

A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COMO INTERVENÇÃO NO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO DEVIDO À VULNERABILIDADE SOCIAL NA INFÂNCIA

Lais Cristina Ramos Aleixo¹ Maria Aparecida Paiva Viliamovisens¹
Silene Cristina Bompani de Almeida²

¹Graduanda do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Vale do Ribeira- Registro/SP.

²Docente do Centro Universitário do Vale do Ribeira- Registro/SP.

RESUMO

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é desenvolvido em decorrência da exposição a algum episódio traumático real ou imaginário, de significado emocional. E, esses eventos estressores vivenciados durante a infância impactam na qualidade de vida, no desenvolvimento da personalidade, convívio familiar e social. A vulnerabilidade social é um fator resultante na infância sendo compreendida através da inserção no âmbito social e de convivência, considerando seus efeitos através da observação cotidiana. A falta de recursos e acesso a serviços são elementos que apresentam impactos diretos na constituição familiar e essa condição de escassez proporciona às crianças cuidados básicos instáveis, fragilidade de vínculos, resultando em fatores de risco para o crescimento saudável. Por isso, a psicoterapia atua como intervenção para explicitar como a criança foi afetada pelos traumas e priorizar a investigação e a aplicabilidade de estratégias de enfrentamento e redução dos sintomas traumáticos. E o método efetivo utilizado como intervenção no tratamento de TEPT devido a vulnerabilidade social na infância é a Terapia Cognitivo Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT) que é desenvolvida para as vítimas de qualquer evento traumático, especialmente utilizada para as crianças e adolescentes, visto que é imprescindível o diagnóstico precoce na fase, possibilitando a intervenção necessária no tratamento.

Palavras-chave: Transtorno Estresse Pós-Traumático. Vulnerabilidade social na Infância. Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder (PTSD) develops as a result of exposure to some real or imagined traumatic episode of emotional significance. And, these stressful events experienced during childhood impact quality of life, personality development, family and social life. Social vulnerability is a resultant factor in childhood, being understood through the insertion in the social and coexistence scope, considering its effects through daily observation. The lack of resources and access to services are elements that have direct impacts on the family constitution and this condition of scarcity provides children with unstable basic care, fragility of bonds, resulting in risk factors for healthy growth.

Therefore, psychotherapy acts as an intervention to explain how the child was affected by trauma and prioritize the investigation and applicability of coping strategies and reduction of traumatic symptoms. And the effective method used as an intervention in the treatment of PTSD due to social vulnerability in childhood is Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (CBT-FT) which is developed for victims of any traumatic event, especially used for children and adolescents, since that early diagnosis is essential in the phase, enabling the necessary intervention in the treatment.

Keywords: Post Traumatic Stress Disorder. Social vulnerability in childhood. Cognitive behavioral therapy.

INTRODUÇÃO

Em relação a constituição do âmbito social, atualmente, podemos ressaltar a conjuntura da vulnerabilidade social que denota os contextos nos quais a infância é compreendida e inserida; o que confere certo zelo e, também, a compreensão da marginalidade - reflexo do cenário da pobreza-, a qual integra os mais distintos ambientes de convivência. (BOMTEMPO; CONCEIÇÃO, 2014. P. 494).

Para (Castel, Wanderley & Wanderley, 2000), a fragilidade dos laços de trabalho, as condições de moradias instáveis, mantém uma rede de proteção e apoio social frágil, resultando em exclusão. Portanto, devemos considerar o grau de vulnerabilidade social de múltiplas perspectivas em contextos e origens únicos, estruturas específicas que podem compreender melhor as questões de vulnerabilidade e seu impacto na vida diária dos indivíduos. (BOMTEMPO; CONCEIÇÃO, 2014. P. 494).

Devemos ressaltar, ainda, sobre a vulnerabilidade social, a relevância do reconhecimento de que os sujeitos são singulares, inseridos em ambientes de inter-relação e em uma sociedade globalizada. Sendo assim, alguns aspectos pertinentes devem ser salientados, tais como: os desafios e dificuldades de acesso, e a falta de recursos e acesso à serviços. "(...) a inexistência de recursos e serviços, a baixa infraestrutura de suporte e redes sociais são produtos e, concomitantemente, elementos constituintes da hermenêutica dos processos das situações de rupturas e fragmentação das relações humanas, por meio da divisão de classes, da segmentação de sistemas e ofertas de trabalho (...)" Deste modo, ocorre uma adversidade da reestruturação e da implantação por igual das mais distintas partes da população; e finda em conservar os meios e condições de vulnerabilidades. "As questões do trabalho precário, apontadas anteriormente, como o esfacelamento das redes de suporte e de identidade social, apresentam impacto direto na constituição familiar." (BOMTEMPO; CONCEIÇÃO, 2014. P. 495).

No cenário nacional, constatamos que um grande número de pessoas se encontram em situação de extrema desigualdade social. Nesse caso, as famílias, como órgãos de proteção à criança, têm cada vez

mais dificuldade para realizar esses cuidados. A condição de sofrimento e pobreza constitui a família e sua perspectiva, rompendo a família e a fragilidade de vínculos e sentimentos. Famílias desorganizadas com princípios contraditórios estão deteriorando as condições socioeconômicas e proporcionando às crianças cuidados básicos instáveis, o que cria **fatores de risco para o crescimento saudável** dos bebês (Azevedo, 2006). Portanto, a inter-relação entre a macro cena das condições sociais e a micro cena dos laços familiares e desagregação emocional é um fator importante que afeta o crescimento na infância. (BOMTEMPO; CONCEIÇÃO, 2014. P. 495).

Dentro do cenário de desenvolvimento, devemos considerar os **fatores de risco**, que trazem para a reflexão a necessidade da criação de **fatores de proteção** à personalidade, tendo em vista os acontecimentos adversos relacionados à sobrevivência nas quais as crianças inseridas nesse contexto de vulnerabilidade social se encontram, com o objetivo de diminuir os impactos para com o desenvolvimento das mesmas. Nesse momento, devemos ressaltar outro aspecto de suma importância, o brincar, como fator de proteção pelo fato de facilitar na obtenção de estratégias para acessar e desenvolver resiliência em detrimento das situações invasivas. (BOMTEMPO; CONCEIÇÃO, 2014. P. 496).

O TEPT é um distúrbio desenvolvido de sintomas característicos em decorrência da exposição a um ou mais eventos traumáticos, potencializados por eventos estressores, o que desvela a necessidade de um trabalho multidisciplinar entre os profissionais da saúde. (FREITAS, 2017. P.177).

O TEPT está relacionado ao transtorno de ansiedade, na medida que a manifestação de sintomas após o acontecimento crítico e traumático. Estes sintomas são relacionados à morte, à ameaça de morte, comprometimento da integridade física ou mental de cunho traumático, como: "(...) experiências de combate, catástrofes naturais, agressão física, estupro e acidentes graves (como acidentes automobilísticos e incêndios em edifícios)." (FREITAS, 2017. P. 179-180).

"O TEPT consiste em uma síndrome composta da tríade:

- Revivência do trauma através de sonhos e de pensamentos durante o estado vigíl;
- Evitação persistente de estímulos associados ao trauma e embotamento da resposta a esses indicadores;
- Hiper-excitação persistente." (FREITAS, 2017. P. 179-180).

"Os sintomas relacionados são: fadiga, agressividade, raiva, hiper vigília, depressão, ansiedade e dificuldades cognitivas (como dificuldade de concentração). (...) O TEPT pode proporcionar certo déficit à vida do indivíduo. Isso se deve ao fato de que os estímulos ligados ao incidente inicial podem desencadear sintomas como temor (medo) intenso, desamparo e evitação. (...) O paciente apresenta sentimento de culpa, rejeição e humilhação, podendo também descrever estados dissociativos, ataques de pânico, ilusões e alucinações. É comum o comprometimento associado da memória e da atenção, podendo

o paciente apresentar ainda agressão, violência, deficiência de controle dos impulsos, depressão e uso de drogas ilícitas." (FREITAS, 2017. P. 179-180).

O TEPT em crianças pode causar prejuízos em relação ao desenvolvimento da personalidade, considerando a adequação e a vulnerabilidade neste período do desenvolvimento. (FREITAS, 2017. P. 186). Os sintomas aparecem após um mês que ocorreu o evento traumático (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011. P. 306). O período de duração dos sintomas é de muitas semanas ou meses, e causa enorme sofrimento para o indivíduo (DALGALARRONDO, 2019. P. 659).

A sintomatologia do TEPT em crianças torna visível as reações ao trauma, as condutas regressivas (enurese, encoprese, regressão nas habilidades linguísticas), ansiedade, medo, somatização, depressão, problemas de conduta, isolamento, déficit de atenção, dissociações e transtornos relacionados ao sono.

Dentre todos os aspectos ressaltados, é possível afirmar que existe a possibilidade de apresentarem agressividade, ou apresentarem passividade. (FREITAS, 2017. P. 187).

O TEPT torna-se crônico a partir da exposição contínua ao trauma, ou seja, as respostas ao evento estressor crônico podem se apresentar pelo medo ou apatia referentes ao trauma, desenvolvendo estratégias defensivas e administração do estressor crônico a partir da negação, da repressão, da dissociação, da “auto-anestesia”, “auto-hipnose”, da identificação com o agressor e/ou da conduta autodestrutiva; resultando em mudanças no desenvolvimento da personalidade. (FREITAS, 2017. P. 187).

O **diagnóstico** pregresso do TEPT em crianças, possibilita a prevenção e intervenção necessária para se interromper a cadeia associada de eventos traumáticos e desordens maiores durante o prazo do desenvolvimento do indivíduo. (FREITAS, 2017. P. 187).

METODOLOGIA

O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar a eficácia da TCC como instrumento prático no TEPT devido à vulnerabilidade social. Também é de suma importância abordar os demais objetivos deste trabalho, dentre eles: Identificar as formas de diagnosticar o TEPT na infância; Analisar a atuação da TCC no TEPT na infância; e Analisar a TCC no TEPT na infância devido a vulnerabilidade social. A metodologia utilizada neste trabalho foi a revisão bibliográfica a partir de capítulos de livros, artigos científicos e revistas online, publicados no idioma português. Esta pesquisa foi realizada nas bases de dados: Google Acadêmico, PePSIC e SciELO. Após o levantamento do material bibliográfico foi realizada a seleção, o fichamento e a análise dos conteúdos que se enquadram nos objetivos desta pesquisa, assim, totalizando em seis referências para desenvolvimento e produção deste artigo. Esta pesquisa bibliográfica e documental utilizou como palavras-chave: Transtorno Estresse Pós-

Traumático. Psicologia x Vulnerabilidade social na Infância. Terapia Cognitivo Comportamental x Transtorno Estresse Pós-Traumático. Infância e contextos de vulnerabilidade social.

DESENVOLVIMENTO

A RELEVÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DE TEPT, OS COMPROMENTIMENTOS COGNITIVOS E AS POSSIBILIDADES INTERVENTIVAS E DE TRATAMENTO

O TEPT é considerado uma psicopatologia desenvolvida através de um resultado após um episódio estressor e traumático, real ou imaginário, de significado emocional suficiente para desencadear eventos psicológicos e neurobiológicos relacionados. (KNAPP, 2003. P. 31). Os eventos estressores incluem uma grande variedade de condições externas e internas, caracterizando-se como um evento-estímulo que apresenta ao organismo uma demanda por uma determinada resposta adaptativa (Gerrig e Zimbardo (2005), como situações de um indivíduo envolvido em um acidente de trânsito, ou numa situação de assalto, de sequestro ou de estupro, **vulnerabilidades, reduz seu controle físico e psicológico diante do ocorrido.** (RAMOS, 2015. p. 01).

O TEPT na infância provém da exposição e intensidade do acontecimento, interferindo no desenvolvimento da personalidade considerando a vulnerabilidade da fase. A **necessidade que o diagnóstico seja precoce**, resulta de forma positiva e com o objetivo de **prevenir desordens, dificultando que o transtorno se torne crônico**. Caso a exposição ao estressor traumático seja contínua haverá o agravamento e a cronificação do TEPT na criança, apresentando comportamentos estratégicos de defesa às situações de estresse. (KNAPP, 2003. p. 31).

Este transtorno é caracterizado no Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) com os códigos 309.81 e F 43.10, respectivamente. No DSM-5, é possível observar que o TEPT é referenciado como um transtorno que pode ser desenvolvido a partir da exposição a um ou mais eventos traumáticos que a pessoa tenha vivenciado direta ou indiretamente: ocorridos com pessoas próximas, ou que tenha sido testemunhado pela pessoa. Em relação ao evento estressor, podemos definir da seguinte maneira: pode ser um evento em que ocorra algum episódio concreto, algum risco de morte, alguma lesão grave ou mesmo violência sexual. (DONADON, 2021. P. 16).

Em relação aos métodos utilizados para o diagnóstico do transtorno, ressaltamos que é entendido como indicador a prevalência de pelo menos dois dos sintomas que serão listados abaixo:

- “(a) recordações intrusivas dolorosas, recorrentes e involuntárias do evento traumático (na forma de sonhos angustiantes relacionados ao episódio traumático, por exemplo);
- (b) reações dissociativas (p. ex., flashbacks), quando o indivíduo tem sentimentos ou atitudes como se o evento traumático estivesse ocorrendo outra vez;
- (c) sofrimento psicológico mediante a exposição a algum presságio interno ou externo que tenha semelhança com algum aspecto do episódio traumático;
- (d) reações fisiológicas intensas mediante a estar exposto a eventos que se assemelham a algum aspecto do evento traumático;
- (e) esquiva persistente de estímulos que se associam ao evento traumático;
- (f) alterações prejudiciais das cognições e do humor que se associam ao evento do trauma;
- (g) falta de capacidade de recordar algum detalhe importante do evento traumático;
- (h) conceitos ou expectativas negativas que persistem exageradamente a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo. Para o enquadre no diagnóstico de TEPT sua vivência dos sintomas devem durar no mínimo de um mês e causar sofrimento clinicamente significativo.

Os sintomas não podem decorrer do uso de drogas.” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014 apud DONADON, 2021. P. 16)

Alguns aspectos de fato podem estar relacionados a predominância do TEPT em mulheres, tais como: “componentes genéticos, ambientais ou sociais e psicológicos” (MARTINS-MONTEVERDE; PADOVAN E JURUENA, 2017 apud. DONADON, 2021. P. 16). De acordo com as referências supracitadas, é possível caracterizar os fatores de risco do TEPT:

“(1) pré-traumáticos, em que estressores prévios, especialmente abusos, violência e negligência na infância, transtornos mentais prévios, **situação socioeconômica ruim**, problemas emocionais e ser do gênero feminino são fatores que contribuem para desenvolver o TEPT; (2) peri-traumáticos, que incluem fatores associados ao evento que desencadeia o transtorno, como gravidade do trauma, **ameaça à vida** e dissociação durante o evento; e (3) pós-traumáticos, que são **fatores de risco** que influenciam o transtorno posteriormente ao evento traumático (podem ser citados: **apoio social pobre**, avaliações negativas do evento, eventos traumáticos adicionais e desenvolvimento do transtorno de estresse agudo).” (DONADON, 2021. P. 16)

Em relação aos prejuízos cognitivos, é possível ressaltar, considerando a existência da psicopatologia, os impactos à vida do indivíduo. De maneira que possamos entender alguns dos prejuízos que o TEPT acarreta:

“(…) maior chance de transtornos mentais comórbidos, como a depressão; transtornos por abusos de substância e transtornos ansiosos; maior índice de tentativa de suicídios se comparado à população em geral; impactos nas relações interpessoais; aumento dos índices de absenteísmo, o qual, conseqüentemente, ocasiona diminuição da renda e outras formas de impactos financeiros; e diminuição do sucesso acadêmico e financeiro, o que piora a qualidade de vida.” (DONADON, 2021. P. 17)

Em um estudo sobre estresse e prejuízos comportamentais e biológicos, os autores Bremner e Vermenten (2001) abordaram sobre as condições de exposição permanente e habitual ao estresse podem influenciar diretamente a diminuição das funções do hipocampo e pode resultar em deficiência na memória declarativa (região cortical e demais prejuízos nas funções executiva e atencionais). (DONADON, 2021. P. 17)

“O córtex pré-frontal, conjuntamente com o sistema límbico, é responsável pela modulação da resposta emocional, além da associação dos estímulos com outras memórias estabelecidas. Assim, um prejuízo nessas áreas corticais pode significar uma **dificuldade no controle das respostas emocionais** diante de estímulos que estejam minimamente associados à memória traumática, o que sugere uma **hipergeneralização de estímulos**. Além do que foi citado acima, nota-se uma hiperativação da amígdala, o que explica a **alta responsividade à sensação de ameaça**.” (LIBERZON; SRIPADA, 2008 apud.DONADON, 2021. P. 17)

Em relação ao tratamento medicamentoso, é possível afirmar que pode favorecer a redução dos sintomas “como agitação, ansiedade, insônia e depressão.” (DONADON, 2021. p 17). Podemos ressaltar dois fármacos que se destacam nestes casos, os “inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)”: a fluoxetina e a sertralina. (EISENSTEIN; JORGE; LIMA, 2009 apud. DONADON, 2021. p 17).

Em contrapartida, a psicoterapia pode atuar com intervenções que diminuam a possibilidade de que a vivência/memória traumática seja ratificada. Tentando evitar a legitimação da concepção deturpada do evento traumático. (DONADON, 2021. p 17). Considerando a concepção de Martins-Monteverde, Padovan e Juruena (2017), o prognóstico é de suma importância, assim como a realização da avaliação e da intervenção previamente. Quanto antes for identificada a demanda (através da avaliação), maior e melhor será a probabilidade de que se tenha um bom prognóstico. (DONADON, 2021. P 17)

“O estudo realizado por Gomes (2012), resume que as abordagens psicoterápicas utilizadas no tratamento de TEPT como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se destaca, apresentando eficácia comprovada. A TCC pressupõe que a forma como interpretamos os acontecimentos e as situações influenciam diretamente em nossos sentimentos e comportamentos. Sendo assim, é considerada um tratamento efetivo, pois a partir da reavaliação dos pensamentos ligados ao trauma, o paciente inicia um processo de flexibilização desses pensamentos disfuncionais, obtendo, assim, uma melhora no comportamento e a remissão dos sintomas. A seguir, listam-se algumas técnicas importantes da TCC como tratamento do TEPT:” (DONADON, 2021, p. 17)

A) Psicoeducação: informar ao paciente sobre o transtorno e o tratamento que será realizado, para que ele se familiarize acerca de seus problemas e das implicações e conseqüências do diagnóstico, tendo como objetivo a colaboração e a participação ativa do paciente em todo o processo (BECK, 2013 apud DONADON, p 17);

B) Técnica de exposições: expor o cliente a estímulos temidos e evitados que desencadeiam ansiedade. A exposição é feita de forma repetida, de forma gradual ou aguda, de forma imaginativa ou ao vivo, a partir da avaliação realizada e do contexto em que os sintomas se apresentam (GOMES, 2012 apud DONADON, p 17);

C) Reestruturação cognitiva: detectar pensamentos distorcidos oriundos da crença central e de crenças condicionais do paciente. Dessa forma, o terapeuta se orienta através da compreensão do funcionamento cognitivo do indivíduo. Em seguida, o paciente é guiado a observar seus pensamentos e a questioná-los, de forma a corrigi-los e a baixar a ansiedade que por eles é gerada. (MULULO *et al.*, 2009 apud DONADON, p 17-18);

D) Debriefing psicológico: é uma importante técnica utilizada no manejo dos sintomas do TEPT, sendo considerada a ferramenta mais utilizada para o tratamento do transtorno. Consistindo numa intervenção em grupo que facilita a expressão das emoções relacionadas à experiência traumática vivida. Ela é dividida em quatro grandes etapas, que se subdividem em outras sete etapas. São elas: 1. Introdução, em que é feita a apresentação e a explicação da técnica, de seus objetivos e de seus benefícios; 2. Narração, etapa em que é relatado a história do trauma ocorrido pelo indivíduo, com foco nos pensamentos apresentados na situação e nas ideias acerca do evento; 3. Etapa de liberação das emoções associadas ao trauma; e 4. Fase pedagógica, etapa em que se informam os sintomas do TEPT, normalizam-se as reações, e em que há entrega de material informativo sobre as técnicas de enfrentamento (em outras palavras, é um momento voltado para a psicoeducação).” (GUIMARÃES *et al.*, 2007 apud DONADON, p 17-18).

A ATUAÇÃO DA TCC COMO TRATAMENTO NO TEPT NA INFÂNCIA

O diagnóstico do TEPT na Infância ocorre por meio de algumas observações específicas no comportamento apreensivo na criança, como medo intenso, revivência das situações nas brincadeiras e pesadelos. Também é importante ressaltar a sintomatologia física: como cefaléia e desconforto

abdominal; ou seja, as circunstâncias não necessitam estar diretamente relacionadas ao episódio estressor, mas se resultar em medo da morte ou na improbabilidade de atingir a idade adulta. (FAVA; PACHECO, 2012. P. 95).

O TEPT produz um efeito importante nas crianças pois ocorre em um período de desenvolvimento, a exposição aos eventos estressores repetitivos prolongados gera o trauma, sendo notório a influência do ambiente e a qualidade dos relacionamentos de seus cuidadores. Alguns fatores obtidos no TEPT estão relacionados às dificuldades na autoestima e autoeficácia resultando em instabilidade de humor, irritabilidade, relações conflituosas e dificuldades de manter amizades. (FAVA; PACHECO, 2012. P. 96).

Cohen, Mannarino & Deblinger, recomenda a avaliação de crianças e adolescentes incluindo as seguintes atribuições: processamento cognitivo, relacionamentos interpessoais, regulação emocional, funcionamento familiar, sintomas relacionados ao episódio traumático e sintomas somáticos. No entanto, o avaliador pode realizar a coleta de diversas informações e realizar o uso das escalas, entrevistas estruturadas e outras ferramentas de avaliação psicológica. (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006 apud.LOBO; et al, 2014. p.07).

A Terapia Cognitiva Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT) é desenvolvida para as vítimas de qualquer evento traumático, especialmente utilizada para as crianças e adolescentes, sendo essas sessões realizadas com os pais ou responsáveis para explicitar como a criança foi afetada pelos traumas e para desenvolver, em ambos, sentimentos de segurança. A TCC-FT utiliza os seguintes métodos:

“(…) psicoeducação, educação do trauma, manejo de estresse e relaxamento, modulação e expressão do afeto, enfrentamento e processamento cognitivo, narrativa do trauma e desenvolvimento de habilidades comportamentais e treino de adequação do comportamento.” (FAVA; PACHECO, 2012. P. 97).

Para Cohen e colaboradores (Scheeringa, Cohen, & Amaya-Jackson, 2002 apud. FAVA, 2012. p. 97), a terapia cognitiva comportamental focada no trauma foi destinada especificamente para crianças e adolescentes, composta por cerca de 12 a 16 sessões com duração de 90 minutos cada. No protocolo da TCC-FT são utilizadas:

“(1) psicoeducação, conhecimento e motivação do paciente e descrição do panorama geral sobre o tratamento; (2) manejo comportamental e/ou modulação da conduta desafiadora com o objetivo de identificar as estratégias educativas dos genitores e o padrão de atitudes da criança; (3) identificação dos pensamentos e sentimentos disfuncionais; (4) exercícios de relaxamento, aprendizado sobre os sentimentos ruins e construção de uma escala da valência dos sentimentos; (5) declaração da história do trauma e criação de uma hierarquia

de estímulos ansiogênicos relacionados ao trauma (também se explora, nos pais, a representação do trauma e os sintomas relacionados); (6) desenvolvimento da narrativa mais fácil, menos ansiogênica do trauma; (7 e 8) desenvolvimento da narrativa um pouco mais ansiogênica e elaboração de um plano de segurança (assim como nas sessões 6 e 9); (9 e 10) desenvolvimento da narrativa dos piores momentos do trauma e início da revisão da terapia; (11) trabalho com a prevenção da recaída; e (12) revisão total do tratamento e alta.”

O tratamento tem um livro como ferramenta. O livro é construído pela criança e pelo terapeuta (considerando a singularidade) durante o processo terapêutico e na última sessão o livro será revisado. Os responsáveis participam ativamente das sessões nos minutos finais sempre que for possível. As sessões tem o intuito de fortalecimento de vínculo e comunicação positiva, restabelecer a confiança e realizar a prática aprendida no processo. (FAVA; PACHECO, 2012. P. 97).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo consiste em analisar as evidências da eficácia da TCC focada no trauma como instrumento prático no TEPT, resultante da vulnerabilidade social na infância. A partir da seleção de artigos com os assuntos pretendidos, foi possível encontrar uma quantidade limitada de artigos com as respectivas temáticas.

O TEPT é o transtorno mais estudado com relação a experiências traumáticas, no entanto sua sintomatologia devido a tal exposição é variada e complexa quando evidencia de crianças e adolescentes. Esse transtorno causa prejuízos no desenvolvimento da personalidade em crianças, considerando a adequação e a vulnerabilidade neste período do desenvolvimento. (FREITAS, 2017. P. 186).

A partir da concepção da terapia cognitiva e do modelo cognitivo, de que “(...) a maneira pela qual o indivíduo interpreta as suas experiências influencia em grande parte o modo como ele se sente e se comporta”, é possível se pensar nas características do indivíduo, no seu meio, em suas experiências prévias e o quanto tais aspectos podem “colaborar” com o desenvolvimento do TEPT (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011. P. 308).

Através da análise, foi possível constatar que a TCC é válida e baseada em evidências que proporcionam um tratamento de maior na fase infantil, no TEPT. Essencialmente focada na diminuição de sintomas e pautada em estratégias de enfrentamento dos traumas. Para esse processo, é de extrema

relevância o estabelecimento do vínculo terapêutico para que ocorra um melhor compartilhamento dos pensamentos e emoções acerca do trauma.

No cenário nacional, constatamos que um grande número de pessoas se encontram em situação de extrema desigualdade social. Nesse caso, tanto as famílias, como órgãos de proteção à criança, têm cada vez mais dificuldade para realizar esses cuidados. A condição de sofrimento e pobreza constitui a família e sua perspectiva, rompendo a família e a fragilidade de vínculos e sentimentos. Famílias desorganizadas com princípios contraditórios estão deteriorando as condições socioeconômicas e proporcionando às crianças cuidados básicos instáveis, o que cria **fatores de risco para o crescimento saudável** dos bebês (Azevedo, 2006). Portanto, a inter-relação entre a macro cena das condições sociais e a micro cena dos laços familiares e desagregação emocional é um fator importante que afeta o crescimento na infância. (BOMTEMPO; CONCEIÇÃO, 2014. P. 495).

Em suma, o estudo teve por objetivo explicitar evidências favoráveis à abordagem TCC e a relevância do diagnóstico precoce. Sendo possível uma prevenção e intervenção instantânea. É relevante a participação dos cuidadores ou responsáveis no estabelecimento e fortalecimento do vínculo afetivo proporcionando às crianças cuidados básicos estáveis para um crescimento saudável, de modo que gere impactos que contribuam significativamente na vida diária dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva et. al. Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental. **Modelo cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2011. Capítulo 18. p. 303-318.

BOMTEMPO, Edna; CONCEIÇÃO, Mírian Ribeiro. **Infância e contextos de vulnerabilidade social – A atividade lúdica como recurso de intervenção nos cuidados em saúde**. Bol. Acad. Paulista de Psicologia, São Paulo, Brasil - V. 34, no 87, p. 490-509.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. **Síndromes ansiosas e síndromes com importante componente de ansiedade**. Capítulo 31. P. 645- 665. 3 edição. Editora Artmed. 2019.

DONADON, Mariana Fortunata; SANTOS, Luís Augusto dos; SOARES, Daiele Cristina Santos. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Prejuízos Cognitivos, Intervenções e Tratamentos: uma revisão de literatura.** Rev. Eixo. Brasília-DF, v. 10, n. 2, maio-agosto de 2021, p. 15-24.

FAVA, Débora Cristina; PACHECO, Janaína Thais Barbosa. **Transtorno de estresse pós-traumático e terapia cognitivo-comportamental na infância.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Porto Alegre - RS. Brasil, 2012, p. 96-98.

FREITAS, Ana Clélia. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático.** Data Vênia Revista Jurídica Digital, (7ª ed). p. 179-189, Setembro, 2017.

KNAPP, Paulo; CAMINHA, Renato. **Terapia cognitiva do transtorno de Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático estresse pós-traumático.** Rev. Bras. Psiquiatria. 2003, Porto Alegre, RS, Brasil - p. 31-36.

LOBO, Beatriz, et'al. **Terapia Cognitivo-Comportamental focada no trauma para crianças e adolescentes vítimas de eventos traumáticos.** R.B.Psicoterapia, Porto Alegre, RS, Brasil - V.16, n.1, 2014, p.03-14.

RAMOS, André; **Eventos Estressores.** Centro Univ. Salesiano de SP, Lorena, SP, Brasil – 2015, p. 1-6.