

em que a pessoa se encontra presa ou indefesa, como em situações de abuso prolongado³⁰.

Com relação ao Impacto no Funcionamento Diário, Karatzias T. e colaboradores (2019 p. 3) expõem que

A pessoa com diagnóstico de TEPT é mais focado nos sintomas de revivência, evitação e excitação aumentada. Apesar de gerar um impacto significativo na vida do indivíduo, ele pode não resultar nas alterações mais amplas de personalidade observadas no TEPT-C. As consequências do TEPT-C são mais generalizadas e afetam profundamente a autoimagem do indivíduo, seus relacionamentos e a forma como ele interage com o mundo.

Para fazer uma diferenciação clínica entre os dois diagnósticos é importante lembrar que no diagnóstico do TEPT-C, é necessário observar não apenas os sintomas de trauma, mas também a presença de disfunções emocionais e interpessoais mais amplas. Maercker (2021 p. 2) traz que:

Os indivíduos com TEPT-C frequentemente têm dificuldades em identificar e regular suas emoções, além de apresentar uma visão negativa de si mesmos e dificuldades em manter conexões sociais, que são características fundamentais para diferenciar do TEPT simples.

Para facilitar o entendimento e com o auxílio de uma *artificial intelligence (AI)*, elaboramos uma tabela onde organizamos as diferenças entre os dois diagnósticos de TEPT e TEPT-C com base nos resultados das pesquisas analisadas e apresentadas nesse trabalho.

Crítérios	TEPT	TEPT-C
Sintomas Centrais	Revivência, evitação, excitação aumentada (flashbacks, pesadelos, hipervigilância).	Sintomas do TEPT + distúrbios na auto-organização (desregulação afetiva, autoconceito negativo, problemas nos relacionamentos).
História do Trauma	Traumas isolados ou de curta duração (acidentes, agressões, desastres naturais).	Traumas prolongados e repetidos (abuso na infância, violência doméstica contínua, tortura).
Impacto no Funcionamento Diário	Focado em revivência, evitação e excitação, impacto significativo, mas menos alterações de personalidade.	Impacto mais generalizado, afeta a autoimagem, relações interpessoais e regulação emocional.
Diferenciação Clínica	Diagnóstico com base nos sintomas clássicos, reatividade a eventos isolados.	Necessidade de observar disfunções emocionais e interpessoais amplas além dos sintomas de trauma.
Ferramentas de Avaliação	Questionário Internacional de Trauma (ITQ), focado nos sintomas de trauma.	Questionário Internacional de Trauma (ITQ), incluindo módulos de distúrbios na auto-organização.

Tabela 1: Critérios de Diagnóstico Diferencia – TEPT/TEPT-C. **Autoria:** Inteligência Artificial.

³⁰ Maercker, 2021.

Portanto, o diagnóstico diferencial entre TEPT e TEPT-C depende não apenas de identificar a presença de sintomas clássicos de trauma, mas também de avaliar a extensão das alterações emocionais e de relacionamento que podem caracterizar o TEPT-C. O TEPT-C envolve um nível mais profundo de impacto psicológico, especialmente em indivíduos que foram submetidos a traumas repetidos e prolongados.

4.5 POSSÍVEIS INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS – TEPT E TEPT-C

No que diz respeito aos tratamentos empiricamente sustentados para o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT-C), os achados sugerem que os tratamentos para TEPT contam com forte embasamento empírico, e alguns deles são considerados abordagens de primeira linha, como a Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC-T).

A TCC-T inclui técnicas de exposição prolongada e Terapia de Processamento Cognitivo (TPC), amplamente comprovadas como eficazes para a redução dos sintomas de TEPT por meio da exposição gradual às lembranças traumáticas e da reestruturação das crenças disfuncionais³¹. A eficácia da TCC-T é sustentada por sua capacidade de promover mudanças duradouras nas respostas emocionais associadas ao trauma.

Outro método importante e que aparece nas pesquisas é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que se baseia em técnicas de *mindfulness* e aceitação para lidar com experiências traumáticas. A ACT tem mostrado resultados positivos, especialmente em casos em que o TEPT coexiste com outros transtornos, como ansiedade e depressão³². E ainda os tratamentos medicamentosos aparecem como medidas complementares, especialmente quando os sintomas são intensos ou em casos de comorbidades. Segundo (Berger et al., 2019; Hoskins et al., 2015), os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), como a sertralina e a paroxetina, mostraram eficácia para redução de sintomas, sendo recomendados por diretrizes clínicas internacionais.

³¹ Watkins et al., 2018; Foa et al., 2019

³² Follette et al., 2015; Thompson et al., 2019

Já em relação ao TEPT-C os achados sugerem que por conta das violências sofridas, consequentemente gerando um desenvolvimento cerebral deficitário, esta requer abordagens terapêuticas diferenciadas. O Modelo de Terapia em Três Fases é amplamente aceito e eficaz para TEPT-C, pois aborda progressivamente as três principais etapas do tratamento: estabilização, processamento do trauma e reintegração (Courtois & Ford, 2020; Cloitre et al., 2012). Este modelo promove a estabilização emocional antes do processamento direto das memórias traumáticas, sendo eficaz para lidar com os sintomas mais intensos e persistentes do TEPT-C.

A Terapia Dialética Comportamental (DBT), desenvolvida inicialmente para o tratamento de transtorno de personalidade borderline, é indicada para casos de TEPT-C devido à sua ênfase na regulação emocional e no desenvolvimento de habilidades interpessoais. Segundo Linehan, 2015; Harned et al., 2014 a DBT mostrou-se eficiente para TEPT-C, especialmente em casos com dificuldades de controle emocional e comportamentos auto lesivos.

Também há a Terapia Cognitivo-Comportamental para TEPT-C (TCC-T Adaptada) adapta a abordagem da TCC-T para tratar as camadas emocionais mais profundas e os traumas complexos associados ao TEPT-C, sendo uma intervenção progressiva e adaptada às necessidades dos pacientes³³.

Porém é importante lembrar que apesar das evidências científicas encontradas para esse trabalho apontarem para essas intervenções, no Brasil, o tratamento para o TEPT-C ainda é um desafio. O diagnóstico desse transtorno é pouco difundido, e a formação de profissionais na área de saúde mental em relação ao TEPT-C tem se mostrado limitada, refletindo-se na falta de abordagens específicas no contexto clínico. Abordagens como a DBT, o Modelo de Terapia em Três Fases e a Terapia Sensório-Motora, fundamentais para o tratamento do TEPT-C, ainda não são amplamente oferecidas no país, tornando o acesso a tratamentos especializados uma barreira para muitos pacientes.

Iniciativas que visem aumentar a conscientização sobre o TEPT-C e o desenvolvimento de diretrizes nacionais específicas são passos fundamentais para fortalecer a rede de tratamento e melhorar o suporte a indivíduos com esse transtorno complexo no Brasil.

³³ Resick et al., 2017

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências apresentadas ao longo do trabalho destacam que o abuso sexual prolongado na infância não apenas resulta em traumas significativos, mas também contribui para alterações duradouras no desenvolvimento emocional e neurobiológico, com consequências graves para a saúde mental na vida adulta.

A inclusão do diagnóstico de TEPT-C na CID-11 representa um avanço crucial para a prática clínica, uma vez que reconhece a necessidade de tratamentos diferenciados para traumas complexos, que envolvem não apenas a revivência e evitação típicas do TEPT, mas também profundas disfunções na auto-organização emocional, afetando o autoconceito e a capacidade de estabelecer relações interpessoais saudáveis. Estudos recentes apontam que essas características diferenciadoras do TEPT-C demandam abordagens terapêuticas que vão além dos tratamentos convencionais aplicados ao TEPT clássico.

A contribuição da neurociência para a compreensão dessas diferenças é inestimável. As evidências científicas apresentadas ao longo desse trabalho mostram que traumas complexos, como o abuso sexual infantil, afetam áreas cerebrais fundamentais, incluindo a amígdala, o hipocampo e o córtex pré-frontal. Essas modificações neurológicas explicam muitos dos sintomas do TEPT-C, como a hipervigilância, dificuldade de regulação emocional e problemas de memória. Além disso, o eixo HPA, responsável pela resposta ao estresse, muitas vezes se torna disfuncional em vítimas de traumas prolongados, exacerbando ainda mais os sintomas.

É necessário reforçar a importância de um diagnóstico diferencial preciso entre TEPT e TEPT-C, uma vez que o segundo envolve uma gama mais ampla de desafios emocionais e comportamentais, que exigem intervenções personalizadas. A prática clínica se beneficia significativamente da identificação correta desses transtornos, possibilitando que os profissionais da saúde mental desenvolvam planos de tratamento mais eficazes e que abordem tanto os sintomas específicos do trauma quanto as dificuldades emocionais e relacionais subjacentes.

Por fim, este trabalho reafirma a importância da contínua investigação científica e da atualização dos modelos diagnósticos e terapêuticos. O reconhecimento de traumas complexos como o TEPT-C e suas implicações neurobiológicas abre caminho para uma prática clínica mais abrangente e humanizada, proporcionando às vítimas de

abuso sexual na infância uma abordagem mais eficaz e acolhedora. Assim, a inclusão do TEPT-C na CID-11 é um marco promissor para o futuro da psicologia clínica e da psiquiatria, promovendo tratamentos que lidam com a complexidade dos traumas vivenciados na infância e suas consequências devastadoras na vida adulta.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2023. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. ISSN 1983-7364.
3. BEAR, Mark, F. Neurociências: Desvendando o sistema nervoso. 4ed. Porto Alegre, Artmed, 2017.
4. BERGER, W., et al. Pharmacological approaches to treating posttraumatic stress disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019.
5. BOUMPA, Vasiliki; PAPATOUKAKI, Aikaterini; KOURTI, Anastasia; MINTZIA, Sofia; PANAGOULI, Eleni; BACOPOULOU, Flora; PSALTOPOULOU, Theodora; SPILIOPOULOU, Chara; TSOLIA, Maria; SERGENTANIS, Theodoros N.; TSITSIKA, Artemis. Sexual abuse and post-traumatic stress disorder in childhood, adolescence and young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 31, p. 1455-1468, 2022.
6. BRENNER, Köllner B. Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 2019.
7. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Acesso em: 02 Julho de 2024.
8. BOTELHO, J. M.; VILMA A. G. da C. Metodologia científica. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.
9. COURTOIS, C. A.; FORD, J. D. Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide. New York: Guilford Press, 2013.
10. COURTOIS, C. A., & Ford, J. D. (2020). *Treatment of Complex Trauma*. Guilford Press.
11. CLOITRE, M., et al. (2012). A phase-based treatment model for complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*.
12. CRUZ, A. S.; SANTOS, M. L. C. Violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil: uma análise histórica e sociocultural. *Psicologia em Pesquisa*, 12(2), 45-58, 2018.

13. DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
14. FONSECA, R. M. G. S.; AZNAR-FARIAS, M.; KOLLER, S. H. Transtorno de estresse pós-traumático em crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 127-139, 2017.
15. HERMAN, J. L. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391, 1992.
16. HERMAN, J. L. Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books, 1997.
17. HEMERT, Mellony T. C. van; JONG, Paula M. de; VANAERSCHOT, Greet; BROUWER, Tessa R.; ZOON, Joeri S.; GUNST, Ellen. Posttraumatic stress disorder following childhood sexual and physical abuse: a study protocol for an 11-week randomised controlled trial comparing imaginal exposure and imagery rescripting. *European Journal of Psychotraumatology*, v. 15, n. 4, 2024.
18. KARATZIAS, Thanos et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, v. 49, n. 10, p. 1761-1775, 2019.
19. FOA, E. B., et al. (2019). Effective treatments for PTSD. American Psychological Association.
20. HARNED, M. S., et al. (2014). Dialectical behavior therapy for PTSD. *Behavior Research and Therapy*.
21. LAKATOS, E. M.; Marconi, M. de A. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2007.
22. LIMA, A. R. C.; França, U. M.; Bastos, O. M. Abuso sexual infantil: perfil de vítimas e agressores em Teresina, Piauí. *Jornal de Pediatria*, 91(1), 91-96, 2015.
23. LINEHAN, M. M. (2015). DBT Skills Training Manual. Guilford Press.
24. LIRA, M. O. S. C. et al. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. *Texto Contexto Enferm*, 2017.
25. LU, Jhih-Yuan et al. The effects of psychotherapy for depressed or posttraumatic stress disorder women with childhood sexual abuse history: meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, v. 99, n. 19, p. 19776, 2020.
26. MAERCKER, A. Complex post-traumatic stress disorder: A clinical analysis. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2021.

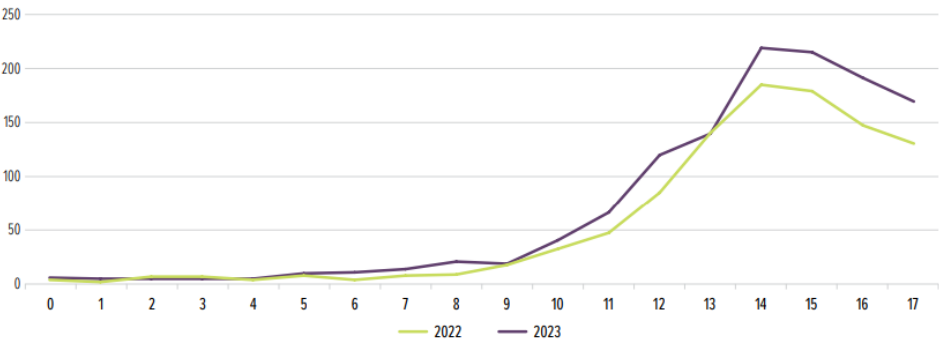
27. MAERCKER, A. et al. Propostas para transtornos mentais especificamente associados ao estresse na classificação internacional de doenças-11. *Lancet*, 381(9878), 1683-1685, 2013.
28. NASCIMENTO, L. C. S.; Brito, L. M.; Lima, L. S.; Magalhães, J. F. Violência sexual contra crianças e adolescentes: perfil das vítimas e agressores identificados em um serviço de referência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2277-2283, 2018.
29. NESTGAARD, Rod; SCHMIDT C. Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis? *European Journal of Psychotraumatology*, 2021.
30. OLIVEIRA, C. B. A. et al. Violência de gênero contra a mulher: reflexões a partir de estudos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(4), 999-1006, 2016.
31. PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth D. *Desenvolvimento humano*. 12. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2011.
32. PEREIRA, A. S.; SANTOS, L. F. R.; OLIVEIRA, M. B. A Violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 12(4), 1345-1371, 2012.
33. POND, Rachael; GILLMORE, Christina; BLANCHARD, Nan. Lived experiences of resilience for women who have experienced childhood sexual abuse: a systematic review of qualitative studies. *Child Abuse & Neglect*, v. 142, 2023.
34. ROD, Ashild Nestgaard; SCHMIDT, Casper. Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis? *European Journal of Psychotraumatology*, v. 12, n. 1, 2021.
35. ROBLES, R. et al. Diagnósticos problemáticos, ausentes e estigmatizantes nas classificações atuais de transtornos mentais: resultados das pesquisas globais da OMS-WPA e da OMS-IUPsyS. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 165-177, 2014.
36. SAPOLSKY, Robert M. *Comporte-se: A biologia humana em nosso melhor e pior*. Tradução de Pedro Maia Soares. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.
37. SARR, Rachel et al. A systematic review of the assessment of ICD-11 complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) in young people and adults. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, v. 31, n. 1, 2024.
38. SILVA, A. F. da; Pinheiro, R. G.; Leite, J. R.; Pinto, S. S. Características de crianças vítimas de abuso sexual: um estudo com crianças atendidas em um hospital de referência. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 14(1), 55-64, 2018.

39. SOUZA, Ana R. de; PINHEIRO, Mariane R. O impacto do abuso sexual na saúde mental de mulheres adultas: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(3), 123-132, 2018.
40. THOMPSON, J. A., et al. (2019). Acceptance and commitment therapy for PTSD. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
41. VIOLA, Thiago W; SCHIAVON, Bruno K; RENNER Anelise M; OLIVEIRA Rodrigo G. Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS*, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

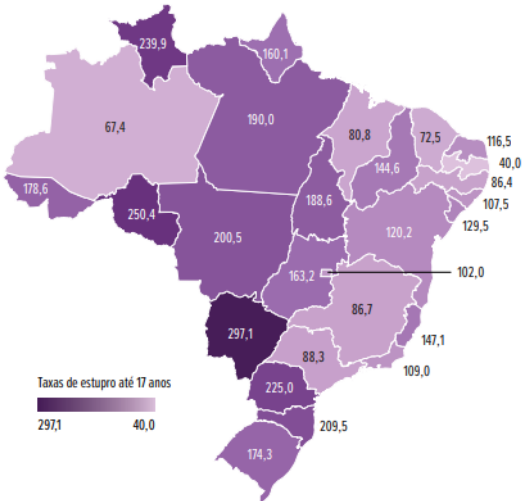
GRÁFICO 53
Exploração sexual de crianças e adolescentes por idade da vítima
Brasil (2022-2023)



Fonte: Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

ANEXO 2

MAPA 03
Vítimas de estupro e estupro de vulnerável de 0 a 17 anos – Taxas por 100 mil habitantes na respectiva faixa etária
Unidades da Federação – 2023



Fonte: Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

Ao observarmos em detalhe o perfil das vítimas de estupro, notamos que crianças e adolescentes negros são desproporcionalmente afetados pelo crime. A disparidade aumenta com a idade, especialmente na adolescência, que registra, para a idade de 15 anos, 56,7% de vítimas negras.