
Revisão da Literatura

Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático

A systematic review to study the efficacy of cognitive behavioral therapy for sexually abused children and adolescents with posttraumatic stress disorder

CRISTIANE DE MEDEIROS PASSARELA¹, DEISE DANIELA MENDES¹, JAIR DE JESUS MARI¹

¹ Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP.

Recebido: 3/3/2009 – Aceito: 26/3/2009

Resumo

Contexto: O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), uma das possíveis consequências de abuso sexual de crianças e adolescentes, pode ser encontrado em aproximadamente 40% a 50% dos casos. **Objetivo:** Conduzir uma revisão sistemática de estudos investigando o uso de terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o tratamento de crianças e adolescentes abusadas sexualmente com TEPT. **Métodos:** Uma pesquisa por ensaios clínicos randomizados que avaliaram TEPT em crianças e adolescentes de 1980 a 1º de fevereiro de 2006 foi conduzida nas seguintes bases de dados: MedLine, EMBASE, LILACS, PsycLIT, PsycINFO, Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Database of Trials, Cochrane Controlled Trials Register, Science Citation Index (SciSearch) e PLOTS. As referências em todos os ensaios clínicos foram localizadas manualmente. **Resultados:** Dos 43 estudos inicialmente selecionados, apenas três preencheram critérios de inclusão. As seguintes comparações foram encontradas nos estudos: TCC para tratar a criança e membros da família *versus* não tratamento (lista de espera); TCC para tratar apenas a criança, apenas os pais ou ambos *versus* Community Care; e TCC focada no trauma *versus* terapia centrada na criança (CCT). Os resultados para tratamento de TEPT com TCC foram melhores do que não tratamento (lista de espera) ($p < 0,05$), Community Care ($p < 0,01$) e CCT ($p < 0,01$). A comparação de TCC voltada para a criança e TCC familiar (pais ou cuidadores e crianças) não apresentou diferenças significativas em eficácia e ambos apresentaram melhora significativa de sintomas. Uma metanálise foi conduzida para comparar a eficácia de TCC (criança apenas e família) *versus* não tratamento (Lista de Espera e Community Care) na remissão de pacientes que completaram o tratamento. As taxas de remissão nos grupos de tratamento e controle foram 60% e 20%, e essa diferença em favor da TCC foi estatisticamente significativa ($RR = 0,51$; 95%CI 0,29-0,88; $p = 0,02$). Não foram encontrados estudos controlados que compararam TCC e farmacoterapia. **Conclusões:** Tratamento com TCC reduz sintomas de TEPT em crianças e adolescentes abusados sexualmente, não havendo diferença entre terapia com somente com a vítima ou com a vítima e um membro da família. Não há estudos que compararam TCC e farmacoterapia ou a eficácia de tratamentos combinados.

Passarela CM, et al. / Rev Psiq Clín. 2010;37(2):60-5

Palavras-chave: TEPT, abuso sexual, crianças, tratamento, revisão sistemática.

Abstract

Background: Posttraumatic stress disorder (PTSD), one of the possible consequences of sexual abuse of children and adolescents, may be found in about 40% to 50% of the cases. **Objective:** Conduct a systematic review of studies investigating the use of cognitive behavioral therapy (CBT) for the treatment of sexually abused children and adolescents with PTSD. **Methods:** A search for randomized clinical trials that evaluated PTSD in children and adolescents from 1980 to February 1, 2006 was conducted in the following databases: MedLine, EMBASE, LILACS, PsycLIT, PsycINFO, Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Database of Trials, Cochrane Controlled Trials Register, Science Citation Index (SciSearch), and PLOTS. References in all clinical trials selected were hand-searched. **Results:** Of the 43 studies initially selected, only three met inclusion criteria. The following comparisons were found in the studies: CBT to treat child and family member *versus* no treatment (waiting list); CBT to treat only child, only parents, or both *versus* community care; and trauma-focused CBT *versus* child-centered therapy (CCT). Results for CBT treatment of PTSD were better than no treatment (waiting list) ($p < 0,05$), community care ($p < 0,01$) and CCT ($p < 0,01$). The comparison of child-only CBT and family CBT (parents or caretakers and children) did not reveal any significant differences in efficacy, and both showed significant improvement of symptoms. A meta-analysis was conducted to compare the efficacy of CBT (child-only and family) *versus* no treatment (waiting list and community care) in the remission of patients who completed treatment. Remission rates in treatment and control groups were 60% and 20%, and this difference in favor of CBT was statistically significant ($RR = 0,51$; 95%CI 0,29-0,88; $p = 0,02$). No controlled studies were found that compared CBT and pharmacotherapy. **Discussion:** Treatment with CBT reduces PTSD symptoms in sexually abused children and adolescents, with no differences between therapy with only the victim or with the victim and a family member. No studies compared CBT and pharmacotherapy or the efficacy of combined treatments.

Passarela CM, et al. / Rev Psiq Clín. 2010;37(2):60-5

Keywords: PTSD, sexual abuse, children, treatment, systematic review.

Introdução

A prevalência de abuso sexual infantil, que é mais frequente entre meninas, é estimada entre 2% e 34%^{1,2}. O abuso sexual está relacionado a sérios impactos à saúde mental de suas vítimas, mesmo quando estas atingem a idade adulta. Adultos que foram vítimas de abuso sexual na infância podem apresentar problemas em seus relacionamentos interpessoais e estão mais predispostos ao desenvolvimento de transtornos físicos e mentais, tais como dor pélvica crônica, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, transtornos psicosssexuais, transtornos afetivos, transtornos ansiosos, dependência química e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)³⁻¹⁵. TEPT é uma das consequências do abuso sexual infantil¹⁶. Em crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual, a prevalência do TEPT varia de 21% a 74%, com um valor médio de 40% a 50%¹⁷. Alguns estudos mostram que as taxas podem variar de 0¹⁸ a 90%¹⁹, dependendo da definição de abuso utilizada e da metodologia empregada para a coleta dos dados. Os critérios diagnósticos do TEPT utilizados em crianças e adolescentes são os mesmos utilizados para os adultos²⁰. Os sintomas mais comuns na população de crianças e adolescentes com TEPT são hipervigilância, irritabilidade e comportamento agitado, chegando até a agressividade. As crianças esforçam-se para evitar pensamentos, sentimentos, atividades e lugares relacionados ao evento traumático ou que propiciem sua lembrança. Elas podem ter dificuldades para lembrar o evento, déficit de concentração e isolamento interpessoal^{21,22}. Sintomas dissociativos também podem ser encontrados²³. A presença de comorbidades é comum²⁴, sendo as mais frequentes os transtornos depressivos e os ansiosos²⁵, o déficit de atenção e hiperatividade (muito confundido com o TEPT, principalmente nas crianças) e o uso de substâncias psicoativas (principalmente em adolescentes)²⁶.

Quatro estudos de revisão analisaram o tratamento de crianças e adolescentes abusados sexualmente. King *et al.*²⁷ realizaram uma revisão tradicional sobre o tratamento de TCC em crianças abusadas sexualmente²⁷. Nesta revisão, foram incluídos estudos publicados de 1980 a 1999, sendo quatro ensaios clínicos randomizados, dois ensaios clínicos abertos, um estudo *multiple baseline investigation* e dois estudos de caso. Os autores concluíram que a TCC mostrava-se eficaz no tratamento de crianças abusadas sexualmente. Ramchandani and Jones²⁸ publicaram uma revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para crianças abusadas sexualmente²⁸. Foram incluídos 12 ensaios clínicos controlados de diferentes abordagens, publicados de 1997 a 2002. A TCC mostrou-se mais eficaz, principalmente nas crianças sintomáticas. Hetzel-Riggin *et al.*²⁹ conduziram uma investigação metanalítica sobre desfechos de terapias em crianças e adolescentes abusados sexualmente com o objetivo de investigar a eficácia de diferentes modalidades de tratamento individual ou em grupo. Os autores incluíram 28 estudos (abertos e randomizados) publicados de 1975 a 2004. Eles concluíram que tratamentos psicológicos são mais eficazes do que o “não tratamento” e que TCC individual é mais eficaz na diminuição de sintomas de angústia psicológica, enquanto TCC de grupo é mais eficaz na melhora da autoestima. O objetivo deste trabalho foi elaborar uma revisão sistemática para verificar a eficácia do TCC para tratar sintomas de TEPT em crianças e adolescentes que foram abusados sexualmente.

Métodos

Os estudos selecionados para a revisão sistemática deveriam preencher os seguintes critérios de inclusão: a) ensaios clínicos controlados de tratamento com TCC (isolado ou associado a farmacoterapias), para TEPT em crianças e adolescentes abusados sexualmente; b) ensaios cujos pacientes incluídos preencheram critérios diagnósticos de TEPT pelo DSM-IV³⁰ ou CID-10³¹ e estivessem na faixa etária de 0 a 18 anos; c) ensaios clínicos que utilizaram um grupo comparativo e que apresentaram em seus resultados dados como taxas de remissão, melhora clínica e perdas, por meio de medidas objetivas e inferências estatísticas; d) ensaios clínicos randomizados que receberam pelo menos dois pontos na Escala de Jadad³², que avalia

a qualidade metodológica dos ensaios. Estudos que apresentaram baixa qualidade metodológica, pontuação menor do que dois pontos na Escala de Jadad e/ou que apresentaram taxas de perda igual ou maior a 30% em qualquer um dos braços do estudo foram excluídos desta revisão.

Foi realizada uma busca por ensaios clínicos randomizados publicados no período de 1980 a fevereiro de 2006, que utilizaram tratamento farmacológico e/ou psicoterápico para crianças e adolescentes com TEPT, independentemente do idioma, fonte de publicação e procedência do artigo original. A estratégia de busca geral foi adaptada às características de cada base de dados. Os descritores (“palavras-chave”) utilizados nesta revisão sistemática foram: “posttraumatic stress disorder/stress disorder”, “treatment/psychotherapy/pharmacology/drug therapy”, “Children”, “adolescents”, “randomized trials” and “clinical trials”, “combined treatment/associated treatment”. As seguintes bases de dados eletrônicas foram pesquisadas: MedLine, EMBASE, LILACS, PsycLIT, PsycINFO, Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Database of Trials, Cochrane Controlled Trials Register, Science Citation Index (SciSearch) e PILOTS.

Foi realizada a verificação das referências bibliográficas dos estudos encontrados na busca eletrônica, em capítulos de livros e teses de publicação recente à procura de ensaios. Foram realizados contatos por e-mail com os autores dos estudos e com especialistas na área de TEPT, buscando o esclarecimento de dados metodológicos e resultados que suscitaram dúvidas. Os ensaios clínicos controlados que utilizavam TCC como forma de tratamento para TEPT em crianças e adolescentes abusados sexualmente foram manualmente selecionados para avaliação quanto à qualidade metodológica individualmente por dois investigadores (CMP e DDM).

A estratégia de busca resultou em 565 artigos. O primeiro autor do estudo (CMP) avaliou os artigos, excluindo aqueles que não estavam relacionados ao TEPT ou a população referida, ensaios abertos, revisões, estudos de caso, editoriais e cartas. Destes, foram excluídos 522 artigos, sendo 43 selecionados para aplicação dos critérios de qualidade metodológica e avaliação dos critérios de inclusão. Esses artigos foram analisados de forma separada por dois investigadores independentes (CMP e DDM). Os achados de cada investigador foram confrontados e, nos casos de desacordo, a inclusão ou exclusão foi decidida por um terceiro avaliador (JJM).

Resultados

Dos 43 estudos selecionados, três estudos preencheram os critérios de inclusão³³⁻³⁵ e 40 estudos foram excluídos³⁶⁻⁷⁴. Não foram encontrados ensaios controlados com tratamentos medicamentosos e com tratamentos combinados (farmacoterapia e psicoterapia).

Os estudos incluídos (Tabela 1) representam dados de um total de 329 participantes que completaram o tratamento. As amostras foram compostas por 260 meninas (79%) e 69 meninos (21%), na faixa etária de 5 a 17 anos. Dos estudos incluídos, dois foram realizados nos Estados Unidos^{33,34} e um na Austrália³⁵. Dados sobre etnia foram extraídos de uma amostra de 293 sujeitos e não da amostra total de 329 sujeitos, já que um dos estudos³⁵ não referiu esses dados. Dos 293 sujeitos, 187 (64%) eram caucasianos, 74 (25%), negros, 14 (5%), hispânicos e 18 (6%), de outras etnias.

Os sujeitos foram recrutados principalmente em Centros de violência sexual, Departamentos de Saúde e Serviços Comunitários e por contato com profissionais de saúde mental e autoridades escolares. Os pais ou cuidadores participaram em todos os estudos. Os principais critérios de exclusão dos estudos foram transtornos psicóticos, atrasos graves de desenvolvimento, retardo mental, não consentimento dos pais ou cuidadores para a participação no estudo, risco para o sujeito e para outros, contato com o perpetrador de forma contínua e sem supervisão, já estar em psicoterapia e/ou em uso de medicação e comportamento suicida.

Os abusadores dos sujeitos incluídos no estudo foram: pais (biológicos/adotivos), padrastos, outros membros da família, adultos não

Tabela 1. Características metodológicas dos estudos incluídos na revisão

Estudo	Sujeitos	Tipos de tratamento	Controle	Duração do tratamento	Escala de TEPT utilizada	Resultados
King <i>et al.</i> ³⁵ , 2000	25 meninas 11 meninos 5-17 anos	TCC infantil TCC familiar	Lista de espera	20 semanas 1 sessão/ semana	Versão infantil da ADIS	Melhora de sintomas de TEPT em 60% dos sujeitos do grupo de TCC e 20% do grupo controle; essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$)
Deblinger <i>et al.</i> ³⁴ , 1996	83 meninas 17 meninos 7-13 anos	TCC infantil TCC Parental TCC Familiar	<i>Community Care</i>	12 semanas 1 sessão/ semana	K-SADS-PL-TEPT	Melhora de sintomas de TEPT em 84% dos sujeitos do grupo de TCC e 70% do grupo controle; essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$)
Cohen <i>et al.</i> ³³ , 2004	160 meninas 43 meninos 8-14 anos	TCC-FT	CCT	12 semanas 1 sessão/ semana	K-SADS-PL-TEPT	Melhora dos sintomas de TEPT em 75% dos sujeitos do grupo TCC e em 49% do grupo controle; essa diferença foi estatisticamente significativa para os sintomas de revivência ($p < 0,01$), evitação ($p < 0,001$) e hipervigilância ($p < 0,01$)

ADIS: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV; CCT: terapia centrada na criança; K-SADS-PL-TEPT: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version Seção TEPT; TCC: terapia cognitivo-comportamental; TCC-FT: terapia cognitivo-comportamental focada no trauma; TEPT: transtorno de estresse pós-traumático.

pertencentes à família (vizinhos, amigos, profissionais), estranhos e adolescentes mais velhos (da família ou não). Os tipos de contato sexual descritos nos estudos foram: toque/contato sexual (com ou sem roupa), relação simulada, contato orogenital, relação vaginal e/ou anal com penetração peniana ou digital.

Os estudos incluídos na análise utilizaram TCC para tratar crianças e adolescentes abusados sexualmente e que apresentavam sintomas de TEPT. Os três estudos foram controlados e apenas um utilizou lista de espera³⁵. As comorbidades mais comuns associadas ao TEPT foram os transtornos ansiosos e depressivos.

Os estudos incluídos nesta revisão fizeram as seguintes comparações: TCC (criança e familiar) *versus* lista de espera; TCC (apenas criança, apenas pais e combinação de criança e pais) *versus* *Community Care* e TCC focado no trauma (TCC-FT) *versus* Terapia Centrada na Criança (CCT). As principais técnicas de TCC utilizadas nos três estudos foram: enfrentamento (*coping*), psicoeducação, exposição gradual, *body safety skills* e *role-plays*. Protocolos semelhantes foram utilizados para tratamento da criança e dos seus familiares^{34,35}. As sessões de TCC foram semanais e variaram de 45 minutos à 1 hora e 30 minutos. Foram realizadas em média 12 sessões.

Community Care e lista de espera foram classificadas como não tratamento. No grupo lista de espera, não foi feito contato durante 24 semanas³⁵; no grupo *Community Care*, os pais foram informados sobre os sintomas dos filhos e estes foram encorajados a buscar terapia³⁴.

No grupo Terapia Centrada na Criança, foi realizado um tratamento com duração de 12 semanas. Esse tipo de tratamento, comumente utilizado por centros que atendem abuso sexual infantil, consiste em estabelecer uma relação terapêutica de confiança, encorajando pais e filhos a direcionarem o conteúdo e a estrutura de seu próprio tratamento e validando suas experiências durante esse período³³.

O primeiro estudo incluído na análise³⁵ foi realizado com 36 participantes na faixa etária de 5 a 17 anos. Dos 36 sujeitos, 24 estavam no grupo TCC e 12 no grupo lista de espera. O estudo comparou a eficácia de TCC em um grupo só para criança, um grupo familiar (criança e pais) com o não tratamento (lista de espera). Dos 36 participantes, 25 preenchiam critérios para TEPT (69,44%) na avaliação pré-tratamento. No grupo TCC, dos 24 participantes, 15 apresentavam sintomas de TEPT na avaliação pré-tratamento (62,5%). Na avaliação pós-tratamento, houve uma redução significativa na taxa de sintomáticos para 40% (6 de 15). No grupo lista de espera, dos 12 participantes, 10 apresentavam sintomas de TEPT (83,3%) na avaliação pré-tratamento. Na avaliação pós-tratamento, 80% mantiveram-se sintomáticos (8 de 10). Essa diferença entre os resultados foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$). A taxa de perdas no grupo TCC para a criança foi de 25% ($N = 3$), no grupo TCC familiar foi de 25% ($N = 3$) e no grupo lista de espera foi de 16,66% ($N = 2$). Não houve diferenças significativas dos grupos quanto às medidas de desfecho ou variáveis socioeconômicas, bem como entre participantes que completaram e os que não completaram o tratamento.

O estudo avaliou também as médias ajustadas dos escores totais e parciais na versão infantil da Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS) para TEPT, no pós-tratamento. No grupo TCC, os escores totais foram de 7,03, valor significativamente menor do que no grupo lista de espera, que foi de 11,3 ($p < 0,05$). Os escores parciais para os sintomas de revivência foram de 1,61 no grupo TCC e 2,93 no grupo lista de espera, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$); para os sintomas de evitação, foram de 2,94 no grupo TCC e 5,01 no grupo lista de espera, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$); e para os sintomas de hiperestimulação, foram de 1,97 no grupo TCC e 4,05 no grupo lista de espera, também com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

O segundo estudo incluído na análise³⁴ foi realizado com 100 participantes na faixa de etária de 7 a 13 anos e comparou a eficácia do tratamento com TCC (crianças, pais, pais e filhos) com o *Community Care* (grupo controle), visando também avaliar a importância da participação dos pais no tratamento. A taxa de perdas foi de 10% (10 sujeitos), mas não foram descritas as taxas de perdas por grupo. Não foram encontradas diferenças com respeito a idade, sexo, etnia e escores do pré-tratamento ao se comparar os 10 sujeitos que abandonaram com aqueles que completaram o tratamento. Noventa participantes foram avaliados no pós-tratamento. Dos 90 sujeitos, 71 preenchiam critérios para TEPT na avaliação pré-tratamento (78,89%), sendo 38 do grupo TCC (53,52%) e 33 do grupo controle (46,48%). Na avaliação pós-tratamento, 16% dos participantes do grupo TCC e 10% do grupo *Community Care* mantiveram o diagnóstico de TEPT, sendo essa diferença favorável ao grupo TCC, estatisticamente significativa ($p < 0,01$). A taxa de melhora nas condições de tratamento nas quais as crianças participaram (apenas criança ou pais e filhos) foi superior à do outro grupo em que elas não participaram (grupo parental) ($p < 0,01$).

O último estudo incluído na análise³³ comparou a eficácia da TCC focado no trauma com Terapia Centrada na Criança (CCT) para o TEPT. Foi realizado com 229 participantes, sendo 114 alocados para o grupo de TCC e 115 para o grupo CCT. Dos 229 participantes, 180 iniciaram o tratamento e 158 apresentavam sintomas de TEPT (87,78%), sendo 75 (84,27%) do grupo de TCC e 83 (91,3%) do grupo CCT. Na avaliação pós-tratamento, a taxa de manutenção de sintomas de TEPT no grupo TCC foi de 25,33% (19 de 75 participantes) e no grupo CCT foi de 50,60% (42 de 83 participantes). A melhora dos sintomas de TEPT no grupo TCC foi superior ao grupo CCT nos sintomas de revivência ($p < 0,01$), evitativos ($p < 0,001$) e de hipervigilância ($p < 0,01$). As crianças e os pais que foram tratados no grupo TCC apresentaram superioridade de desfecho em relação ao grupo controle, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$). Não houve diferença entre TCC criança apenas e TCC família em termos de eficácia. As taxas de abandono no pós-tratamento foram de 10,53 ($N = 56$), sendo 10,52 ($N = 12$) no grupo TCC e 12,17 ($N = 14$) no grupo CCT. Não houve diferença significativa entre os grupos de crianças e dos pais que abandonaram o estudo e dos que completaram o tratamento em relação a características sociais e demográficas.

Foi realizada uma metanálise comparando a eficácia em termos de remissão diagnóstica em uma análise dos pacientes que terminaram o tratamento, a partir de 2 estudos^{34,35} com 96 participantes, sendo 53 no grupo tratamento e 43 no grupo controle. A taxa de remissão no grupo tratamento foi de 60% e de 20% no grupo controle, com diferença estatisticamente significativa favorável ao grupo TCC (RR = 0,51; IC95%: 0,29; 0,88; p = 0,02).

Não foi possível a realização de metanálise comparando TCC infantil e TCC familiar, quanto às taxas de remissão, pois esses dados não foram fornecidos separadamente. Os autores forneceram apenas as taxas de remissão diagnóstica de TCC (soma dos valores de TCC infantil e familiar). Não foi possível a avaliação de dados contínuos, porque os dois artigos comparáveis^{34,35} utilizaram medidas de desfecho diferentes, a ADIS (versão infantil) e a Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version PTSD Section (K-SADS-PL-PTSD), respectivamente. Também não foi possível a realização de uma metanálise comparando a aceitabilidade ao tratamento no grupo TCC infantil ou familiar com o não tratamento porque em um dos estudos³⁴ não havia detalhes sobre as taxas de abandono.

Discussão e conclusão

A TCC demonstrou sua efetividade e eficácia para o tratamento de sintomas de TEPT em crianças e adolescentes sexualmente abusados em avaliações pós-tratamento, nos estudos apresentados. Nossos resultados sugerem que TCC é mais eficaz do que CCT e do que o "não tratamento" (no caso, lista de espera e *Community Care*).

Crenças e sentimentos negativos relacionados à culpa pela ocorrência do abuso são comuns nas vítimas e em seus pais. Fornecer informações sobre o abuso aos pais e filhos, tais como dados epidemiológicos, consequências do trauma e o papel dos pais como influenciadores na forma como os filhos lidarão com os traumas, contribuem para a redução da angústia diante do trauma^{21,34,35,46}. Técnicas como a exposição gradual possibilitaram aos indivíduos a evocação de memórias de conteúdos traumáticos relacionados ao abuso sexual. Os conteúdos evocados puderam ser reestruturados por meio de psicoeducação, enfrentamento (*coping*) e reestruturação cognitiva, reduzindo assim os sintomas de TEPT e os de ansiedade, assim como *body safety skills*, que ensina ao indivíduo formas de se proteger de um novo abuso, sobretudo quando ele continua exposto ao risco. As respostas ao tratamento estão relacionadas ao tipo, à frequência e à intensidade do abuso, à faixa etária do paciente, ao grau de relação do abusado com o agressor e à forma como o trauma é percebido⁷⁵⁻⁷⁷. A presença dos pais no tratamento, sobretudo para as crianças menores, tem um efeito positivo no prognóstico do TEPT e de outras consequências do abuso. Tal participação pode ajudar as crianças a expressar os problemas causados pelo trauma e pode melhorar o relacionamento com os pais^{46,78}.

Nossos achados sobre a eficácia da TCC no TEPT são semelhantes ao de outras revisões^{28,29}. Estudos de revisão sistemática são projetados para fornecer uma visão crítica dos estudos, mas também são passíveis de vieses, já que estudos positivos são mais frequentemente publicados e, portanto, mais facilmente encontrados e incluídos nas revisões. Os critérios rígidos adotados para a inclusão de estudos nesta revisão, tal como a exigência de que as taxas de abandono fossem menores do que 30%, fizeram com que estudos importantes fossem excluídos. Embora incluídos em outras revisões, os estudos conduzidos por Celano *et al.*⁴⁰ e Deblinger *et al.*⁴⁶, por exemplo, não preencheram nosso critério de inclusão. A utilização de uma válida e conhecida escala de avaliação metodológica e o uso de ponto de corte 2 na escala de Jadad foram ferramentas úteis na elaboração desta revisão.

Uma das limitações dos estudos analisados nesta revisão foi a inclusão de crianças e adolescentes abusados como parte de uma mesma amostra. Como crianças e adolescentes estão em diferentes fases do desenvolvimento, as repercussões do trauma e adaptação aos tratamentos podem variar significativamente. O tamanho de amostra pequeno nos estudos foi uma outra limitação.

Não foram encontrados ensaios clínicos randomizados de farmacoterapia sozinha ou em combinação com psicoterapia. Tais estudos deveriam ser conduzidos para investigar a eficácia de farmacoterapia e para descobrir se tratamentos combinados são mais efetivos do que abordagens isoladas. Pacientes com diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas deveriam ser incluídos nestes estudos, pois dependência é uma comorbidade prevalente entre adolescentes abusados sexualmente. Tais estudos, todavia, deveriam estudar meninos e meninas separadamente.

Agradecimentos

Cristiane de Medeiros Passarela é psicóloga clínica e conduziu esta revisão sistemática como parte de seu Mestrado no Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, com uma bolsa do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq 133168/2004-2). Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp 04/15039-0), pelo Instituto Milênio e pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq, 42.122/2005-2). O Professor Jair de Jesus Mari é Pesquisador do CNPq de Nível I-A.

Referências

- Ackerman PT, Newton JE, McPherson WB, Jones JG, Dykman RA. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child Abuse Negl.* 1998;22:759-74.
- Walker JL, Carey PD, Mohr N, Stein DJ, Seedat S. Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Arch Womens Ment Health.* 2004;7:111-21.
- Arata CM. From child victim to adult victim: a model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreat.* 2000;5:28-38.
- Epstein JN, Saunders BE, Kilpatrick DG. Predicting PTSD in women with a history of childhood rape. *J Trauma Stress.* 1997;10:573-88.
- Fondacaro KM, Holt JC, Powell TA. Psychological impact of childhood sexual abuse on male inmates: the importance of perception. *Child Abuse Negl.* 1999;23:361-9.
- Gladstone G, Parker G, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP. Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry.* 1999;156:431-7 Erratum in: *Am J Psychiatry.* 1999;156:812.
- Hetzl MD, McCanne TR. The roles of peritraumatic dissociation, child physical abuse, and child sexual abuse in the development of post-traumatic stress disorder and adult victimization. *Child Abuse Negl.* 2005;29:915-30.
- Hulme PA, Agrawal S. Patterns of childhood sexual abuse characteristics and their relationships to other childhood abuse and adult health. *J Interpers Violence.* 2004;19:389-405.
- Jonzon E, Lindblad F. Adult female victims of child sexual abuse multitype maltreatment and disclosure characteristics related to subjective health. *J Interpers Violence.* 2005;20:651-66.
- Leviton RD, Parikh SV, Lesage AD, Hegadoren KM, Adams M, Kennedy SH, et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *Am J Psychiatry.* 1998;155:1746-52.
- McLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 2003;160:369-71.
- Nelson EC, Heath AC, Madden PA, Cooper ML, Dinwiddie SH, Bucholz KK, et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59:139-45.
- Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL. Correlates of comorbid PTSD and drinking problems among sexual assault survivors. *Addict Behav.* 2006;31:128-32.
- Zavaschi ML, Graeff ME, Menegassi MT, Mardini V, Pires DW, Carvalho RH, et al. Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:184-90.
- Zoellner LA, Goodwin ML, Foa EB. PTSD severity and health perceptions in female victims of sexual assault. *J Trauma Stress.* 2000;13:635-49.

16. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42:269-78.
17. Rodriguez N, Van de Kemp H, Foy DW. Posttraumatic stress disorder in survivors of childhood sexual and physical abuse: a critical review of the empirical research. *J Child Sex Abus.* 1998;7:17-45.
18. Sansonnet-Hayden H, Haley G, Marriage K, Fine S. Sexual abuse and psychopathology in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1987;26:753-7.
19. Kiser LJ, Ackerman BJ, Brown E, Edwards NB, McColgan E, Pugh R, et al. Post-traumatic stress disorder in young children: a reaction to purported sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988;27:645-9.
20. Carlson EB, Dalnberg CJ. A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma Violence Abuse.* 2000;1:4-28.
21. Carrion VG, Weems CF, Ray R, Reiss AL. Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41:166-73.
22. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42:561-70.
23. Kaplow JB, Dodge KA, Amaya-Jackson L, Saxe GN. Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *Am J Psychiatry.* 2005;162:1305-10.
24. Famularo R, Fenton T, Kinscherff R, Augustyn M. Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse Negl.* 1996;20:953-61.
25. Runyon MK, Faust J, Orvaschel H. Differential symptom pattern of post-traumatic stress disorder (PTSD) in maltreated children with and without concurrent depression. *Child Abuse Negl.* 2002;26:39-53.
26. Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68:19-30.
27. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Ollendick TH. Cognitive-behavioural treatment of sexually abused children: a review of research. *Behav Cogn Psychother.* 1999;27:295-309.
28. Ramchandani P, Jones DPH. Treating psychological symptoms in sexually abused children: from research findings to service provision. *Br J Psychiatry.* 2003;183:484-90.
29. Hetzel-Riggin MD, Brausch AM, Montgomery BS. A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. *Child Abuse Negl.* 2007;31:125-41.
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington: APA; 2000.
31. World Health Organization. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre: Artmed; 2003.
32. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials.* 1996;17:1-12.
33. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43:393-402.
34. Deblinger E, Lippmann J, Steer R. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreat.* 1996;1:310-21.
35. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, et al. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:1347-55.
36. Baker CR. A comparison of individual and group therapy as treatment of sexually abused adolescent females [Dissertation]. College Park (MD): University of Maryland; 1987.
37. Berliner L, Saunders BE. Treating fear and anxiety in sexually abused children: results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreat.* 1996;1:294-309.
38. Burke MM. Short-term group therapy for sexually abused girls: a learning theory based treatment for negative effects [Dissertation]. Athens (GA): University of Georgia; 1988.
39. Carbonell DM, Partelero-Barehmi C. Psychodrama groups for girls coping with trauma. *Int J Group Psychother.* 1999;49:285-306.
40. Celano M, Hazzard A, Webb C, McCall C. Treatment of traumatic beliefs among sexually abused girls and their mothers: an evaluation study. *J Abnorm Child Psychol.* 1996;24:1-17.
41. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment model for sexually abused preschoolers. *J Interpers Violence.* 1993;8:115-31.
42. Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome sexually abused preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:1402-10.
43. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused pre-school children: initial findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:42-50.
44. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl.* 2005;29:135-45.
45. Deblinger E, McLeer SV, Henry D. Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990;29:747-52.
46. Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreat.* 2001;6:332-43.
47. De Luca RV, Boyes DA, Grayston AD, Romano E. Sexual abuse: effects of group therapy on pre-adolescent girls. *Child Abuse Review.* 1995;4:263-77.
48. Dominguez RZ. Evaluation of cognitive-behavioral and supportive treatments for sexually abused children: analyzing the process of change using individual growth curve analyses [Dissertations]. Houston (TX): University of Houston; 2002.
49. Downing J, Jenkins SJ, Fisher GL. A comparison of psychodynamic and reinforcement treatment with sexually abused children. *Elementary School Guidance and Counseling.* 1988;22:291-8.
50. Farrell SP, Hains AA, Davies WH. Cognitive behavioral interventions for sexually abused children exhibiting PTSD symptomatology. *Behav Ther.* 1998;29:241-55.
51. Friedrich WN, Luecke WJ, Beilke RL, Place V. Psychotherapy outcome of sexually abused boys: an agency study. *J Interpers Violence.* 1992;7:396-409.
52. Grayston AD, DeLuca RV. Group therapy for boys who have experienced sexual abuse: is it the treatment of choice? *J Child Adolesc Group Ther.* 1995;5:57-82.
53. Homstead K. An investigation of a sexual abuse group treatment program for adolescent victims of sexual abuse. *Dissertation abstracts International.* 1985;46(12-A), 3862 (University Microfilm number 86 - 02644).
54. Hyde C, Bentovim A. Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. *Child Abuse Negl.* 1995;19:1387-99.
55. Jaberghaderi N, Greenwald R, Rubin A, Zand SO, Dolatabadi S. A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clin Psychol Psychother.* 2004;11:358-68.
56. Jenson JM, Jacobson M, Unrau Y, Robinson RL. Intervention for victims of child sexual abuse: an evaluation of the children's advocacy model. *Child Adolesc Social Work J.* 1996;13:139-56.
57. Krakow B, Sandoval D, Schrader R, Keuhne B, Yau CL, Tandberg D. Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *J Adolesc Health.* 2001;29:94-100.
58. Kruczek T, Vitanza S. Treatment effects with an adolescent abuse survivor's group. *Child Abuse Negl.* 1999;23:477-85.
59. Lanktree CB, Briere J. Outcome of therapy for sexually abused children: a repeated measures study. *Child Abuse Negl.* 1995;19:1145-55.
60. Mackey B, Gold M, Gold E. A pilot study in drama therapy with adolescents girls who have been sexually abused. *Arts Psychother.* 1987;14:77-84.
61. McGain B, McKinzey RK. The efficacy of group treatment in sexually abused girls. *Child Abuse Negl.* 1995;19:1157-69.
62. Meezan W, O'Keefe M. Multifamily group therapy: impact on family functioning and child behavior. *Fam Soc.* 1998;79:32-44.
63. Monck E. Evaluating therapeutic intervention with sexually abused children. *Child Abuse Review.* 1997;6:163-77.
64. Nolan M, Carr A, Fitzpatrick C, O'Flaherty A, Keary K, Turner R, et al. A comparison of two programmes for victims of child sexual abuse: a treatment outcome study. *Child Abuse Review.* 2002;11:103-23.
65. Oates RK, O'Toole BI, Lynch DL, Stern A, Cooney G. Stability and change in outcomes for sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33:945-53.
66. Perez CL. A comparison of group play therapy and individual therapy for sexually abused children [Dissertation]. Greeley (CO): University of Northern Colorado, 1988.

67. Reeker J, Ensing D. An evaluation of a group treatment for sexually abused young children. *J Child Sex Abus.* 1998;7:65-85.
68. Rust JO, Troupe PA. Relationships of treatment of child sexual abuse with school achievement and self-concept. *J Early Adolesc.* 1991;11:420-29.
69. Scott TA, Burlingame G, Starling M, Porter C, Lilly JP. Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *Int J Ther.* 2003;12:7-30.
70. Stauffer L, Deblinger E. Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children: a preliminary treatment outcome study. *Child Maltreat.* 1996;1:65-76.
71. Sullivan PM, Scanlan JM, Brookhouser PE, Schulte LE, Knutson JF. The effects of psychotherapy on behavior problems of sexually abused deaf children. *Child Abuse Negl.* 1992;16:297-307.
72. Tourigny M, Péladeau N, Bouchard C, Doyon M. Efficacité d'un programme de traitement des enfants abusés sexuellement. *Child Abuse Negl.* 1998;22:25-43.
73. Trowell J, Kolvin I, Weeramanthri T, Sadowski H, Berelowitz M, Glaser D, et al. Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *Br J Psychiatry.* 2002;180:234-47. Erratum in: *Br J Psychiatry* 2002;180:553.
74. Verleur D, Hughes RE, de Rios MD. Enhancement of self-esteem among female adolescent incest victims: a controlled comparison. *Adolescence.* 1986;21:843-54.
75. Berliner L, Conte JR. The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. *Child Abuse Negl.* 1995;19:371-84.
76. Goodman-Brown TB, Edelstein RS, Goodman GS, Jones DP, Gordon DS. Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2003;27:525-40.
77. Shaw JA, Lewis JE, Loeb A, Rosado J, Rodriguez RA. A comparison of Hispanic and African-American sexually abused girls and their families. *Child Abuse Negl.* 2001;25:1363-79.
78. Stevenson J. The treatment of the long-term sequelae of child abuse. *J Child Psychol Psychiatry.* 1999;40:89-111.