



Funções cognitivas e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual*

Jeane Lessinger Borges
Débora Dalbosco Dell'Aglio

Resumo: Este estudo investigou a manifestação de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e avaliou funções cognitivas (atenção, memória verbal declarativa e flexibilidade cognitiva/funções executivas) em um grupo de meninas vítimas de abuso sexual (ASI), comparando-as ao Grupo Controle. Participaram 12 meninas vítimas de abuso sexual (Grupo Caso) e 16 meninas sem história de abuso sexual (Grupo Controle). Foram realizadas uma avaliação clínica (através da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* e do CDI) e uma breve avaliação neuropsicológica (através do D2 Teste de Atenção Concentrada; subteste Dígitos – WISC III; *Rey Auditory Verbal Learning Test*; e *Trail Making Test – Part A and B*). Os resultados indicaram no Grupo Caso um maior número de erros e maior amplitude de oscilação da atenção visual concentrada, além de TEPT em 66,6% das meninas, confirmando associações entre ASI e TEPT.

Palavras-chave: abuso sexual; estresse pós-traumático; funções cognitivas.

Cognitive functions and post-traumatic stress disorder (PTSD) in girls victims of sexual abuse

Abstract: This study investigated the manifestation of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and evaluated cognitive functions (attention, declarative verbal memory, and cognitive flexibility/executive function) in a group of girl's victims of sexual abuse (CSA), comparing them with Control Group. For this study, 12 girls victims of sexual abuse (Case Group) and 16 girls without histories of sexual abuse (Control Group) were interviewed. A clinical assessment (by *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* and CDI) and a brief neuropsychological assessment (by D2 Concentrated Attention Test; sub-test Digit – WISC III; *Rey Auditory Verbal Learning Test*; and *Trail Making Test – Part A and B*) were carried out. Results indicated in the Case Group larger number of errors and larger oscillation amplitude of the concentrated visual attention, moreover 66,6% of the girls presented PTSD, confirming association between CSA and PTSD.

Keywords: sexual abuse; post-traumatic stress; cognitive functions.

Introdução

O abuso sexual infantil (ASI) pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, devido à alta prevalência (Pfeiffer & Salvagni, 2006) e a variedade das consequências emocionais, cognitivas e comportamentais negativas relacionadas a sua ocorrência (Famularo, Fenton, Kinscherff & Augustyn, 1996; Paolucci, Genius & Violato, 2001; Tyler, 2002). O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) tem sido apontado como a psicopatologia mais prevalente em crianças (Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman, 1998; Ruggiero, McLeer & Dixon, 2000) e em mulheres abusadas sexualmente (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

A prevalência deste transtorno pode variar entre 20 a 70% dos casos de crianças vítimas de ASI (Nurcombe, 2000), e mulheres molestadas sexualmente e vítimas de estupro na infância também tendem a apresentar elevada prevalência (Kessler & cols., 1995). Estes índices se mostram superiores àqueles encontrados na população em geral, em torno de 5% a 8% (DSM-IV-TR, APA, 2002), e se comparados à estimativa de que 5-6% dos homens e 10-14% das mulheres podem desenvolver o quadro de TEPT diante da exposição a eventos traumáticos (Breslau, 2002; Ozer & Weiss, 2004).

O diagnóstico de TEPT é realizado após a pessoa vivenciar, testemunhar ou ter sido confrontada com um ou mais eventos traumáticos (Critério A1) e reagir com intenso medo, pavor ou comportamento de esquiva (Critério A2). O TEPT é um transtorno de ansiedade, caracterizado pela presença de três categorias de sintomas: (a) re-experiência intrusiva (Critério B); (b) evitação e entorpecimento (Critério C); e (c) excitabilidade fisiológica aumentada (Critério D) (DSM-IV-TR, APA, 2002). Os sintomas devem estar presentes por um período superior a um mês (Critério E), após a exposição ao evento traumático, e estar interferindo em diferentes áreas do desenvolvimento infantil e provocando prejuízos no funcionamento cognitivo, emocional, social e acadêmico das crianças (Critério F).

Estudos têm apontado prejuízos neurobiológicos, tanto estruturais quanto funcionais, associados ao TEPT (Bremner & cols., 1997; Bremner & cols., 2003; De Bellis, Keshavan, Clark & cols., 1999; Horner & Hamner, 2002). De um modo geral, pesquisas de neuroimagem (MRI e PET) indicam a presença de prejuízos no hipocampo, hipotálamo, amígdala, córtex pré-frontal e giro cingulado anterior (Bremner, 1999; Bremner & cols., 2003; Wignall & cols., 2004). Estas regiões estão implicadas na regulação emocional, aprendizagem, memória, atenção e controle executivo (Horner & Hamner, 2002). Particularmente, em crianças vítimas de maus-tratos e que desenvolveram TEPT, tem sido observada redução do volume cerebral, do hipocampo, do corpo caloso, giro cingulado anterior, giro temporal superior e córtex pré-frontal, bem como aumento dos ventrículos laterais (De Bellis, Keshavan, Clark & cols., 1999; De Bellis, Keshavan, Frustaci & cols., 2002; De Bellis, Keshavan, Shifflett & cols., 2002). Mulheres vítimas de estupro e ASI, com TEPT, apresentaram redução bilateral do volume do hipocampo, sendo que a severidade do TEPT foi positivamente correlacionada a este resultado (Villarreal & cols., 2002). Em relação aos déficits cognitivos associado ao TEPT, os estudos indicam um baixo desempenho na memória verbal declarativa, memória imediata, habilidades visuoespaciais, atenção sustentada e em funções executivas (Bremner, Vermetten, Afzal & Vythilingam, 2004; Vasterling & cols., 2002; Yehuda, Golier, Halligan & Harvey, 2004). Crianças vítimas de maus-tratos tiveram um pior desempenho em tarefas de atenção e raciocínio/funções executivas (Beers & De Bellis, 2002). Em mulheres vítimas de ASI e com TEPT, pesquisas indicaram a presença de déficits na memória verbal declarativa e sugeriram que estes prejuízos podem estar associados à redução do volume do hipocampo, bem como a alterações no sistema hipocampo/córtex pré-frontal (Bremner & cols., 2003; Bremner & cols., 2004). Considerando os estudos revisados, observa-se uma forte associação entre eventos traumáticos, incluindo ASI, TEPT e alterações cognitivas.

Todavia, existem resultados controversos sobre os prejuízos cognitivos do TEPT. Por exemplo, não foi encontrada diferença significativa no desempenho de tarefas de atenção, memória e aprendizagem verbal em veteranos de guerra, com e sem TEPT (Neylan & cols.,

2004), nem correlação entre redução do volume do hipocampo e prejuízos na memória declarativa. Na mesma direção, apesar de mulheres vítimas de ASI apresentarem redução de 5% do volume do hipocampo esquerdo, esta não foi correlacionada a prejuízos na memória (Stein, Koverola, Hanna, Torchia & McClarty, 1997). Em outro estudo, não houve diferença no desempenho na memória auditiva e visual e nem no volume do hipocampo em mulheres vítimas de ASI com TEPT, quando comparadas a mulheres abusadas sem TEPT e grupo controle (Pederson & cols., 2004). Ressalta-se, ainda, que as divergências nos resultados de estudos neuropsicológicos sobre a memória podem estar relacionadas ao tipo de memória e ao tipo de instrumento neuropsicológico adotados na avaliação. Nesse sentido, na avaliação da memória em casos de TEPT, deve ser considerada a complexidade envolvida no processamento cognitivo da memória.

Considerando que a exposição a situações traumáticas na infância, como no caso de ASI, é um fator de risco para o desenvolvimento de TEPT, e que há uma lacuna na literatura sobre déficits cognitivos em crianças abusadas, este estudo investigou a manifestação do TEPT e o desempenho em tarefas de memória, atenção e flexibilidade cognitiva/funções executivas, em um grupo de meninas vítimas de ASI.

Método

Participantes

Participaram deste estudo clínico caso-controle 28 meninas, subdivididas em dois grupos: 12 vítimas de abuso sexual (Grupo Caso), e 16 não-vítimas de abuso sexual (Grupo Controle). Os critérios de inclusão do Grupo Caso foram: (a) ter sido vítima de abuso sexual intra e/ou extrafamiliar; (b) estar em avaliação e/ou atendimento psicológico até a quarta sessão; (c) ter tido o último episódio de ASI há mais de um mês; e (d) ter um cuidador responsável não-abusador que participasse da pesquisa. Os critérios de exclusão para a amostra total foram apresentar: (a) transtornos mentais graves; (b) histórico de problemas neurológicos; (c) nível de inteligência abaixo da média esperada para a faixa etária; e (d) algum evento traumático no período inferior a quatro semanas. Nenhuma participante fazia uso de medicação psicotrópica.

As meninas do Grupo Caso estavam em avaliação e/ou atendimento em três serviços de referência na área do ASI, sendo dois localizados em um hospital público de Porto Alegre/RS e o terceiro em um centro de atendimento e pesquisa de uma universidade, na região metropolitana de Porto Alegre/RS. Para o presente estudo, a definição adotada referente ao ASI envolve desde atos em que não exista contato sexual aos diferentes atos com contato sexual, sem penetração ou com penetração, entre uma criança e outra pessoa em estágio de desenvolvimento psicossocial superior ao da vítima (Marques, 1994). A suspeita e/ou a ocorrência de abuso sexual foi avaliada pela equipe técnica local e, após esta avaliação, eram discutidos os casos confirmados, observando se os mesmos se enquadravam nos critérios de composição da amostra.

No Grupo Caso, a maioria das participantes era proveniente de Porto Alegre (75%), sendo que as demais residiam em municípios da região metropolitana (25%). A idade variou de oito a treze anos ($M=10,3$ anos; $DP=1,68$ anos) e a escolaridade variou entre a

primeira e sexta série do Ensino Fundamental. A idade de início do ASI variou de quatro a 13 anos de idade ($M=8,3$ anos; $DP=2,52$ anos) e a duração do ASI variou entre episódio único e quatro anos ($M=9,17$ meses; $DP=14,53$ meses). A maioria dos abusos envolveu episódios múltiplos (66,7%), sendo que em 58,3% dos casos houve intercurso sexual completo e, em 41,7% dos casos, o ASI foi caracterizado por toques e carícias. A maioria dos casos foi de abusos sexuais intrafamiliares (58%), sendo que o padrasto (25%), o pai (16,7%) e o avô materno (16,7%) foram citados como os principais abusadores. Em quatro casos (33,3%) houve abuso sexual extrafamiliar.

As meninas do Grupo Controle foram selecionadas em duas escolas públicas de Porto Alegre/RS, procurando um emparelhamento por idade e escolaridade com o Grupo Caso. Os critérios de inclusão do Grupo Controle foram: (a) não ter sido vítima de ASI; (b) não ter TEPT; e (c) ter um cuidador responsável que participasse do estudo. A idade variou de oito a doze anos ($M=9,5$ anos; $DP=1,34$ anos) e a escolaridade variou da segunda à sétima série do Ensino Fundamental.

Para avaliação de uma estimativa de inteligência, como critério de exclusão, foram utilizados os subtestes Cubos e Vocabulário da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III; Figueiredo, 2002). O resultado bruto destes subtestes foi avaliado de acordo com cada faixa etária e convertido em pontos ponderados. Conforme proposto no manual, os escores dos 12 subtestes que compõem este instrumento foram ajustados para uma escala média de dez pontos e desvio-padrão de três pontos ponderados. A média de pontos ponderados no subteste Cubos do Grupo Caso foi de 8,75 ($DP=2,42$) e do Grupo Controle foi de 11,06 ($DP=3,13$); e no subteste Vocabulário a média foi de 15,42 ($DP=2,81$) no Grupo Caso e de 16,31 ($DP=2,30$) no Grupo Controle. Embora tenha sido observada diferença significativa entre os grupos no subteste Cubos ($U=51$; $p=0,035$), estes resultados indicaram estimativa de inteligência correspondente à faixa etária para todas participantes.

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Foi realizada uma avaliação clínica e uma breve avaliação neuropsicológica, através de entrevistas e aplicação de instrumentos às participantes do estudo e suas mães. Os instrumentos foram aplicados individualmente nos serviços de atendimento (Grupo Caso) e nas escolas (Grupo Controle).

Avaliação clínica

A avaliação dos sintomas de TEPT e das comorbidades psiquiátricas foi realizada através dos seguintes instrumentos: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* (K-SADS-PL; Brasil, 2003) e do Inventário de Depressão Infantil (CDI; Kovacs, 1992). Foram realizadas duas sessões junto à mãe e/ou responsável pela criança, sendo utilizado inicialmente um Questionário sobre Saúde e Dados Demográficos. Em seguida, foi aplicada a K-SADS-PL (Brasil, 2003), para avaliação do TEPT e a versão brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Epidemiological version for School-Age* (K-SADS-E; Mercadante & cols., 1995) para a avaliação dos quadros psiquiátricos comórbidos. Para as mães do grupo controle foi utilizada a entrevista clínica de TEPT (K-SADS-PL) e uma adaptação do Questionário sobre Saúde e Dados Demográficos.

Com as meninas, de ambos os grupos, foram aplicados os critérios diagnósticos da K-SADS-PL para TEPT e o CDI. A entrevista clínica foi realizada num período que variou entre um mês e quatro meses, após o último episódio de ASI. O diagnóstico de TEPT foi avaliado quanto à presença de diagnóstico atual do transtorno, sendo que se optou em estabelecer a data do último abuso sexual sofrido como ponto de corte, e quanto à presença de TEPT no momento passado (anterior ao abuso). Foi utilizada a lista de eventos traumáticos, propostos pela K-SADS-PL, como medida de avaliação de outras situações estressoras que pudessem contribuir na etiologia do TEPT.

Avaliação neuropsicológica

Para a avaliação das funções cognitivas (memória, atenção e flexibilidade cognitiva/ funções executivas), foram administrados os instrumentos neuropsicológicos descritos a seguir:

1. Teste d2 de Atenção Concentrada (Brickenkamp, 2000). Avalia atenção visual concentrada, capacidade de concentração e análise da flutuação da atenção. Para este estudo foram considerados o resultado bruto (RB), ou seja, o número total de sinais examinados, indicando a rapidez do desempenho no teste; o total de erros (TE), apontando a soma dos erros das 14 linhas do teste; a porcentagem de erros (E%); o tipo de erros (omissão e trocas); o cálculo do resultado líquido (RL), que corresponde ao total de acertos ou desempenho total; e o cálculo da amplitude de oscilação do desempenho (AO), que se refere a diferença entre a maior e menor quantidade de sinais marcados ao longo do teste. Ainda, foi considerada a distribuição de erros ao longo das 14 linhas (1-4, 5-10 e 11-14).

2. Subteste Dígitos (Ordem direta e inversa) da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III; Figueiredo, 2002). Avalia memória de trabalho e atenção auditiva. Nas análises foi considerada a pontuação da ordem direta, da ordem inversa e do total de pontos. O escore refere-se ao número de sequências de dígitos verbalizadas corretamente pela participante. Posteriormente, foi analisada a sequência com maior número de dígitos repetidos corretamente (SPAN Dígitos).

3. *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT; Wiens, McMinn & Crossen, citado em Costa, Azambuja, Portuguese & Costa, 2004). É uma medida de avaliação da memória verbal declarativa e aprendizagem verbal. Para o presente estudo, as análises foram baseadas na aprendizagem verbal (soma total das Linhas A1 a A5), interferência, evocação imediata (A6) e evocação tardia (A7) (30 minutos). O escore é o número de palavras evocadas corretamente.

4. *Trail Making Test (Part A and B)*; Lezak, 1995). A parte A avalia atenção visual e habilidade motora e a parte B atenção dividida, sequência e flexibilidade cognitiva (funções executivas). Para as análises deste estudo foi adotado o tempo total, em segundos, utilizado para concluir o teste.

Questões éticas

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais

e/ou responsáveis legais pelas meninas e também foi solicitada a cada participante a concordância em participar da pesquisa.

Não foi realizada nenhuma entrevista a fim de abordar as características do ASI, diretamente com as meninas, buscando evitar dano psicológico diante de um novo relato da experiência. Tais informações foram avaliadas através da entrevista com a mãe e/ou responsável e por dados do prontuário. Além disso, todas as participantes deste estudo receberam atendimento psicológico, no próprio local da entrevista ou na rede de saúde.

Crerios de análise dos dados

A análise dos dados consistiu em procedimentos descritivos e cálculo de frequência para as variáveis sociodemográficas da amostra e para as variáveis relacionadas ao ASI. As diferenças entre os grupos nos testes neuropsicológicos e no CDI foram calculadas através do Teste *U* de *Wilcoxon-Mann-Whitney*. Cálculo de correlação para as variáveis de interesse foi realizado através do Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Para as análises estatísticas foi estabelecida a probabilidade de erro calculada em 0,05. Os dados foram analisados no *SPSS for Windows* (versão 13.0).

Resultados

Avaliação clínica (TEPT, CDI e comorbidades psiquiátricas)

O diagnóstico atual de TEPT foi encontrado em oito das 12 participantes do Grupo Caso (66,67%). De um modo geral, todas as meninas vítimas de ASI apresentavam elevados sintomas de TEPT, sendo que nos casos em que não foi observado o diagnóstico completo poder-se-ia sugerir a presença de TEPT parcial. A análise dos sintomas de TEPT atual, conforme as três categorias do transtorno do DSM-IV (revivência, evitação e hiperexcitabilidade fisiológica), indicou uma frequência maior dos sintomas do Critério D ($M=4,08$; $DP=1,83$), se comparada ao Critério B ($M=2,75$; $DP=0,97$) e ao Critério C ($M=2,75$; $DP=1,29$). Sintomas de insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração e hipervigilância foram mais predominantes neste grupo. Em dois casos foi identificada a presença de TEPT no momento anterior ao abuso, sendo que esta foi associada à ocorrência de violência doméstica.

No Grupo Caso, foram relatados outros eventos estressores, além da situação do abuso sexual, o que poderia estar contribuindo na manifestação do quadro atual de TEPT. Os eventos mais citados pelas participantes foram ser informada de alguma notícia traumática (50%), ser testemunha de violência urbana (50%) e testemunhar violência doméstica (58,3%). Estes ocorreram num período superior a um mês e, em alguns casos, antes da ocorrência do abuso. Ressalta-se que o ASI foi citado como o “pior evento traumático” em 83,3% dos casos. No Grupo Controle, nenhuma participante apresentava o diagnóstico de TEPT, apesar de também terem sido expostas a situações estressoras, tais como: ser informado de alguma notícia traumática (37,5%); testemunhar violência doméstica (18,8%); e ser vítima de violência urbana (12,5%).

Em relação à pontuação no CDI, foi apontada uma diferença marginalmente significativa ($U=54,5$; $p=0,053$), indicando que a média do Grupo Caso ($M=10,92$; $DP=6,63$) foi superior

ao Grupo Controle ($M=6,54$; $DP=4,43$). Através da K-SADS-E foram encontradas as seguintes comorbidades psiquiátricas no Grupo Caso: Transtorno de Ansiedade Generalizada ($n=5$), Transtorno de Ansiedade de Separação ($n=2$), Fobia Social ($n=2$), Depressão Maior ($n=3$) e Enurese ($n=1$). Em dois casos foi observada a presença de sintomas severos de TEPT atual e de depressão, sendo que uma participante pontuou um escore total de 29 pontos no CDI. Tal pontuação é considerada acima do ponto de corte sugerido por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), de 17 pontos, em estudo de adaptação do CDI para o Brasil, indicando a necessidade de uma avaliação clínica para o quadro de depressão infantil. O estudo de Wathier, Dell’Aglío e Bandeira (2008) indicou uma média de 11,95 pontos para crianças e adolescentes, sendo que o escore de 29 pontos seria classificado no percentil 99 (a partir do percentil 85 deve ser considerado clinicamente significativo para depressão).

Avaliação neuropsicológica

A Tabela 1 apresenta as médias, desvios-padrão e o valor do nível de significância obtido pelos grupos nos testes neuropsicológicos. Em relação ao desempenho no Teste d2 (atenção visual concentrada), não foi observada diferença no resultado bruto (d2 RB) e no cálculo do resultado líquido (d2 RL) entre os grupos, mas houve diferença significativa no total de erros (d2 TE), na porcentagem de erros (d2 E%) e na amplitude de oscilação (AO), com maiores escores no Grupo Caso. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos erros do tipo I (omissão), dos erros do tipo II (trocas) e a soma de erros cometidos nas linhas 1-4, 5-10 e 11-14. Houve diferença significativa no tipo de erros, particularmente na omissão, bem como uma maior distribuição de erros cometidos nas primeiras linhas (1 a 10). Estes dados indicam que, embora, o Grupo Caso tenha apresentado uma maior rapidez na tarefa (Teste d2), esta não foi acompanhada pela precisão, devido a um maior número de erros. Nos demais instrumentos não foi observada diferença significativa entre os grupos.

Tabela 1 - Resultados da avaliação neuropsicológica por grupo

Instrumentos	Grupo ASI M (DP)	Grupo Controle M (DP)	Mann-Whitney
d2 RB	296,75 (128,19)	263,19(67,27)	$U=87,5$; $p=0,693$
d2 TE	55,08(56,49)	21,50(11,87)	$U=37,5$; $p=0,007^*$
d2 E %	14,82(9,20)	8,58(4,90)	$U=51,0$; $p=0,037^*$
d2 RL	241,50(78,96)	242,31(69,92)	$U=90,5$; $p=0,798$
d2 AO	21,67(22,40)	10,38(5,51)	$U=52,5$; $p=0,043^*$
Dígitos Ordem Direta (WISC-III)	5,75(1,36)	6,38(1,15)	$U=72,0$; $p=0,252$
Dígitos Ordem Inversa (WISC-III)	3,33(1,30)	3,81(1,05)	$U=71,5$; $p=0,240$
Dígitos Total (WISC-III)	9,08(2,15)	10,19(1,80)	$U=61,5$; $p=0,103$
RAVLT Total (A1-A5)	51,58(6,75)	52,00(13,27)	$U=80,5$; $p=0,470$
RAVLT Interferência	5,44(1,42)	6,31(2,30)	$U=59,0$; $p=0,454$
RAVLT A6 (Evocação imediata)	10,22(2,11)	11,81(2,79)	$U=47,0$; $p=0,153$
RAVLT A7 (Evocação tardia)	10,67(1,80)	11,75(2,96)	$U=49,5$; $p=0,196$
Trail A (Total de segundos)	50,08(11,87)	63,94(25,40)	$U=68,0$; $p=0,193$
Trail B (Total de segundos)	122,00(23,15)	133,06(51,67)	$U=89,0$; $p=0,745$

Nota. * $p < 0,05$; d2 RB=Resultado Bruto do Teste d2; d2 TE=Total de Erros do Teste d2; d2 E%=Porcentagem de Erros do Teste d2; d2 RL=Cálculo do Resultado Líquido do Teste d2; d2 AO=Amplitude de Oscilação do Desempenho do Teste d2; WISC-III=Escala de Inteligência Wechsler para Crianças Terceira Edição; RAVLT=Rey Auditory Verbal Learning Test; RAVLT A1-A5=Total de pontos das lista 1 a lista 5; RAVLT A6=Total de palavras na recuperação imediata, após lista de interferência; RAVLT A7=Total de palavras após recuperação tardia (30 minutos); Trail A=Trail Making Test Part A; Trail B=Trail Making Test Part B.

Tabela 2 – Distribuição de Erros no Teste d2 Atenção Concentrada por Grupos.

Distribuição de erros	Grupo ASI M (DP)	Grupo Controle M (DP)	Mann-Whitney
d2 erro tipo I (Omissão)	32,42(47,56)	10,63(9,20)	$U=42,5; p=0,013^*$
d2 erro tipo II (Trocadas)	22,67(32,94)	10,88(6,47)	$U=73,5; p=0,295$
d2 linha 1-4	19,17(14,73)	7,00(5,20)	$U=26,5; p=0,001^*$
d2 linha 5-10	22,67(28,45)	8,06(5,31)	$U=47,0; p=0,022^*$
d2 linha 11-14	13,42(15,11)	6,38(5,12)	$U=71,5; p=0,252$

Nota. * $p < 0,05$.

Análises de correlação

Foram realizadas análises, considerando o Grupo Caso, e incluindo as seguintes variáveis: (a) resultados dos testes neuropsicológicos; (b) o número total de sintomas de TEPT; (c) o número total de sintomas por critério (Critério B, C e D); (d) escore total no CDI; e (e) variáveis do ASI (idade de início e tempo de duração). Os resultados indicaram correlação significativa entre os sintomas do Critério B (revivência) ($r_s = .629; p < 0,05$) e os sintomas do Critério C (evitação) ($r_s = .602; p < 0,05$) do TEPT e a distribuição de erros nas linhas 1 a 4 (Teste d2), indicando que uma maior manifestação destes sintomas parece estar associada a uma maior ocorrência de erros. Houve correlação entre o escore total no CDI e os erros no Teste d2. Assim, foi encontrada uma correlação significativa entre o CDI e d2 TE ($r_s = .580; p < 0,05$) e entre o CDI e d2 AO ($r_s = .620; p < 0,05$). Ainda, uma correlação ente o CDI e a distribuição de erros nas linhas 1 a 4 ($r_s = .741; p < 0,01$) foi observada. Estas correlações indicam que quanto maior o escore no CDI maior foi a quantidade de erros no Teste d2.

Discussão

Este estudo investigou a presença de sintomas de TEPT e o desempenho em tarefas de atenção, memória e flexibilidade cognitiva/funções executivas em um grupo de meninas vítimas de ASI. Os resultados apontaram uma alta manifestação de TEPT (66,6%), confirmando estudos que indicam que este é o quadro psicopatológico mais frequente em casos de ASI (Ackerman & cols., 1998; Kendall-Tackett, Williams & Finkellor, 1993; Ruggiero & cols., 2000). Além disso, houve uma maior frequência de sintomas do Critério D (insônia, hipervigilância, dificuldade de concentração) entre as meninas com TEPT no Grupo Caso.

Ressalta-se a sobreposição de outras categorias de maus-tratos e de eventos estressores na etiologia do TEPT, no Grupo Caso. Crianças vítimas de ASI tendem a ser expostas a uma sobreposição de traumas no contexto familiar, incluindo abuso psicológico, abuso físico, negligência, abandono e conflitos conjugais (Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005), contribuindo para a cronificação dos sintomas de TEPT e aumentando o risco a um pior ajustamento psicológico. Nesse sentido, a exposição prévia a situações estressoras pode aumentar a vulnerabilidade da criança em desenvolver um quadro de TEPT, na ocorrência do ASI.



Em relação ao CDI, houve uma diferença marginal entre os dois grupos, sendo que o Grupo Caso apresentou um escore superior ao Grupo Controle. Além disso, a entrevista clínica indicou a presença de comorbidades relacionadas ao TEPT, especialmente Depressão e Transtornos de Ansiedade, corroborando a literatura (Ackerman & cols., 1998; Famularo & cols., 1996; Kendall-Tackett & cols., 1993). Este dado suporta a evidência que transtornos internalizantes são frequentes entre meninas vítimas de ASI, bem como que Depressão e Ansiedade são os transtornos mais coocorrentes ao TEPT (Ackerman & cols., 1998). Elevadas taxas de comorbidade entre as vítimas com TEPT podem estar relacionadas tanto a uma história prévia de transtornos mentais, que pode aumentar o risco para a ocorrência de TEPT, quanto ao TEPT ser um fator de risco para o desenvolvimento de outros transtornos (Margis, 2003).

Em relação às funções cognitivas de interesse, os processos atencionais foram avaliados a partir de tarefas de atenção visual concentrada, atenção auditiva e atenção dividida. Não foi encontrada diferença no desempenho das tarefas de atenção visual simples, atenção auditiva e de atenção dividida entre os grupos. Além disso, não houve diferença entre os grupos na rapidez do desempenho e desempenho total no Teste d2. Ao considerar, então, apenas este resultado, não se observou prejuízo na atenção nestas meninas vítimas de ASI e com sintomas de TEPT. No entanto, diferença significativa foi encontrada entre os grupos no total de erros, porcentagem de erros e na amplitude de oscilação na tarefa de atenção visual concentrada, sendo estes aspectos mais elevados no Grupo Caso. Sobretudo, ressalta-se um maior predomínio de erros do tipo omissão, uma maior distribuição de erros nas primeiras linhas do Teste d2. Este resultado corrobora o estudo de Koso e Hansen (2006), com uma amostra de veteranos de guerra com TEPT, que encontraram maior presença de erros do tipo omissão em uma tarefa de atenção concentrada. Como hipótese, o desempenho na atenção nos casos de TEPT pode estar associado à disfunção do córtex frontal e de suas conexões com o sistema límbico (Koenen & cols., 2001; Kristensen, 2005; Vasterling & cols., 2002).

Ainda, em relação aos erros no Teste d2, três pontos podem ser destacados. Primeiro, uma grande variação no desempenho do d2 foi observada no Grupo Caso, sendo que o total de erros variou entre cinco e 204. Particularmente, duas participantes com sintomas mais severos de TEPT e maior pontuação no CDI, contribuíram para aumentar tanto a média total de erros quanto a variabilidade da distribuição dos erros. Sendo assim, este resultado pode estar enviesado pelo desempenho destas duas participantes. Contudo, buscou-se manter estas duas participantes, pois apresentavam os critérios de inclusão e exemplificam de forma clara as consequências do ASI.

Segundo, embora não tenha sido encontrada uma relação entre o diagnóstico atual de TEPT e as tarefas cognitivas, pode-se discutir a relação de aspectos específicos deste transtorno sobre o maior número de erros na tarefa de atenção concentrada. Conforme citado anteriormente, neste estudo, houve uma correlação significativa entre o critério B (revivência) e o critério C (evitação e embotamento afetivo) do TEPT e maior número de erros no Teste d2. O terceiro ponto a ser destacado se refere à associação entre o CDI e o total de erros no d2, indicando que um escore maior no CDI contribui para um maior número de erros no Teste d2. Nesse sentido, sintomas do critério C do TEPT, envolvendo dificuldades relacionadas a aspectos depressivos, como por exemplo, interesse diminuído

em atividades habituais, sentimentos de estar sozinho ou isolado das figuras afetivas, embotamento afetivo e visão negativa do futuro e, maior escore no CDI, parecem contribuir para um maior número de erros. Desta forma, estudos futuros podem investigar melhor as relações entre depressão e prejuízos funcionais em casos de vítimas de ASI, uma vez que há uma alta comorbidade entre TEPT e Depressão (Berlim, Perizzolo & Fleck, 2003; Breslau, Davis, Peterson & Schultz, 2000). Aspectos neuropsicológicos da depressão foram apontados por Rozenthal, Laks e Engelhard (2004), indicando alterações na atenção sustentada, no controle inibitório e na capacidade de alternância de foco atencivo.

Em relação à avaliação da memória declarativa e aprendizagem verbal, bem como a memória de trabalho, não foram apontadas diferenças entre os grupos. Este resultado difere da literatura, uma vez que déficits na memória são tradicionalmente encontrados em vítimas de TEPT (Bremner & cols., 2004; Yehuda & cols., 2004). Em relação à velocidade motora e à capacidade de flexibilidade mental/funções executivas, os resultados não indicaram diferença significativa entre os grupos. A falta de diferença entre os grupos nestas tarefas cognitivas pode estar relacionada ao tamanho pequeno e a heterogeneidade da amostra. Particularmente, no Grupo Caso foi observada uma grande variação na presença de sintomas de TEPT, idade de início e duração do ASI.

Considerações finais

A exposição ao ASI torna-se um fator de risco para o desenvolvimento do TEPT. Fatores de risco individuais e familiares e as reações imediatas, após o trauma, podem contribuir para o desenvolvimento de TEPT, aumentando sua prevalência. Todavia, destaca-se que o ASI está associado a uma variedade de conseqüências emocionais e comportamentais, não se restringindo ao TEPT (Kendall-Tackett & cols., 1993; Tyler, 2002). Nesse sentido, a presença de comorbidade psiquiátrica associada ao TEPT corrobora o Modelo Multifacetado do Trauma, mais do que uma síndrome específica do ASI (Kendall-Tackett & cols., 1993; Paolucci & cols., 2001). Ainda, sugere a necessidade de avaliação psicológica mais extensiva e especializada nos casos de ASI (Famularo & cols., 1996), uma vez que a demora em diagnosticar corretamente o TEPT pode aumentar o risco de cronificação deste quadro (Margis, 2003).

Embora não se tenha observado prejuízos nas funções cognitivas avaliadas neste estudo, uma maior presença de erros do tipo omissão e maior oscilação da atenção visual concentrada foram observadas no grupo de meninas vítimas de ASI. Pesquisas neurobiológicas e neuropsicológicas do TEPT sugerem que as memórias intrusivas do trauma são acompanhadas de altos níveis de excitabilidade fisiológica, as quais ativam o hipocampo, a amígdala, o lobo temporal inferior, o córtex pré-frontal (CPF) e o eixo HHA (Elzinga & Bremner, 2002; Pine, 2003). Falhas na inibição dos estímulos cognitivos, baixa capacidade de inibição emocional, maior presença de lembranças intrusivas e déficits de atenção sustentada foram relacionadas aos prejuízos no funcionamento do CPF em casos de TEPT (Elzinga & Bremner, 2002). Nesse sentido, uma maior investigação sobre prejuízos estruturais e funcionais das áreas cerebrais envolvidas no processamento da memória traumática e nas respostas de medo pode fortalecer a interação entre trauma e psicopatologias (Pine, 2003). Pesquisas futuras



podem contribuir à investigação de como os processos atencionais encontram-se alterados e/ou preservados quando associados ao TEPT. Estudos sugerem que uma avaliação persistente de estímulos ameaçadores pode justificar a presença dos déficits atencionais (Pine, 2003) e que as funções cognitivas prejudicadas neste transtorno são dependentes do funcionamento executivo (Kristensen, Parente & Kaszniak, 2006). Apesar de a memória ser a função cognitiva mais amplamente estudada, pesquisas atuais enfatizam a atenção na investigação dos prejuízos neuropsicológicos do TEPT (Koenen & cols., 2001; Kristensen, 2005). Desta forma, o estudo da atenção pode contribuir para uma maior compreensão de como esta função encontra-se associada aos demais sistemas cognitivos envolvidos no TEPT.

A literatura tem apontado que eventos traumáticos na infância, ao se caracterizarem de forma crônica, podem interferir no processo de maturação e organização cerebral, devido à hiperativação crônica dos sistemas neurais de respostas ao estresse (Bremner, 1999; Glaser, 2000). Nesse sentido, novas pesquisas, com delineamento longitudinal, podem contribuir para uma maior compreensão dos efeitos a longo prazo do estresse e do trauma na infância. Além disso, devem esclarecer se as alterações neurobiológicas do TEPT são resultados da exposição ao estresse ou se refletem vulnerabilidades pré-mórbidas (Vasterling & cols., 2002). Uma maior integração entre as pesquisas clínicas e os estudos das alterações neurobiológicas do trauma também se faz necessária. Ainda, discute-se a necessidade de intervenções psicológicas rápidas e efetivas à fase aguda do TEPT, bem como do fortalecimento de fatores de proteção (como, por exemplo, o vínculo afetivo seguro com cuidador não-abusador), que possam mitigar os efeitos adversos do estresse (Heller, Larrieu, D'Imperio & Boris, 1999; Spaccarelli & Kim, 1995).

Algumas limitações podem ser apontadas neste estudo. O tamanho pequeno e a especificidade da amostra (meninas vítimas de ASI e contexto clínico) não possibilitam a generalização dos resultados. Uma maior manifestação de TEPT é esperada em amostras clínicas. A alta comorbidade psiquiátrica do TEPT e a necessidade do uso de uma bateria neuropsicológica completa, em contrapartida ao uso de testes neuropsicológicos isolados, são limitações dos estudos neuropsicológicos do TEPT (Danckwerts & Leathem, 2003; Pine, 2003). Da mesma forma, a falta de instrumentos padronizados e validados no nosso país, para a avaliação da memória e de funções executivas, na infância, limita a avaliação destas funções na pesquisa e na clínica. Considera-se importante o uso de algum instrumento de avaliação da memória emocional nas pesquisas futuras sobre as relações entre ASI e funções cognitivas. Ainda, menciona-se a influência dos estados motivacionais nos resultados da avaliação neuropsicológica, principalmente, em tarefas de longa duração, como o Teste d2.

Resumindo, os resultados deste estudo indicam uma alta manifestação de TEPT e um maior número de erros e maior amplitude de oscilação da atenção visual concentrada no Grupo Caso. Nesse sentido, o ASI pode constituir-se como um fator de risco para o desenvolvimento infantil, incluindo alterações no funcionamento cognitivo, principalmente quando associado ao TEPT e aos sintomas de depressão. Discute-se a necessidade de pesquisas futuras que investiguem os efeitos em longo prazo do estresse e do trauma na infância no neurodesenvolvimento e a manutenção ou redução dos prejuízos cognitivos do ASI na vida adulta. Além disso, os resultados das pesquisas clínicas e de neuroimagem

sobre a psicobiologia do estresse podem fortalecer uma maior compreensão de como estes componentes interagem, manifestando-se através dos sintomas comportamentais e emocionais. Finalmente, pesquisas futuras podem avaliar se as diferenças no desempenho cognitivo de crianças vítimas de ASI são resultantes do próprio abuso, do TEPT, dos sintomas de depressão e/ou da junção destas variáveis.

Referências

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed. revised). Washington, DC: APA.
- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159 (3), 483-486.
- Berlim, M., Perizzolo, J., & Fleck, M. P. A. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Supl I), 51-54.
- Brasil, H. H. A. (2003). *Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) e estudo de suas propriedades psicométricas*. Tese de Doutorado (não-publicada). Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP.
- Bremner, J. D. (1999). Does stress damage the brain? *Biological Psychiatry*, 45(7), 797-805.
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., Capelli, S., McCarthy, G., Innis, R. B., & Charney, D. S. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse – A preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41(1), 23-32.
- Bremner, J. D., Vermetten, E., Afzal, N., & Wythilingam, M. (2004). Deficits in verbal declarative memory function in women with childhood sexual abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(10), 643-649.
- Bremner, J. D., Wythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Nazeer, A., Khan, S., Vaccarino, L. V., Soufer, R., & Garg, P. K. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 924-932.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 923-929.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-Major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48(9), 902-909.

- Brickenkamp, R. (2000). *Teste d2 de atenção concentrada: manual, instruções, avaliação e interpretação*. São Paulo: CETEPP.
- Costa, D. I., Azambuja, L. S., Portuguez, M. W., & Costa, J. C. (2004). Avaliação neuropsicológica da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2 Supl), 111-116.
- Danckwerts, A., & Leathem, J. (2003). Questioning the link between PTSD and cognitive dysfunction. *Neuropsychology Review*, 13(4), 221-234.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., Frustaci, K., & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II: brain development. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271-1284.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Frustaci, K., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., & Hall, J. (2002). Superior temporal gyrus volumes in maltreated children and adolescents with PTSD. *Biological Psychiatry*, 51(7), 544-552.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., Hall, J., & Moritz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry*, 52(11), 1066-1078.
- Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *Journal of Affective Disorders*, 70(1), 1-17.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20(10), 953-961.
- Figueiredo, V. L. M. (2002). *Escala de inteligência Wechsler para crianças (WISC-III). Adaptação e padronização brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97-116.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-3459.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348.
- Heller, S. S., Larrieu, J. A., D'Imperio, R., & Boris, N. W. (1999). Research on resilience to child maltreatment: empirical considerations. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 321-338.
- Horner, M. D., & Hamner, M. B. (2002). Neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology Review*, 12(1), 15-30.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Koenen, K. C., Driver, K. L., Oscar-Berman, M., Wolfe, J., Folsom, S., Huang, M. T., &

- Schlesinger, L. (2001). Measures of prefrontal system dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Brain and Cognition*, 45(1), 64-78.
- Koso, M., & Hansen, S. (2006). Executive function and memory in posttraumatic stress disorder: A study of Bosnian war veterans. *European Psychiatry*, 21(3), 167-173.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kristensen, C. H. (2005). *Estresse Pós-Traumático: sintomatologia e funcionamento cognitivo*. Tese de Doutorado (não-publicada). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. P., & Kaszniak, A. W. (2006). Transtorno de estresse pós-traumático e funções cognitivas. *Psico-USF*, 11(1), 17-23.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3ª. ed.). Nova York: Oxford University.
- Margis, R. (2003) Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: Regra ou exceção? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Supl I), 17-20.
- Marques, M. B. (1994). *Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Mercadante, M. T., Asbahr, F., Rosário, M.C., Ayres, A. M., Karman, L., Ferrari, M. C., Assumpção, F. B., & Miguel, E. C. (1995). *K-SADS, Entrevista semiestruturada para diagnóstico em psiquiatria da infância, versão epidemiológica*. São Paulo: PROTOC.
- Neylan, T. C., Lenoci, M., Rothlind, J., Metzler, T. J., Schuff, N., & Du, A., Franklin, K., Weiss, D. S., Weiner, M. W., & Marmar, C. R. (2004). Attention, learning, and memory in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 41-46.
- Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 85-91.
- Ozer, E. J., & Weiss, D. S. (2004). Who develops posttraumatic stress disorder? *Current Directions in Psychological Science*, 13(4), 169-172.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135(1), 17-36.
- Pederson, C. L., Maurer, S. H., Kaminski, P. L., Zander, K. A., Peters, C. M., Stokes-Crowe, L. A., & Osborn, R. E. (2004). Hippocampal volume and memory performance in a community-based sample of women with posttraumatic stress disorder secondary to child abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 37-40.
- Pfeiffer, L., & Salvagni, E. P. (2006). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 81(5 Supl.), 197-204.
- Pine, D. S. (2003). Developmental psychobiology and response to threats: Relevance to trauma in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 53(9), 796-808.
- Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2), 204-212.
- Ruggiero, K. J., McLeer, S. V., & Dixon, J. F. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 951-964.
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abuse girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1171-1182.

- Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G., & McClarty, B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine*, 27(4), 951-959.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: a review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 567-589.
- Vasterling, J. J., Duke, L., Brailey, K., Constans, J., Allain, A., & Sutker, P. B. (2002). Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Neuropsychology*, 16(1), 5-14.
- Villarreal, G., Hamilton, D. A., Petropoulos, H., Driscoll, I., Rowland, L. M., Griego, J. A., Kodituwakku, P. W., Hart, B. L., Escalona, R., & Brooks, W. M. (2002). Reduce hippocampal volume and total white matter volume in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 52(2), 119-125.
- Wathier, J. L., Dell'aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do inventário de dLepressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.
- Wignall, E. L., Dickson, J. M., Vaughan, P., Farrow, T. F. D., Wilkinson, I. D., Hunter, M. D., & Woodruff, P. W. R. (2004). Smaller hippocampal volume in patients with recent-onset posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 56(11), 832-836.
- Yehuda, R., Golier, J. A., Halligan, S. L., & Harvey, P. D. (2004). Learning and memory in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 55(3), 291-295.

Recebido em outubro de 2007

Aprovado em dezembro de 2008

Jeane Lessinger Borges: psicóloga; mestre em Psicologia (UFRGS).

Débora Dalbosco Dell'Aglio: mestre e doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS); docente do PPG em Psicologia (UFRGS).

Endereço para correspondência: jelessinger@ig.com.br

*O presente artigo é parte da Dissertação de Mestrado da primeira autora, realizado sob orientação da segunda autora. A Dissertação é intitulada de "Abuso sexual infantil: Consequências cognitivas e emocionais", desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). As autoras agradecem a dedicação de Ana Paula Zoltowski, Ana Paula Zucatti, Nithiane Farias e Franciane Schmitz para a realização desta pesquisa, alunas de Iniciação Científica do Curso de Psicologia da UFRGS. Apoio: CNPq.