



CIÊNCIA E TECNOLOGIA:
IMPLICAÇÕES NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

FEPEG

F Ó R U M
ENSINO • PESQUISA • EXTENSÃO • GESTÃO

REALIZAÇÃO:



APOIO:



ISSN: 1806-549X

TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: UMA REVISÃO SOBRE OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E ALGUMAS TÉCNICAS DE TRATAMENTO

Autores: FLAVIO GABRIEL BARBOSA MENDES, AGNER DE SOUZA ARCE, JOÃO PEDRO CHIARA ALVES, LUCINÉIA DE FÁTIMA BARBOSA MENDES, LUIZ CLÁUDIO SILVA SANTOS, THOMÁS BARBOSA MENDES

Introdução

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) pode ser compreendido como uma modificação da ansiedade caracterizada por sinais e sintomas físicos, psíquicos e emocionais. Trata-se de um distúrbio que se caracteriza pela dificuldade do indivíduo em se recuperar depois de ter vivenciado ou testemunhado um acontecimento assustador, como atos violentos ou eventos traumáticos que caracterizaram ameaça à sua vida ou à de terceiros. A sintomatologia compreende revivescência, fuga de situações que relembram o trauma, reações exageradas a estímulos, ansiedade e humor deprimido. Tal sintomatologia está relacionada, entre outros aspectos, ao fato de o cidadão recordar o fato e reviver o episódio como se o mesmo ocorresse naquele momento, sentindo a mesma dor e o mesmo sofrimento vivenciados na primeira vez. O presente trabalho objetiva abordar o diagnóstico do TEPT e algumas condutas adequadas para o tratamento do paciente com tal distúrbio.

Material e métodos

Este trabalho aborda o TEPT, como diagnosticá-lo e algumas condutas para o tratamento de pacientes com tal distúrbio. A pesquisa baseia-se em revisão bibliográfica. Foram consultados artigos, manuais, anais de eventos, periódicos que versam sobre o TEPT, para a reunião de informações relevantes. Tais informações foram organizadas de acordo com o objetivo proposto, a fim de desenvolver uma apresentação didática e coerente do assunto abordado.

Discussão

A. Critérios Diagnósticos do Transtorno do Estresse Pós-Traumático

De acordo com a *American Psychiatric Association* (2014), Ximenes, Oliveira e Assis (2009), o TEPT é um dos problemas de saúde mental mais associado à vitimização por violência, podendo ocorrer em qualquer idade a partir do primeiro ano de vida. O quadro sintomático se manifesta, de forma geral, nos primeiros três meses após o trauma, apesar da possibilidade de ocorrer atraso de meses a anos, antes que os critérios para o diagnóstico sejam atendidos.

Segundo a *American Psychiatric Association* (2014), o TEPT é mais prevalente no sexo feminino do que no masculino ao longo da vida. A justificativa apresentada é a existência de probabilidade mais elevada de exposição a eventos traumáticos (estupro, agressões físicas e outras formas de violência interpessoal).

O diagnóstico de TEPT, consoante a *American Psychiatric Association* (2014), é dividido em grupos A, B, C, D, E, F, G e H, havendo diferenças nos critérios para crianças com seis anos de idade ou menos e adultos, adolescentes e crianças acima de seis anos de idade. Os grupos e seus critérios diagnósticos serão discutidos adiante, dando ênfase aos aqueles associados a adultos, adolescentes e crianças acima de seis anos de idade.

No grupo A há os critérios relativos à exposição a um evento traumático. Os critérios A1 e A2 possuem relação direta com o evento traumático, isto é, se o paciente o vivenciou ou o testemunhou. Os critérios A3 e A4 possuem relação indireta com o evento, ou seja, se o acontecimento se deu com algum indivíduo próximo ao paciente (amigo, parente) ou se o mesmo é exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático. Para a composição do quadro clínico e posterior diagnóstico, deve haver a contemplação de pelo menos um dos critérios do grupo.

No grupo B os critérios apresentados referem-se aos sintomas de revivescência. Os critérios B1, B2, B3 e B4 abordam sofrimentos psicológicos relativos ao evento traumático (lembranças intrusivas angustiantes, sonhos angustiantes, *flashbacks*), já o critério B5 diz respeito às reações fisiológicas aos sinais que façam alguma referência ao evento traumático, sendo esses sinais internos ou externos. Para a composição do quadro clínico e posterior diagnóstico, o paciente deve apresentar menos um dos sintomas referidos no grupo.



CIÊNCIA E TECNOLOGIA:
IMPLICAÇÕES NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

FEPEG

F Ó R U M
ENSINO • PESQUISA • EXTENSÃO • GESTÃO

REALIZAÇÃO:



APOIO:



ISSN: 1806-549X

Os critérios do grupo C dizem respeito aos sintomas referentes a comportamentos de esquiva, onde o paciente evita, de maneira persistente, os estímulos associados ao acontecimento traumático, como recordações aflitivas, pensamentos, sentimentos angustiantes ou pessoas, lugares, objetos, atividades que despertem no indivíduo recordações aflitivas. Para a composição do quadro clínico e posterior diagnóstico, o paciente deve contemplar de pelo menos um dos aspectos referidos no grupo.

Os critérios do grupo D dizem respeito às alterações negativas cognitivas e de humor associadas ao evento traumático. O aspecto D1 diz respeito à incapacidade de recordar determinados fatos devido à amnésia dissociativa; o aspecto D2 aborda sobre convicções ou perspectivas negativas, persistentes e exageradas que o paciente possui a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo; D3 fala sobre cognições distorcidas a respeito do evento que levam o indivíduo a culpar outro ou a si mesmo; D4 aborda a presença de estado emocional negativo contínuo; D5 fala sobre a redução do interesse e da participação do paciente em atividades relevantes; D6 explana sobre sentimentos de distanciamento e alienação do paciente em relação aos outros; o aspecto D7 versa sobre a incapacidade que o indivíduo apresenta de sentir emoções positivas. Para a composição do quadro clínico e posterior diagnóstico, o paciente deve contemplar de pelo menos dois dos aspectos referidos no grupo.

Os critérios do grupo E abordam as mudanças notáveis na excitação e na reatividade relacionadas ao evento traumático. Os aspectos E1 e E2 dizem respeito ao comportamento irritativo, imprudente ou autodestrutivo do indivíduo; o aspecto E3 aborda sobre a existência de sintomas de hipervigilância, que, de acordo com Schneider e Piva (2009) *apud* Sena, Torres e Lopes (2013), é um estado de ansiedade intensa, acompanhado de reexperiências dolorosas dos eventos negativos vividos; o aspecto E4 tem relação com respostas exacerbadas de sobressalto; E5 aborda problemas de concentração; E6 ressalta sintomas relativos às perturbações do sono. Para a composição do quadro clínico e posterior diagnóstico, o paciente deve contemplar de pelo menos dois dos aspectos referidos no grupo.

O objetivo do item F é observar e identificar se a perturbação, ou seja, se os critérios dos grupos B, C, D e E, persistem por mais de um mês.

Nos itens G e H, deve-se observar se a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo, como a social (familiares, amigos, cuidador), a profissional, a escolar e/ou outras. Além disso, é necessário certificar-se de que tal perturbação não se deve aos efeitos alguma substância (medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

B. Tratamento do Paciente com Transtorno do Estresse Pós-Traumático

No estudo conduzido por Soares e Lima (2003), é apresentada uma variedade de tratamentos psicoterápicos e farmacológicos propostos para o TEPT. Ademais, são expostas evidências e discussões acerca da aplicabilidade e limitações de tais técnicas.

Na psicoterapia e farmacoterapia do TEPT, Soares e Lima (2003) abordam:

- Terapia cognitiva comportamental: Psicoterapia que será mais bem estudada adiante e, segundo Soares e Lima (2003), apresenta uma taxa de melhora de 90% ao fim do tratamento e 85% em seis meses de seguimento, sendo tais resultados obtidos por meio de metanálise;
- *Eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR): Psicoterapia na qual o paciente é instruído a recordar a situação traumática, os pensamentos negativos e as emoções associadas, em seguida, são realizados movimentos oculares de acordo com as instruções do terapeuta. Soares e Lima (2003) afirmam que o EMDR é tão efetivo quanto à terapia de exposição e, ainda, mais efetivo que o relaxamento ou a lista de espera;
- Manejo afetivo: Trata-se de um tratamento psicoterápico em grupo, cujo foco é a regulação do humor. De acordo com Soares e Lima (2003), num estudo onde o manejo afetivo foi comparado à lista de espera no controle do TEPT e sintomas dissociativos, o manejo afetivo se mostrou mais efetivo;



CIÊNCIA E TECNOLOGIA:
IMPLICAÇÕES NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

FEPEG

F Ó R U M
ENSINO • PESQUISA • EXTENSÃO • GESTÃO

REALIZAÇÃO:



APOIO:



ISSN: 1806-549X

· No âmbito da farmacoterapia, conforme Soares e Lima (2003), os medicamentos mais prescritos são os antidepressivos, como sertralina, paroxetina, amitriptilina e imipramina, drogas sedativas, como benzodiazepínicos e mesmo antipsicóticos em baixa dosagem também são utilizados em alguns esquemas terapêuticos.

Conforme observado na pesquisa conduzida por Soares e Lima (2003), é seguro sugerir que a terapia cognitiva comportamental configura uma boa opção de conduta no tratamento de paciente do TEPT, neste sentido, Knapp e Caminha (2003), em seu estudo, abordam algumas técnicas de terapias cognitivas comportamentais para o tratamento de pacientes com TEPT, quais sejam:

· Treinamento de Inoculação de Estresse (TIE): Técnica que objetiva dar ao paciente certo domínio sobre seus medos através da reinterpretação da memória traumática e aprendizagem de habilidades de controle frente às situações temidas;

· Treinamento de Habilidades Sociais (THS): Trata-se de uma abordagem da terapia comportamental que objetiva permitir aos pacientes com diversos graus de déficits comportamentais a possibilidade de se orientarem de forma mais saudável, tornando-se mais confiantes e assertivos em face do convívio social;

· Treinamento de Autoinstrução (TAI): Trata-se de uma técnica cognitiva importante na solução de problemas rotineiros e na intervenção clínica por meio de diálogos internos e autoverbalizações. O objetivo do terapeuta, na realização dessa técnica, é levar o paciente a desenvolver mudanças comportamentais nas quais as autoverbalizações, diálogos internos ou reflexões efetuadas antes de qualquer atividade ou adversidade sejam reformuladas e substituídas por outras, com maior utilidade para a realização da atividade;

· Dessensibilização Sistemática: Técnica cognitiva que objetiva auxiliar muitos indivíduos na superação efetiva das fobias e outros transtornos de ansiedade.

· Técnicas de Relaxamento Muscular Progressivo e Respiração: A técnica de respiração possui o intuito de elevar a recepção de oxigênio e sua prática pode propiciar diversos benefícios, tanto em nível físico quanto psíquico, estimulando o relaxamento e, como consequência, oportunizando a redução do nível de ansiedade. A prática de relaxamento muscular progressivo consiste em aprender a contrair e descontrair vários grupos musculares, percebendo as sensações durante a realização da técnica e contrastando as sensações associadas aos estados de contração e relaxamento muscular. A combinação de ambas as técnicas potencializa a eficácia da obtenção do estado de relaxamento pretendido e, conseqüentemente, dos benefícios oferecidos por ele.

· Prevenção da Recaída: Para Sequeira (2006), é um programa de psicoterapia e tratamento que se baseia na capacidade individual da modificação de comportamentos aditivos. O principal objetivo desta técnica é orientar os pacientes a mudar seu comportamento aditivo, ensinando-os a identificar, antecipar e lidar com os problemas e constrangimentos que podem leva-lo a uma recaída.

Considerações finais

Com base no conteúdo apresentado, é possível notar que o TEPT envolve diversos estados do indivíduo e que as modificações evolutivas da fenomenologia do transtorno podem ocorrer à medida que o tempo passa. Além disso, muitas são as técnicas terapêuticas de baixo custo que podem ser utilizadas no tratamento de pacientes com o transtorno, destacando as técnicas de terapia cognitiva comportamental, que apresentam dados relevantes na literatura no que diz respeito à evolução positiva do quadro clínico dos pacientes. Neste sentido, cabe ao profissional manter-se atento aos sintomas e queixas apresentados pelo paciente e, além disso, ao seu quadro evolutivo, isto é, se a perturbação evolui de forma positiva ou não com o passar do tempo, para a adequação da técnica terapêutica que melhor atenda ao indivíduo. Ademais, é importante ressaltar a elevada relevância das pesquisas envolvendo diferentes técnicas terapêuticas e sua taxa de sucesso no âmbito do tratamento de pacientes com transtornos mentais, a fim de possibilitar a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

Referências bibliográficas



CIÊNCIA E TECNOLOGIA:
IMPLICAÇÕES NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

FEPEG

F Ó R U M
ENSINO • PESQUISA • EXTENSÃO • GESTÃO

REALIZAÇÃO:



APOIO:



ISSN: 1806-549X

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DUTRA, J. N.; KLUME-SCHIAVON, B.; GRASSI-OLIVEIRA, R. Conceito e diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático em crianças. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 1, jan./jun., 2013.

FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 1, 2003.

KAPCZINSKI, F.; MARGIS, R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 1, 2003.

KNAPP, P.; CAMINHA, R. M. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 1, 2003.

MARQUES, E. L. L.; DELFINO, T. E. Contribuições das técnicas de respiração, relaxamento e *mindfulness* no manejo do estresse ocupacional. **Psicologia.PT O Portal dos Psicólogos**, 2016. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0965.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2018.

SENA, J. A. de; TORRES, K.; LOPES, A. P. O transtorno de estresse pós-traumático e a violência urbana. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, Maceió, v. 1, n.2, maio, 2013.

SEQUEIRA, S. A prevenção da recaída. **Psicologia.PT O Portal dos Psicólogos**, 2006. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?a-prevencao-da-recaida&codigo=AOP0059>. Acesso em: 14 out. 2018.

SOARES, B. G. de O.; LIMA, M. S. de. Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 1, 2003.

XIMENES, L. F.; OLIVEIRA, R. de V. C. de; ASSIS, S. G. de. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, 2009.