

BMJ Best Practice

Transtorno do estresse pós-traumático

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Sep 20, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	6
Prevenção	8
Rastreamento	8
Prevenção secundária	8
Diagnóstico	9
Caso clínico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Fatores de risco	12
Anamnese e exame físico	15
Exames diagnóstico	16
Diagnóstico diferencial	18
Critérios de diagnóstico	21
Tratamento	23
Abordagem passo a passo do tratamento	23
Visão geral do tratamento	28
Opções de tratamento	30
Novidades	50
Acompanhamento	52
Recomendações	52
Complicações	53
Prognóstico	54
Diretrizes	56
Diretrizes de diagnóstico	56
Diretrizes de tratamento	56
Recursos online	58
Nível de evidência	59
Referências	60
Imagens	70
Aviso legal	71

Resumo

- ◇ Transtorno que pode se desenvolver (de forma imediata ou tardia) após a exposição a um evento ou situação estressante de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica.
- ◇ De acordo com o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição), é caracterizado por 4 grupos de sintomas: sintomas de intrusão, evitação, alterações negativas na cognição e humor, e alterações no despertar e reatividade. Para caracterizar o diagnóstico, os sintomas precisam ter impacto funcional.
- ◇ Na maioria das vezes, o transtorno apresenta-se em comorbidade com problemas como depressão, ansiedade, raiva e abuso de substância.
- ◇ Os médicos devem perguntar aos pacientes que apresentam esses sintomas se eles sofreram uma experiência traumática.
- ◇ A avaliação deve abranger as necessidades físicas, psicológicas e sociais, e uma avaliação de risco: isso pode ser facilitado pelo uso de questionários de rastreamento e um cronograma de entrevista clínica.
- ◇ Os tratamentos psicológicos focados no trauma são os mais eficazes. A farmacoterapia pode ser usada em pacientes que não respondem, não toleram, não desejam ou não têm acesso às psicoterapias.

Definição

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) pode se desenvolver após a pessoa sofrer 1 ou mais eventos traumáticos, como atos deliberados de violência interpessoal, acidentes graves, desastres ou ação militar. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5), ele é caracterizado por 4 tipos de sintomas: intrusões (p. ex., flashbacks, imagens intrusivas e impressões sensoriais, sonhos/pesadelos); evitação (p. ex., evitar pessoas, situações ou circunstâncias semelhantes ou associadas ao evento); alterações negativas no humor e cognição (p. ex., sentir-se alienado das outras pessoas, afeto contraído, interesse diminuído em atividades significativas, crenças negativas e distorcidas sobre si mesmo ou sobre o mundo, e incapacidade de lembrar características importantes do evento traumático); e alterações no despertar ou reatividade (p. ex., hiperexcitabilidade para ameaças, resposta de sobressalto exagerada, irritabilidade, dificuldade na concentração e problemas para dormir). Para caracterizar o diagnóstico, os sintomas precisam ter impacto funcional.[1] Esta monografia não aborda o TEPT em crianças.

Epidemiologia

A prevalência relatada ao longo da vida da exposição a experiências potencialmente traumáticas (EPTs) varia consideravelmente entre os países e, dentro dos países, entre certos grupos. A exposição aos EPTs foi relatada por 21.4% dos indivíduos em uma amostra alemã,[2] 63.6% em uma amostra de 6 países europeus,[3] 64.6% dos homens e 49.5% das mulheres em uma amostra australiana,[4] e 80.7% em uma amostra da Holanda.[5] Maior frequência de exposição tem sido relatada em cidades do interior[6] e onde desastres naturais ocorreram.[7] Alguns grupos apresentam maior probabilidade de serem expostos a EPTs: esses grupos incluem militares, profissionais de serviços de emergência, policiais e refugiados.

As estimativas de prevalência ao longo da vida do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) também variam de país para país, com relatos de 6.8% nos EUA,[8] 1.3% na Alemanha,[2] 1.9% entre 6 países europeus[3] e 7.4% na Holanda.[5] A faixa relatada para estimativas de prevalência de 12 meses é menor: 3.6% nos EUA,[9] 0.6% na América do Sul,[10] 0.7% na Alemanha,[2] 1.1% em 6 países europeus[3] e 1.3 na Austrália.[4] No Reino Unido, embora a exposição a EPTs a partir dos 16 anos de idade tenha sido relatada em apenas 33% dos adultos, TEPT atual foi relatado em 3%.[11]

Etiologia

As pessoas que estão sob risco do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) incluem aquelas que foram expostas a estressores traumáticos extremos ou que presenciaram esses eventos, como atos intencionais de violência, abuso sexual, abuso físico, acidentes, desastres ou ações militares. Pessoas que tiveram suas próprias vidas ou a vida de outras pessoas ameaçadas durante cuidados médicos, como durante a anestesia, complicações durante o parto ou como resultado de negligência médica, também estão sob risco.

O TEPT é o único dentre os transtornos psiquiátricos funcionais cuja presença pode ser diretamente atribuída a um fator causal externo. Isso nem sempre foi aceito; antigamente, pensava-se que somente pessoas com transtornos mentais, uma personalidade instável ou com um conflito neurótico preexistente poderiam desenvolver os sintomas do que hoje é reconhecido como TEPT. Durante alguns estudos, principalmente com veteranos da Guerra do Vietnã e sobreviventes de estupro, ficou claro que pessoas de personalidade intacta e que não apresentavam transtorno mental poderiam desenvolver sintomas do TEPT

após exposição a eventos traumáticos. Os critérios para um evento ser considerado um estressor traumático são ter havido morte real ou ameaça de morte, lesão grave ou outra ameaça à integridade física. Os fatores que influenciam a suscetibilidade pessoal em desenvolver o TEPT também foram objeto de muitas pesquisas e incluem história psiquiátrica prévia, baixo nível de inteligência, sexo feminino e exposição prévia a traumas, entre outros.[12] [13]

Várias teorias psicológicas e neurobiológicas têm sido apresentadas para explicar o padrão dos sintomas característicos do TEPT. Entretanto, o grau de diferença explicado por elas é pequeno. As teorias psicológicas principais e atuais são: teoria do processamento emocional,[14] teoria da representação dupla[15] e modelo cognitivo de TEPT.[16]

- Teoria do processamento emocional: implica estruturas complexas de medo que existem na memória e que produzem reações cognitivas, comportamentais e fisiológicas, quando ativadas.[14] Argumenta-se que, no TEPT, essas reações se tornaram patológicas. As mudanças nas crenças sobre o mundo e sobre si mesmo, geradas pela dificuldade de processar as informações sobre o evento traumático, fazem com que o estímulo benigno seja erroneamente interpretado como perigoso e com que se interprete a si mesmo como um ser incompetente.
- Teoria da representação dupla: baseada em pesquisas sobre o processamento da memória, defende a existência de diferentes tipos de memória: memórias acessíveis verbalmente e memórias acessíveis situacionalmente.[15] Enquanto as MAVs são facilmente lembradas, as MASs permanecem no inconsciente até serem provocadas, quando então originam sintomas como sonhos e flashbacks, durante os quais as emoções sentidas durante o evento traumático são revivenciadas com a mesma intensidade.
- Modelo cognitivo de TEPT: argumenta que julgamentos negativos sobre o evento traumático fazem com a pessoa veja o mundo como um lugar perigoso e a si mesma como um ser incompetente.[16] Isso leva a um sentimento de ameaça constante, no qual as situações são erroneamente interpretadas como ameaçadoras.

Existem vários fatores importantes de manutenção do TEPT, incluindo estratégias de enfrentamento inúteis e falta de apoio social. As estratégias de enfrentamento consideradas úteis, mas que tendem a prolongar ou exacerbar os sintomas, incluem a supressão consciente de memórias traumáticas, o pensamento obsessivo sobre o evento, dissociação, retração social, evitação e uso de substância. A falta de apoio social, geralmente agravada quando a pessoa se sente alienada das outras pessoas e se afasta de relacionamentos que anteriormente eram importantes, está associada ao aumento do nível de cronicidade.[12] [13]

Muitas vezes, as experiências traumáticas são seguidas de procedimentos legais demorados, que tendem a contribuir para o sofrimento da pessoa e tornam mais difícil esquecer o evento. Existe uma relação complexa entre o processo jurídico e os sintomas de TEPT, mas a ideia de que os sintomas decorrem principalmente da busca de compensação não é embasada pelas evidências.

Fisiopatologia

A pesquisa tem focado nas áreas do cérebro associadas com processamento do medo e memória: ou seja, a amígdala, o hipocampo e o córtex pré-frontal medial, incluindo o giro cingulado anterior.

[Fig-1]

As principais áreas de interesse na pesquisa neurobiológica atualmente são: tamanho reduzido do hipocampo; ineficiência das redes mediais do cíngulo pré-frontal anterior na regulação da atividade da amígdala, resultando em hiper-reatividade à ameaça; e um sistema de retroalimentação negativo hipersensível, no qual níveis reduzidos de cortisol inibem a produção de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) pela adeno-hipófise, levando à falha em controlar a resposta simpática, que se acredita ocasionar a consolidação das memórias traumáticas.[17] [18] [19] [20]

Estudos em animais, que mostraram danos celulares e perda de células do hipocampo induzidos por estresse, levaram a sugerir que o tamanho reduzido do hipocampo seja secundário ao transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). No entanto, estudos com gêmeos que participaram da Guerra do Vietnã levaram à discussão de que o tamanho reduzido do hipocampo possa ser um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento do TEPT, e não uma consequência.[17]

A hipótese é que o TEPT seja um indicador da falha das redes mediais do cíngulo pré-frontal anterior em regular a atividade da amígdala, resultando na reação exacerbada à ameaça.[18] Essa hipótese se baseia em estudos com ressonância nuclear magnética do fluxo sanguíneo nos cérebros de pessoas com TEPT quando expostas a lembranças do que aconteceu. Um achado replicado tem sido o aumento da atividade da amígdala, o que está relacionado à atividade reduzida no córtex pré-frontal medial.

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal desempenha um papel importante na manutenção da homeostase corporal. Situações de medo levam à produção de cortisol por meio de um circuito envolvendo a amígdala, o hipotálamo e a adeno-hipófise. Os níveis ideais de cortisol reduzem o risco de desenvolvimento e manutenção do TEPT ao inibir a recuperação da memória traumática e ao controlar a resposta simpática. Existem evidências de que, no TEPT, níveis baixos de cortisol inibem a produção de ACTH na adeno-hipófise. Além disso, existem evidências de diminuição da sensibilidade (down-regulated sensitivity) ao fator de liberação de corticotrofina (CRF) resultando em níveis de cortisol abaixo do normal.[19] Os níveis elevados de CRF influenciam diretamente o aumento da liberação de norepinefrina (noradrenalina) pelo estímulo do locus coeruleus: acredita-se que essa falha em controlar a resposta simpática leve à consolidação das memórias traumáticas.[20] No entanto, existem evidências conflitantes com relação aos baixos níveis de cortisol.[21]

Outras substâncias neuroquímicas implicadas no TEPT incluem serotonina, ácido gama-aminobutírico, glutamato, neuropeptídeo Y e fator neurotrófico derivado do cérebro. É provável que a verdadeira neurobiologia do TEPT seja complexa e envolva vários desses e de outros fatores.[22]

Classificação

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5)[1]

Faz a distinção entre o transtorno agudo ao estresse (também conhecido como reação de estresse operacional e de combate entre militares; sintomas presentes por <1 mês) e o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT; quando os sintomas estão presentes por ≥1 mês).

Eixo I: transtornos clínicos: transtornos relacionados a trauma e ao estresse: TEPT

- 1. Com um subtipo dissociativo quando os sintomas de despersonalização (por exemplo, sensação de ser um observador externo) ou desrealização (sensação de irrealidade, distância ou distorção) estão presentes.
- 2. Com expressão protelada: o início dos sintomas é de pelo menos 6 meses após o estressor.

Classificação clínica: gravidade do sintoma

Leve:

- O paciente consegue suportar o sofrimento causado pelos sintomas, e seu comportamento social e ocupacional não é significativamente impactado.

Moderado:

- O sofrimento e o impacto nas atividades não são leves nem graves e não se considera que haja risco significativo de suicídio ou que o indivíduo represente um perigo para si mesmo ou para outras pessoas.

Grave:

- O paciente não consegue suportar o sofrimento causado pelos sintomas e/ou esse sofrimento impacta significativamente o funcionamento social e/ou ocupacional e/ou se considera que haja risco significativo de suicídio ou que o paciente represente um perigo para si mesmo ou para outras pessoas.

Rastreamento

Há vários instrumentos de rastreamento bem validados que facilitam a detecção do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT); entretanto, não há evidências para embasar o uso desses instrumentos em programas de rastreamento da população.

As diretrizes recomendam que o uso rotineiro de instrumentos de rastreamento breves deve ser considerado para pessoas em alto risco de desenvolver TEPT, seja após um grande desastre ou como resultado de sua condição de refugiado ou em busca de asilo.[63] [64] Essas diretrizes também recomendam o uso de um instrumento de rastreamento breve quando se sabe que a pessoa teve uma experiência traumática, e que os profissionais de saúde perguntem às pessoas que repetidamente se apresentam à unidade de atenção primária com sintomas médicos inexplicáveis se elas vivenciaram um evento traumático.[63] [64] É aconselhável oferecer exemplos de eventos traumáticos, podendo ser útil o uso de um checklist de experiências traumáticas e sintomas comuns, especialmente para pessoas que têm dificuldade de verbalizá-los. Alguns instrumentos de rastreamento contêm checklists.

A American Psychiatric Association endossa o uso da Escala de Impacto de Eventos (IES), a Escala Traumática de Davidson (DTS) e o Checklist de TEPT (PTSD Checklist).[57] [58]

[US Department of Veterans Affairs: Impact of Event Scale - revised (IES-R)]

[US Department of Veterans Affairs: PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)]

[US Department of Veterans Affairs: Davidson Trauma Scale (DTS)]

Equipes militares enviadas para combate e operações de paz às vezes experimentam exposição repetida a eventos traumáticos. São relatadas altas taxas de prevalência de TEPT entre veteranos de guerra.[65] [66] [67] Intervenções direcionadas a esses grupos de alto risco ocupacional demonstraram potencial de eficácia.[68]

Prevenção secundária

Não são recomendadas intervenções psicológicas voltadas a todos os envolvidos em um evento traumático nas diretrizes práticas atuais,[57] [63] [64] apesar de haver evidências de um ensaio piloto de que uma forma modificada de exposição prolongada (uma forma de terapia cognitivo-comportamental focada no trauma) apresenta alguns desfechos promissores.[121]

Sugere-se, atualmente, o desenvolvimento de modelos de respostas escalonados ou estratificados.[122] Recomenda-se que seja oferecido apoio prático, social e emocional imediato por profissionais de saúde que não tratem a saúde mental. Adota-se uma atitude de vigilância ativa, combinada com a provisão de primeiros socorros psicológicos, quando necessário. Os primeiros auxílios psicológicos têm o objetivo de fornecer informações, além de apoio emocional e prático, e são embasados por evidências clínicas.[69] Assistência adicional deve ser fornecida de acordo com as necessidades individuais. As pessoas que desejam discutir a experiência devem ser apoiadas a fazê-lo, contanto que acreditem conseguir tolerar o sofrimento que pode estar associado a isso.

As pessoas com sintomas graves contínuos recebem a oferta de avaliação formal e intervenção caso se perceba que o transtorno não está melhorando. Terapia cognitivo-comportamental individual focada no trauma, iniciada até 3 meses após o evento traumático, é considerada efetiva para pessoas com sintomas de estresse traumático agudo.[75]

Embora se acreditasse, originalmente, que o betabloqueador propranolol pudesse ser útil para a prevenção,[58] o agente não apresenta nenhum benefício em relação ao placebo.[57] [123] O uso de outras intervenções farmacológicas voltadas à prevenção não foi amplamente estudado.[124]

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 25 anos vai ao pronto-socorro e ala de acidentados com queixa de tristeza, nervosismo, dificuldade de dormir e desinteresse por seus amigos nos últimos 2 meses. Ela percebeu que esses sintomas começaram após ter sido estuprada por um antigo amigo após uma festa. Ela visivelmente não se sente à vontade ao ser questionada mais a fundo sobre o ataque. A paciente informou o incidente somente a alguns de seus colegas, mas não o relatou às autoridades. Ela relata ter pesadelos sobre o estupro, preocupações quanto à sua segurança, dificuldades em relacionamentos íntimos com homens e repetidas evitações de situações sem perigo que a lembrem do ataque.

Caso clínico #2

Um combatente veterano de guerra de 35 anos se apresenta com sintomas de má qualidade do sono, episódios de choro, flashbacks e pesadelos. Também relata que seu casamento e as relações de amizade foram afetados, além de apresentar baixo desempenho no trabalho. Quando se sente de mau humor, tende a fumar cigarros e a consumir bebidas alcoólicas. Já tentou controlar os sintomas à sua maneira, mas não teve muito sucesso, e agora reconhece que precisa de ajuda profissional. Ele fala abertamente sobre as suas experiências e reconhece que há uma conexão direta entre sua vivência na guerra e os sintomas atuais.

Outras apresentações

Os pacientes podem se apresentar para o tratamento de ataques de pânico, humor depressivo agravado ou abuso de substância. Cada uma dessas condições clínicas é altamente comórbida com transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). Cigarros, álcool ou drogas podem ser usados pelo paciente para tentar solucionar a condição, como uma estratégia de enfrentamento para minimizar o sofrimento associado ao evento traumático.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Muitas pessoas que entram em contato com serviços de assistência social ou de cuidados da saúde logo após vivenciar um evento traumático não relatam problemas psicológicos nem buscam ajuda em relação a eles. A equipe que trabalha nesses serviços deve estar ciente dos traumas associados ao desenvolvimento do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e aproveitar a oportunidade para avaliar o estado psicológico do paciente. Isso deve incluir o conhecimento de que o TEPT pode surgir como resultado de situações contínuas (por exemplo, violência doméstica, abuso sexual, ser um refugiado) que não foram relatadas previamente pela pessoa. A avaliação inicial deve ser realizada por profissionais competentes e uma decisão ser tomada quanto à necessidade de encaminhamento para avaliação psiquiátrica.

História

Os principais fatores de risco incluem exposição a situações de combate, ataque terrorista, estupro, tortura, acidente sério, morte súbita de um ente querido, testemunhar violência ou abuso doméstico,

desastre natural, ofensa grave, vitimização pelo atacante, trauma prévio, várias situações de estresse diário significativas ou história de transtorno mental ou abuso de substância.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5), o TEPT é caracterizado pelos seguintes 4 tipos de grupos de sintomas. Para caracterizar o diagnóstico, os sintomas precisam ter impacto funcional.[1]

Sintomas intrusivos

- O tipo mais característico de sintoma.
- Refere-se à revivência involuntária de aspectos do evento traumático de forma vívida e que causa sofrimento (por exemplo, flashbacks, imagens intrusivas e impressões sensoriais, sonhos/pesadelos, reatividade fisiológica e emocional a sugestões internas e externas).
- Essa revivência desperta sofrimento intenso e/ou reações fisiológicas.

Evitação

- Refere-se a evitar lembranças do trauma.
- Os pacientes tipicamente evitam pessoas, situações ou circunstâncias semelhantes ou associadas ao evento. Essa situação pode se estender a uma evitação mais geral daquilo que possa lembrá-las do evento, como jornais, programas de televisão ou filmes.
- Os pacientes muitas vezes tentam afastar de suas mentes as memórias do evento e evitam pensar ou falar sobre ele em detalhes, especialmente sobre os piores momentos. Entretanto, muitas pessoas ficam pensando obsessivamente sobre o que poderia ter evitado o acontecimento.

Alterações negativas na cognição e humor

- Essas mudanças incluem amnésia de partes significativas do evento, crenças negativas persistentes sobre si mesmo ou sobre o mundo, ideias distorcidas de culpa relacionadas ao evento traumático ou suas consequências, e emoções negativas relacionadas ao trauma, como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha.
- Os pacientes podem apresentar incapacidade de sentir sentimentos positivos, desinteresse em atividades que eram importantes antes do trauma e sentimento de desapego e alienação em relação aos outros.

Alterações no despertar e reatividade

- Alterações no despertar e reatividade incluem hipervigilância para ameaças, resposta de sobressalto exagerada, irritabilidade, explosões de raiva, comportamentos autolesivos ou impulsivos, dificuldade de concentração e problemas para dormir.

O TEPT é diagnosticado quando os sintomas estão presentes por ≥ 1 mês.

Apresentação inicial

A dificuldade de revelar o acontecido pode ocasionar um atraso na apresentação do paciente com TEPT, especialmente em circunstâncias de estupro e abuso sexual. Além disso, em uma pequena proporção dos casos, o início real dos sintomas pode ser tardio.[41] [42] [43] Quando a apresentação é tardia, por qualquer que seja o motivo, as pessoas podem estar menos propensas a relacionar seus problemas psicológicos atuais ao evento traumático.

Embora os sintomas de revivência sejam geralmente a forma mais comum de apresentação inicial, esse nem sempre é o caso. Os pacientes podem se apresentar com vários problemas, como depressão, ansiedade, medo de sair de casa, queixas somáticas, irritabilidade, dificuldades de sono e incapacidade de trabalhar. Em particular, é provável que os idosos sejam relutantes em relatar eventos traumáticos, problemas emocionais ou psicológicos, e sejam mais propensos a apresentar queixas somáticas e físicas.[44] [45]

Reconhecimento do TEPT

Estudos mostram que o TEPT é pouco detectado, mesmo entre os grupos de alto risco, e recomendam que indagar diretamente sobre a exposição ao trauma pode melhorar significativamente a taxa de reconhecimento.[46] [47] Os profissionais de saúde devem considerar perguntar às pessoas que se apresentam repetidamente com sintomas físicos inexplicáveis se elas já passaram por um evento traumático. É aconselhável oferecer exemplos de eventos traumáticos, podendo ser útil o uso de um checklist de experiências traumáticas e sintomas comuns (alguns instrumentos de rastreamento já contêm checklists), especialmente para pessoas que sentem dificuldade de verbalizá-los.

Os pacientes geralmente apresentam sintomas de revivência aflitiva, relatam evitação de lembranças do trauma e manifestam sintomas de hiperexcitabilidade e/ou anestesia emocional. Os profissionais de saúde devem estar cientes de que muitos dos portadores desses sintomas se sentirão ansiosos com a possibilidade de participar de uma avaliação e um tratamento, e podem ficar relutantes em discutir sua história de trauma e sintomas. Entretanto, os profissionais de saúde devem fazer perguntas específicas sobre cada grupo de sintomas.

Rastreamento

Estão disponíveis vários instrumentos de rastreamento bem validados. Eles incluem a Escala de Impacto de Eventos (IES) e Escala de Impacto de Eventos - Revisada (IES-R),[48] [49] a Escala de diagnóstico pós-traumático,[50] a Escala de Trauma de Davidson (DTS),[51] a Checklist do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT; PTSD Checklist),[52] o Questionário de Rastreamento de Trauma (TSQ)[53] e Sobressalto, Estimulação fisiológica, Raiva e Dormência (SPAN; derivados da DTS).[54] Esses instrumentos são, em sua maioria, baseados nos critérios do DSM-IV para TEPT. A Checklist do transtorno do estresse pós-traumático para o DSM-5 foi publicada em 2013[55] e espera-se que sejam divulgados os relatórios publicados que estabeleçam a validade. Uma revisão sistemática concluiu que instrumentos com menos itens, escalas de resposta mais simples e métodos de pontuação mais simples funcionam tão bem quanto ou melhor que as medidas mais longas e complexas.[56] O Checklist TEPT é amplamente utilizado e recomendado nos EUA; entretanto, a American Psychiatric Association também endossa o uso da IES-R e da DTS.[57] [58]

Entrevista diagnóstica

Estão disponíveis vários roteiros de entrevista bem validados, estruturados e semiestruturados, com base nos critérios DSM-IV para o diagnóstico de TEPT, para auxiliar na avaliação de pessoas que apresentam sintomas de TEPT. Eles incluem a Escala de TEPT Administrada pelo Clínico (CAPS),[59] a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (Módulo SCID PTSD)[60] e a Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT (PSS-I).[61] A CAPS é amplamente usada e recomendada nos EUA. A Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5 (CAPS-5) foi publicada em 2013[62] e espera-se que sejam divulgados os relatórios publicados que estabeleçam a validade.

Pode haver diversas queixas na apresentação, incluindo sintomas que não são específicos do TEPT, como depressão, perturbações do sono e abuso de drogas e álcool. A pessoa pode focar nesses sintomas, e não em outros mais específicos do TEPT, como os fenômenos de revivência, evitação e hiperexcitabilidade. É importante, portanto, procurar saber se a pessoa que apresenta essas dificuldades teve uma experiência traumática recentemente ou no passado. Isso precisa ser feito com bom senso, mas de forma explícita, fornecendo-se exemplos de eventos traumáticos.

A avaliação de pessoas que apresentam sintomas de TEPT deve ser conduzida por profissionais competentes e abordar suas necessidades físicas, psicológicas e sociais, além de uma avaliação dos riscos para si e para outros. Também deve contemplar o impacto da(s) experiência(s) traumática(s) nos familiares da pessoa ou em sua rede social próxima.

É importante estar ciente de que as pessoas provavelmente terão dificuldades e sofrerão ao conversar sobre sua(s) experiência(s) traumática(s). Elas podem considerar difícil revelar detalhes precisos da(s) experiência(s) e/ou os sintomas e as emoções que vivenciam atualmente. Talvez seja impossível para elas, especialmente em um primeiro momento, descrever ou discutir sobre as partes mais aflitivas de sua(s) experiência(s). Isso pode ser particularmente difícil quando a experiência traumática ocorreu há muito tempo ou quando o início dos sintomas é tardio.

[US Department of Veterans Affairs: Impact of Event Scale - revised (IES-R)]

[US Department of Veterans Affairs: Davidson Trauma Scale (DTS)]

[US Department of Veterans Affairs: Trauma Screening Questionnaire (TSQ)]

[US Department of Veterans Affairs: SPAN]

[US Department of Veterans Affairs: PTSD Symptom Scale - Interview (PSS-I)]

[US Department of Veterans Affairs: Structured clinical interview for the DSM-IV axis I disorders (SCID PTSD module)]

[US Department of Veterans Affairs: Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5)]

[US Department of Veterans Affairs: PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)]

Fatores de risco

Fortes

acidente grave

- Classificada como fator de risco peritraumático. Associada ao aumento do risco de TEPT. A gravidade do evento é um determinante importante.[23] [24] [25] [26] [27] [28] [29]

testemunha de violência escolar ou doméstica

- Classificada como fator de risco peritraumático. Associada ao aumento do risco de TEPT. A gravidade do evento é um determinante importante.[23] [24] [25] [26] [27] [28] [29]

desastre natural

- Classificada como fator de risco peritraumático. Associada ao aumento do risco de TEPT. A gravidade do evento é um determinante importante.[\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#) [\[28\]](#) [\[29\]](#) [\[30\]](#)

ataque terrorista

- Classificada como fator de risco peritraumático. Associada ao aumento do risco de TEPT. A gravidade do evento é um determinante importante.[\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#) [\[28\]](#) [\[29\]](#)

tortura

- Classificada como fator de risco peritraumático. Associada ao aumento do risco de TEPT. A gravidade do evento é um determinante importante.[\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#) [\[28\]](#) [\[29\]](#)

exposição a combate

- Classificada como fator de risco peritraumático. Das pessoas expostas, 25% a 30% desenvolvem sintomas.[\[31\]](#)

lesão cerebral traumática

- Classificada como fator de risco peritraumático. A lesão cerebral traumática leve (isto é, concussão) entre soldados que estiveram no Iraque foi fortemente associada ao TEPT 3 a 4 meses após voltarem para casa.[\[32\]](#)

morte súbita de ente querido

- Classificada como fator de risco peritraumático. Associada ao aumento do risco de TEPT.[\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#) [\[28\]](#) [\[29\]](#)

ofensa grave

- Classificada como fator de risco peritraumático. Das pessoas expostas, 25% a 30% desenvolvem sintomas.[\[31\]](#) Pessoas molestadas por um agressor apresentam uma taxa mais elevada de retraumatização.
- Abuso na infância aumenta o risco de vitimização na vida adulta e desenvolvimento de TEPT.[\[33\]](#)

estupro

- Classificada como fator de risco peritraumático. Das pessoas expostas, 25% a 30% desenvolvem sintomas.[\[31\]](#) Pessoas molestadas por um agressor apresentam uma taxa mais elevada de retraumatização.
- Abuso na infância aumenta o risco de vitimização na vida adulta e desenvolvimento de TEPT.[\[33\]](#)

vitimização pelo atacante

- Classificada como fator de risco peritraumático. Pessoas molestadas por um agressor apresentam uma taxa mais elevada de retraumatização.
- Abuso na infância aumenta o risco de vitimização na vida adulta e desenvolvimento de TEPT.[\[33\]](#)

trauma prévio

- Classificada como fator de risco pré-traumático. Pessoas previamente traumatizadas apresentam uma taxa mais elevada de retraumatização.
- Abuso na infância aumenta o risco de vitimização na vida adulta e desenvolvimento de TEPT.[\[33\]](#)

estressores múltiplos significativos na vida

- Classificado como fator de risco pré e pós-traumático. Pessoas afetadas apresentam risco mais elevado que aquelas expostas a um único estressor.[13] [34]
- Uma porcentagem considerável, particularmente em vítimas de crimes, sofreu de mais de um tipo de evento. Muitas vítimas passam por eventos que ocorrem repetidamente ao longo do tempo (por exemplo, abuso físico dos pais, agressão sexual por um parente, violência doméstica). A cronicidade da exposição aos estressores está associada a um risco mais elevado e a um quadro clínico mais complexo.[35]

apoio social baixo

- Classificado como fator de risco pré e pós-traumático. Pessoas com baixos níveis de apoio social apresentam tipicamente um risco mais elevado de TEPT após eventos traumáticos que aqueles com níveis mais elevados de apoio.[12] [13] [36]
- Em metanálises, o apoio social aparece como um dos preditores mais fortes do estado do TEPT.[12] [13]

história de transtorno mental

- Classificada como fator de risco pré-traumático. Pessoas afetadas apresentam aumento do risco de sintomas de trauma e TEPT. Crianças com transtornos comportamentais que se desenvolvem antes dos 15 anos de idade (por exemplo, transtorno de conduta evoluindo na vida adulta para transtorno de personalidade antissocial) também têm aumento do risco.[37]
- Além disso, o TEPT aumenta o risco de transtornos mentais (isto é, transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, abuso de substâncias). Aproximadamente 88.3% dos homens e 79% das mulheres com TEPT apresentam 1 ou mais transtornos psiquiátricos.[29]

história de abuso de álcool e drogas

- Classificada como fator de risco pré-traumático. Pessoas afetadas apresentam probabilidade uma vez e meia maior de enfrentar trauma, aumentando, assim, o risco.[29]

Fracos

sexo feminino

- Classificada como fator de risco pré-traumático. Mulheres têm aproximadamente o dobro do risco em comparação a homens. Não está claro se isso reflete a vulnerabilidade elevada ou tipos diferentes de estressores de vida vivenciados por mulheres.[38] Mulheres têm maior probabilidade de sofrer agressão sexual, ao passo que homens têm maior probabilidade de vivenciar agressão física e estressores de combate.
- A prevalência da doença é similar entre homens e mulheres expostos a eventos como acidentes, desastres naturais ou morte de entes queridos.[38]

idade mais jovem

- Classificada como fator de risco pré-traumático. Adultos mais velhos têm risco um pouco mais baixo que adultos mais jovens entre indivíduos expostos a trauma e desastres.[28] [39] [40]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

exposição e resposta ao trauma (comum)

- A pessoa foi exposta à morte, ameaçada de morte, correu risco ou vivenciou lesão grave, ou sofreu ou foi ameaçada de violência sexual.[1]
- A exposição ocorreu por meio de 1 das maneiras a seguir: (1) exposição direta; (2) presenciar o evento; (3) indiretamente, descobrindo que um parente ou amigo próximo foi exposto ao trauma - se o evento envolveu morte ou ameaça de morte, deve ter sido violento ou acidental; (4) exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos do(s) evento(s) traumático(s), geralmente decorrente da atividade profissional. Não inclui exposição não profissional indireta por meio de mídias eletrônicas, televisão, filmes ou fotos.[1]

sintomas intrusivos (comum)

- O tipo mais característico de sintoma.
- Refere-se à revivência involuntária de aspectos do evento traumático de forma vívida e que causa sofrimento (por exemplo, flashbacks, imagens intrusivas e impressões sensoriais, sonhos/pesadelos, reatividade fisiológica e emocional a sugestões internas e externas).
- Essa revivência desperta sofrimento intenso e/ou reações fisiológicas.
- Para caracterizar o diagnóstico, os sintomas precisam ter impacto funcional.

sintomas de evitação (comum)

- Referem-se a esforço persistente para evitar lembranças do trauma.
- Os pacientes tipicamente evitam pessoas, situações ou circunstâncias semelhantes ou associadas ao evento. Essa situação pode se estender a uma evitação mais geral daquilo que possa lembrá-las do evento, como jornais, programas de televisão ou filmes.
- Os pacientes muitas vezes tentam afastar de suas mentes as memórias do evento e evitam pensar ou falar sobre ele em detalhes, especialmente sobre os piores momentos. Entretanto, muitas pessoas ficam pensando obsessivamente sobre o que poderia ter evitado o acontecimento.

alterações negativas nas cognições e humor (comum)

- Referem-se a alterações nas crenças e humor que se iniciaram ou que pioraram após o evento traumático.
- Essas mudanças incluem uma habilidade diminuída de vivenciar sentimentos bons e de proximidade com os outros, crenças negativas/distorcidas persistentes, ideias distorcidas de culpa, perda de interesse em atividades significativas e incapacidade de lembrar aspectos importantes do evento traumático.
- Para caracterizar o diagnóstico, os sintomas precisam ter impacto funcional.

alterações no despertar e reatividade (comum)

- Incluem hipervigilância para ameaças, resposta de sobressalto exagerada, irritabilidade, explosões de raiva, comportamentos autolesivos ou impulsivos, dificuldade de concentração e problemas de sono.
- Para caracterizar o diagnóstico, os sintomas precisam ter impacto funcional.

Outros fatores de diagnóstico

depressão (comum)

- Frequentemente comórbida.

abuso de álcool ou de substâncias (comum)

- Muitas pessoas abusam tanto do álcool quanto de várias drogas na tentativa de lidar com seus sintomas.

ansiedade (comum)

- Frequentemente comórbida.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
Checklist do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT; PTSD Checklist) <ul style="list-style-type: none"> • Uma medida contendo 17 itens, relatada pelo próprio paciente, avalia os 17 sintomas do TEPT segundo o DSM-IV.[52] • Há 3 versões: militar, civil e específica. • Ferramenta de rastreamento comumente usada e recomendada. • São usados pontos de corte diferentes, dependendo da situação e da finalidade para as quais o instrumento foi usado. Para rastreamento, intervalos de corte de 25 a 48. Para diagnóstico, intervalos de corte de 28 a 56. 	o ponto de corte depende do cenário
Checklist de TEPT para o DSM-5 (PCL-5) <ul style="list-style-type: none"> • Essa é uma medida de autorrelatos com 20 itens que avaliam os 20 sintomas do TEPT de acordo com o DSM-5. Estudos de validação foram realizados mas ainda não foram publicados.[55] • [US Department of Veterans Affairs: PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)] 	o ponto de corte depende do cenário
Escala de Impacto de Eventos - Revisada (IES-R) <ul style="list-style-type: none"> • Uma medida com 22 itens, contemplando intrusão, evitação e hiperexcitabilidade, respondida em uma escala de 0 a 4.[48] [49] • [US Department of Veterans Affairs: Impact of Event Scale - revised (IES-R)] 	ponto de corte de 35
Escala de Trauma de Davidson (DTS) <ul style="list-style-type: none"> • Uma medida contendo 17 itens, relatada pelo próprio paciente, avalia os 17 sintomas do TEPT segundo o DSM-IV.[51] • [US Department of Veterans Affairs: Davidson Trauma Scale (DTS)] 	ponto de corte de 40
Questionário de Rastreamento de Trauma (TSQ) <ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de 10 itens envolvendo os sintomas de revivência e excitabilidade e que permite 2 opções de respostas.[53] • Para cada sintoma, o respondente informa se já apresentou ou não esse sintoma pelo menos duas vezes na semana anterior. • [US Department of Veterans Affairs: Trauma Screening Questionnaire (TSQ)] 	confirmação pelo respondente de, no mínimo, 6 itens de revivência ou hiperexcitabilidade em qualquer combinação

Exame	Resultado
SPAN <ul style="list-style-type: none"> Medida relatada pelo próprio paciente e derivada da Escala de Trauma de Davidson. Conjunto de 4 itens que mede o sobressalto, o alerta fisiológico às sugestões de trauma, a raiva e a anestesia, cada um pontuado de 0 a 4 em termos de gravidade.[51] [54] [US Department of Veterans Affairs: SPAN] 	o ponto de corte de 5 indica uma aplicação do rastreamento comparável com a Escala de Trauma de Davidson

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
Escala de TEPT Administrada pelo Clínico (CAPS) <ul style="list-style-type: none"> Medida bem validada, com base nos critérios de diagnóstico do DSM-IV. Mede a frequência e a intensidade dos sintomas.[59] 	um evento traumático que atende aos critérios DSM-IV para exposição e resposta e, no mínimo, 1 sintoma de revivência, 2 sintomas de hiperexcitabilidade e 3 sintomas de evitação, além da duração dos sintomas >1 mês e sintomas que causam sofrimento significativo ou comprometimento funcional
Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5 (CAPS-5) <ul style="list-style-type: none"> Itens baseados nos critérios do DSM-5. Espera-se a publicação sobre a validação desse instrumento em breve. O escore do item baseia-se em um escore de gravidade, que é determinado por meio da frequência e intensidade dos sintomas.[62] [US Department of Veterans Affairs: Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5)] 	um evento traumático que atende aos critérios DSM-5 para exposição e, no mínimo, 1 sintoma de intrusão e 1 de evitação, no mínimo 2 alterações negativas na cognição ou humor e, no mínimo, 2 alterações no despertar e reatividade, além de duração dos sintomas >1 mês e sintomas que causam sofrimento significativo ou comprometimento funcional

Exame	Resultado
Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (Módulo SCID PTSD) <ul style="list-style-type: none"> Essa entrevista diagnóstica estruturada é bem validada psicometricamente, amplamente utilizada e relativamente fácil de aplicar. Corresponde diretamente aos critérios do DSM-IV.[60] A versão da SCID para DSM-5 está atualmente em vias de ser finalizada. [US Department of Veterans Affairs: Structured clinical interview for the DSM-IV axis I disorders (SCID PTSD module)] 	um evento traumático que atende aos critérios DSM-IV para exposição e resposta e, no mínimo, 1 sintoma de revivência, 2 sintomas de hiperexcitabilidade e 3 sintomas de evitação, além da duração dos sintomas >1 mês e sintomas que causam sofrimento significativo ou comprometimento funcional
Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT (PSS-I) <ul style="list-style-type: none"> Essa entrevista diagnóstica estruturada é bem validada psicometricamente, amplamente utilizada nos EUA e relativamente fácil de aplicar. Corresponde diretamente aos critérios do DSM-IV.[61] A versão da PSS-I para DSM-5 está atualmente em processo de desenvolvimento. [US Department of Veterans Affairs: PTSD Symptom Scale - Interview (PSS-I)] 	um evento traumático que atende aos critérios DSM-IV para exposição e resposta e, no mínimo, 1 sintoma de revivência, 2 sintomas de hiperexcitabilidade e 3 sintomas de evitação, além da duração dos sintomas >1 mês e sintomas que causam sofrimento significativo ou comprometimento funcional

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Depression	<ul style="list-style-type: none"> Pode ocorrer após exposição ao trauma, mas os sintomas predominantes são humor deprimido, falta de energia, perda de interesse e ideação suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (Módulo SCID PTSD): o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[60] Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[62] Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Fobias específicas	<ul style="list-style-type: none"> • Medo e evitação são desencadeados por objetos ou situações específicas. • A revivência e a restrição afetiva não são características. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (Módulo SCID PTSD): o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[60] • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[62] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]
Transtorno de pânico	<ul style="list-style-type: none"> • Ataques de pânico recorrentes e inesperados não desencadeados por estímulos que lembram um trauma específico (isto é, conectados à situação ou predispostos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (Módulo SCID PTSD): o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[60] • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[62] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]
Transtornos de adaptação	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação variável com sintomas de humor deprimido, ansiedade, preocupação, sintomas de estresse traumático e sentimentos de incapacidade de lidar com a situação, fazer planos para o futuro ou levar a vida adiante. • A intensidade dos sintomas geralmente é menor. • O estressor precipitante pode ou não atender ao Critério A dos critérios de diagnóstico do DSM-5. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (Módulo SCID PTSD): o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[60] • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[62] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtornos dissociativos	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos persistentes e recorrentes de distanciamento e alienação de si mesmo (transtorno de despersonalização). • Lacunas na lembrança, muitas vezes relacionadas a eventos traumáticos (amnésia dissociativa). • Ausência de sintomas de revivência e hiperexcitabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (Módulo SCID PTSD): o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[60] • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[62] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]
Transtorno obsessivo-compulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos intrusivos recorrentes, que são percebidos como inadequados, mas não estão relacionados a uma experiência traumática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (Módulo SCID PTSD): o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[60] • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[62] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]
Psicose	<ul style="list-style-type: none"> • Flashbacks e imagens intrusivas vívidas acompanhadas de desorganização cognitiva e perceptiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (Módulo SCID PTSD): o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[60] • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[62] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]

Critérios de diagnóstico

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5)[1]

- A. Exposição a morte ou risco de morte, lesão grave ou violência sexual em 1 (ou mais) das seguintes maneiras: (1) vivem diretamente o evento traumático; (2) testemunham pessoalmente o evento como ocorreu com os outros; (3) sabem que o evento traumático ocorreu com algum membro da família ou amigo próximo - em casos de morte ou ameaça de morte de um membro da família ou amigo, o evento deve ser violento ou acidental; (4) vivenciam exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (por exemplo, primeiros socorristas recolhendo restos humanos; policiais que são expostos repetidamente a informações sobre abuso infantil). Nota: Critérios A4 não se aplicam a exposição por meio de mídias eletrônicas, televisão, filmes ou fotos, a não ser que a exposição esteja relacionada ao trabalho.
- B. Reviver de forma repetida o evento traumático, no mínimo, de 1 das seguintes maneiras: (1) lembranças aflitivas, involuntárias e recorrentes do evento; (2) sonhos aflitivos recorrentes cujo conteúdo e/ou efeito está relacionado ao evento; (3) reações dissociativas, como flashbacks, nos quais o indivíduo sente ou age como se o evento estivesse ocorrendo; (4) sofrimento psíquico intenso ou prolongado na exposição a sugestões internas ou externas, simbolizando ou lembrando um aspecto do evento; ou (5) reações fisiológicas acentuadas na exposição a sugestões internas ou externas simbolizando ou lembrando um aspecto do evento.
- C. Persistente evitação de estímulos associados ao trauma que se iniciam após o evento traumático, indicada pela presença de, no mínimo, 1 dos seguintes fatores: (1) evitação ou esforços para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos aflitivos sobre o trauma ou fortemente associados a ele; (2) evitação ou esforços para evitar lembranças externas, atividades, lugares ou pessoas que despertam lembranças do evento.
- D. Alterações negativas nas cognições e humor associadas ao trauma, que se iniciam ou pioram após o evento, conforme evidenciado por, no mínimo, 2 dos itens a seguir: (1) incapacidade de lembrar aspectos importantes do evento (não decorrente de fatores como traumatismo cranioencefálico, álcool ou drogas); (2) crenças persistentes e exageradas ou expectativas sobre si mesmo, sobre os outros ou sobre o mundo; (3) cognições persistentes e distorcidas sobre a causa ou as consequências do trauma que levam o indivíduo a se culpar ou culpar os outros; (4) estados emocionais negativos persistentes (por exemplo, medo, horror, raiva, culpa ou vergonha); (5) acentuada diminuição de interesse ou de participação em atividades significativas; (6) sentimentos de desapego ou estranhamento com os outros; ou (7) incapacidade persistente de vivenciar emoções positivas (por exemplo, incapacidade de vivenciar felicidade, satisfação ou sentimentos de amor).
- E. Alterações acentuadas na excitação e reatividade associadas ao evento traumático, que se iniciam ou pioram após o evento traumático, como indicado por 2 ou mais itens a seguir: (1) comportamento irritável ou surtos de raiva com pouca ou nenhuma provocação; (2) comportamentos autodestrutivos ou impulsivos; (3) hipervigilância; (4) resposta de sobressalto exagerada; (5) problemas de concentração; (6) perturbação do sono.
- F. A duração dos sintomas nos critérios B, C, D e E é de >1 mês.
- G. Causa sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes de atuação.
- H. O distúrbio não é decorrente de medicação, uso de substâncias ou outra doença.

O indivíduo também pode ser diagnosticado como tendo um subtipo dissociativo de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) como indicado por 1 dos itens a seguir: (1) despersonalização (sensação de ser um observador externo de si mesmo); (2) desrealização (sensação de irrealidade, distância ou distorção).

Abordagem passo a passo do tratamento

Embora algumas pessoas com transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) possam se recuperar sem nenhuma (ou pouca) intervenção, muitas daquelas que não recebem tratamento eficaz desenvolvem problemas crônicos ao longo do tempo. A maioria das pessoas que apresenta TEPT já apresentava sintomas por vários meses ou até anos. A duração do transtorno não impede que as pessoas se beneficiem com um tratamento eficaz. A gravidade da resposta inicial ao trauma é um indicador razoável da necessidade de intervenção precoce. O TEPT responde a uma variedade de intervenções farmacológicas e psicológicas.

Objetivos do tratamento

Os objetivos do tratamento são:[58]

- Reduzir a gravidade dos sintomas
- Prevenir ou tratar comorbidades clínicas relacionadas ao trauma que estão presentes ou possam surgir
- Melhorar o funcionamento adaptativo e restaurar a sensação de segurança e confiança
- Prevenir recidivas
- Limitar a generalização do perigo vivenciado como resultado de um evento traumático.

Princípios gerais de tratamento

- Todos os pacientes devem ser tratados com respeito, confiança e compreensão, usando o mínimo de linguagem técnica. Os profissionais de saúde devem estar familiarizados com o contexto cultural do paciente e tomar os passos apropriados para transpor as barreiras apresentadas pelo idioma ou por diferenças culturais: por exemplo, presença de intérpretes e terapeutas com conhecimento de ambas as culturas. O apoio prático fornecido de maneira empática é importante para promover a recuperação após eventos traumáticos.[64]
- Todos os tratamentos devem ser fornecidos por profissionais competentes e adequadamente treinados, respaldados pela formação em psicologia. Isso deve incluir informações sobre reações comuns ao trauma (incluindo sintomas de TEPT e sua evolução e tratamento) e sobre a provável evolução do tratamento. Os profissionais de tratamento devem receber supervisão adequada.[64]
- Profissionais de saúde e assistentes sociais devem estar cientes do impacto psicológico de incidentes traumáticos ao tratar de sobreviventes logo após o incidente e oferecer apoio prático, social e emocional aos envolvidos.
- O tratamento não deve ser interrompido ou postergado por processos legais ou pedidos de indenização.[64]
- Os pacientes provavelmente estarão ansiosos pelo início do tratamento. Os profissionais de saúde devem reconhecer o desafio que isso representa e responder de forma adequada: por exemplo, monitorando as pessoas que não comparecem às consultas agendadas. Tratamentos psicológicos direcionados ao trauma devem ser cogitados somente quando o paciente considerar que seja seguro prosseguir.[64]
- As famílias e os cuidadores têm uma função importante no apoio às pessoas com TEPT. Como ocorre com outras condições psiquiátricas, especialmente as de longa duração, é importante reconhecer o peso que recai sobre os cuidadores. Dependendo da natureza do trauma e suas consequências, as famílias também podem precisar de apoio. Os profissionais de saúde devem estar cientes do impacto do TEPT em toda a família do paciente e, quando adequado, garantir

que as famílias dos pacientes com TEPT sejam informadas sobre as reações comuns a eventos traumáticos, incluindo os sintomas do TEPT e sua evolução e tratamento.[64]

- As famílias e os cuidadores também devem ser informados sobre grupos de autoajuda e grupos de apoio e ser encorajados a participar desses grupos. Se mais de 1 membro da família estiver sofrendo de TEPT, os profissionais de saúde devem garantir que o tratamento de todos os membros da família seja coordenado de maneira eficiente.[64]
- A recuperação de um TEPT pode ser facilitada ao garantir que os pacientes e suas famílias recebam o devido apoio social e prático, em especial imediatamente após o trauma. Se necessário, deve-se oferecer ajuda ou aconselhamento sobre como reduzir ou eliminar as ameaças contínuas relacionadas ao evento traumático.[64]
- Para orientar e informar os esforços de intervenção e prevenção nos estágios iniciais e intermediários após trauma em massa, foram definidos 5 princípios de intervenção com suporte empírico: (1) um sentimento de segurança, (2) acalmar, (3) sentimento de autoeficácia e de eficácia da comunidade, (4) sentimento de conectividade e (5) esperança.[69]

Vigilância ativa

Recomendada para pacientes com sintomas leves (ou seja, o sofrimento causado é suportável para o paciente, e a atuação ocupacional e social não é significativamente prejudicada) ou sintomas moderados (ou seja, o sofrimento e o impacto na parte funcional estão entre leve e grave e não se considera um risco significativo de suicídio, perigo a si mesmo ou a outras pessoas), quando os sintomas estiverem presentes por <3 meses após o trauma. Um contato de acompanhamento deve ser agendado dentro de 1 mês.[64] Alguns pacientes com sintomas moderados podem ser considerados para terapias geralmente indicadas para sintomas graves; entretanto, isso é determinado, principalmente, pela escolha do paciente.

Intervenções psicológicas

É importante observar que, para os pacientes que sofreram um trauma muito recente, não devem ocorrer intervenções sistemáticas com uma sessão ou com várias sessões focadas no evento traumático (incluindo intervenções muitas vezes chamadas de debriefing).[57] [63] [64] [70] [71] [72]

Quando os sintomas são graves (ou seja, o sofrimento causado é considerado insuportável pelo paciente, e/ou os sintomas causam impacto significativo no comportamento social e/ou ocupacional, e/ou há risco significativo de suicídio, perigo a si mesmo ou a outras pessoas) e permanecem por <3 meses após o trauma, recomenda-se a terapia cognitivo-comportamental focada em trauma (TCC-FT).[57] [63] [70] [73] [74] [75]

Aos pacientes com sintomas graves presentes por 3 meses ou mais também deve ser oferecida a TCC-FT.[76] Entretanto, um tratamento psicológico alternativo focado em trauma, dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR) também é recomendado para esse grupo de pacientes.[57] [63] [74] [77]

Aos pacientes que não apresentam melhora (ou apresentam melhora limitada) com esse tratamento, deve-se oferecer uma forma alternativa de tratamento psicológico focado em trauma ou um ciclo de tratamento farmacológico.

Há algumas evidências sobre os benefícios de intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental (TCC) não focadas no trauma.[74] [78] Essa evidência não é tão forte como a do TCC-FT ou EMDR. Intervenções psicológicas não focadas no trauma, como a TCC e psicoterapia

interpessoal, podem exercer um papel particular no tratamento de pessoas com TEPT que não estejam prontas para intervenções focadas no trauma ou que provavelmente não as tolerarão.[74] [77] Evidências emergentes sugerem que a terapia interpessoal pode ser eficaz em pacientes com histórico de trauma sexual, embora esses achados requeiram replicação em um ensaio prospectivo.[79]

Terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT)

- Se o tratamento começar no primeiro mês após o trauma, intervenções mais breves (ou seja, 5 sessões) poderão ser eficazes. Caso contrário, a duração do tratamento deve ser de 8 a 12 sessões se o TEPT tiver sido originado por um único evento.
- A duração do tratamento além de 12 sessões deve ser considerada se vários problemas precisam ser abordados. É mais provável que essa abordagem seja necessária após perda traumática de um ente querido ou depois de vários eventos traumáticos, quando ocorrer incapacidade crônica resultante de trauma e quando houver distúrbios comórbidos ou problemas sociais significativos. Nesses casos, o trabalho de estabilização ou intervenção para ajudar a regular as emoções e os relacionamentos interpessoais pode ser necessário antes de dar início ao trabalho focado em trauma.
- As sessões de tratamento devem ser regulares e frequentes (ou seja, pelo menos uma vez por semana); sessões mais longas (por exemplo, 90 minutos) muitas vezes são necessárias quando o trauma é discutido durante a sessão de tratamento. No início, talvez seja difícil para as pessoas revelarem detalhes de seu evento traumático. Nesses casos, pode ser necessário dedicar várias sessões para estabelecer uma relação terapêutica de confiança e a estabilização emocional, antes de abordar o evento traumático.

Dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR)

- Baseada na teoria de que as intrusões disfuncionais, emoções e sensações físicas vivenciadas pelas vítimas de trauma são decorrentes do armazenamento inadequado do evento traumático na memória implícita.
- Os procedimentos de EMDR baseiam-se no estímulo do processamento das próprias informações do paciente para ajudar a integrar o evento alvo como uma memória contextualizada adaptativa. As pessoas são preparadas para lidar com a memória e associações, enquanto sua atenção também é atraída por um estímulo físico bilateral (por exemplo, movimentos oculares, toques ou tons). Muitos dos procedimentos utilizados são os mesmos usados na TCC-FT. Substituir cognições negativas associadas ao trauma por cognições positivas complementa a terapia cognitiva.
- Caso contrário, a duração do tratamento deve ser de 8 a 12 sessões se o TEPT tiver sido originado por um único evento. A duração do tratamento além de 12 sessões deve ser considerada se vários problemas precisam ser abordados. É mais provável que essa abordagem seja necessária após perda traumática de um ente querido ou depois de vários eventos traumáticos, quando ocorrer incapacidade crônica resultante de trauma e quando houver distúrbios comórbidos ou problemas sociais significativos. Nesses casos, o trabalho de estabilização ou intervenção para ajudar a regular as emoções e os relacionamentos interpessoais pode ser necessário antes de dar início ao trabalho focado em trauma.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

- Todos os programas de TCC não focados no trauma para TEPT incluem um elemento de educação psicológica, além de terapia cognitiva e/ou manejo do estresse.

- Terapia cognitiva: o terapeuta ajuda os pacientes a identificar e modificar pensamentos e crenças inúteis que levam a emoções perturbadoras e impacto na parte funcional. O tratamento cognitivo do TEPT foca na identificação e modificação de interpretações do trauma e sua consequência que leva o paciente a superestimar a ameaça.
- Manejo do estresse: tem o objetivo de ajudar as pessoas a desenvolverem um sentido de domínio sobre o estresse por meio do aprendizado de habilidades de enfrentamento, que então passam a praticar de forma gradativa.

Sobreposição de terapias

- Ocorre uma sobreposição considerável entre as intervenções psicológicas nas abordagens e técnicas terapêuticas, e não há consenso sobre como essas psicoterapias devem ser categorizadas.[57] A TCC usa modelos psicológicos que descrevem a relação entre os pensamentos, as emoções e o comportamento. Ela usa uma série de técnicas terapêuticas com o objetivo de reduzir emoções afilivas por meio da substituição de pensamentos, crenças e/ou comportamentos. Essas abordagens se mostraram eficazes para vários problemas de saúde mental; nos últimos anos, foram desenvolvidos programas específicos para distúrbios específicos. O tratamento será considerado TCC-FT se seu foco principal for a memória do trauma e seu significado; portanto, as TCCs baseadas em exposição, como a terapia de processamento cognitivo e a terapia de exposição prolongada, são abarcadas pelo termo TCC-FT.
- Ocorre uma certa sobreposição das técnicas de tratamento entre a TCC-FT e o manejo de estresse. Na TCC-FT, as pessoas com TEPT às vezes recebem treinamento sobre estratégias de manejo de estresse. Da mesma forma, o manejo de estresse pode envolver a discussão do significado do evento traumático em sessões posteriores, sobrepondo-se com elementos cognitivos de TCC-FT.

Não há evidências convincentes de um efeito clinicamente importante de outras formas de tratamento psicológico (hipnoterapia, terapia psicodinâmica ou psicoterapia sistêmica) no TEPT.[57] [63] [73] [74] [75] [77] Entretanto, há algumas evidências novas que sugerem que terapias centradas no presente (por exemplo, terapia de suporte/terapia não diretiva) podem ser benéficas para aqueles que sofrem de TEPT, embora elas sejam menos efetivas que intervenções focadas no trauma.[80] 1[B]Evidence Também não há evidências suficientes para dar suporte ou refutar o uso de uma combinação de tratamentos psicológicos e farmacológicos.[81]

Farmacoterapia

Os antidepressivos constituem um tratamento eficaz para diminuir a gravidade dos principais sintomas do TEPT, bem como a depressão e incapacidade associadas.[82] No entanto, devido aos tamanhos de efeito relativamente baixos demonstrados nas revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e controlados, a farmacoterapia deve ser considerada para o tratamento de TEPT após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações:[57] [63] [64] [83] [84]

- Quando uma pessoa prefere não participar de um tratamento psicológico focado no trauma ou não pode iniciar uma psicoterapia em virtude da presença de uma séria ameaça de traumas subsequentes (por exemplo, quando há violência doméstica contínua)
- Para pacientes que falharam na resposta ou que não puderam tolerar um ciclo de um tratamento psicológico focado no trauma
- Onde há falta de disponibilidade de tratamentos psicológicos

- Como adjuvante ao tratamento psicológico em adultos, quando ocorre depressão comórbida importante ou hiperexcitabilidade grave que tenha impactos significativos na habilidade da pessoa de se beneficiar do tratamento psicológico.

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) como uma classe apresentam melhor desempenho que o placebo ao reduzir a gravidade dos sintomas da TEPT, mas o tamanho do efeito é pequeno.[85] No entanto, há diferenças acentuadas na farmacologia de agentes individuais dentro da classe, o que dá suporte à observação de metanálises prévias de que a adesão à classe não confere níveis iguais de eficácia.[77] [82] [85]

As evidências mais robustas em relação aos agentes individuais são sobre a paroxetina, fluoxetina, sertralina e venlafaxina (um inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina).[64] [77] [82] [85] [86] Três ensaios clínicos randomizados e controlados únicos revelaram evidências de superioridade sobre o placebo do antidepressivo tricíclico amitriptilina,[87] o inibidor da monoaminooxidase fenelzina[88] e o mais recente antidepressivo tetracíclico, a mirtazapina.[89] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais, eles podem ser considerados opções de segunda linha.

As diretrizes internacionais e metanálises prévias de tratamentos farmacológicos para TEPT foram consistentes em sua maioria, mas não totalmente.[77] [86]

Atualmente, também não há evidências suficientes para dar suporte ao uso de olanzapina e risperidona como monoterapias.[85]

Se não houver resposta a um determinado medicamento, considerar o aumento da dose (dentro dos limites aprovados), alternando para uma classe diferente de medicamentos ou potencializando a terapêutica com um antipsicótico como a risperidona. A risperidona apresentou alguns resultados promissores como tratamento de potencialização para pacientes com TEPT que apresentaram resposta parcial para um ISRS,[83] [90] mas um estudo muito maior entre veteranos não conseguiu mostrar que a risperidona seja superior ao placebo.[91]

A duração do tratamento medicamentoso para TEPT não foi abordada especificamente na literatura da pesquisa; na experiência clínica dos autores, se houver resposta ao tratamento medicamentoso, o medicamento deve ser mantido por, no mínimo, 12 meses antes da retirada gradual, geralmente por um período de 4 semanas, embora alguns pacientes possam necessitar de um período maior para a retirada. Os resultados de uma grande revisão sistemática e metanálise de 28 estudos sugeriram que, em pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo TEPT) que respondem ao tratamento com antidepressivos, o tratamento por pelo menos um ano está associado a taxas reduzidas de recaída e é bem tolerado. Os estudos incluídos na metanálise tinham uma duração de tratamento de até um ano apenas, então não havia nenhuma evidência referente à eficácia e tolerabilidade do tratamento além desse ponto; os autores ressaltaram que esta ausência de evidências após esse período não deve ser interpretada como recomendação explícita de descontinuar antidepressivos após um ano.[92]

Gestantes ou lactantes

Intervenções psicológicas são o tratamento de primeira escolha para essas pacientes. A farmacoterapia não é recomendada em decorrência do risco que alguns medicamentos provocam sobre o desenvolvimento do feto ou do lactente.

Tratamento de comorbidades

Depressão:

- Quando uma pessoa apresenta TEPT e depressão, os profissionais de saúde devem considerar tratar primeiramente o TEPT, pois a depressão muitas vezes melhora quando o tratamento do TEPT é bem-sucedido.
- Se a depressão for grave a ponto de tornar o tratamento psicológico do TEPT muito difícil (por exemplo, quando a pessoa tem pouquíssima energia, baixa concentração, é inativa ou apresenta alto risco de suicídio), a depressão deve ser tratada primeiro.
- Quando a avaliação identificar alto risco de suicídio ou perigo a outras pessoas, os profissionais de saúde devem focar primeiramente no manejo desse risco.

Abuso de álcool ou de drogas:

- Quando o uso ou a dependência de álcool ou drogas provavelmente interferir na eficácia do tratamento, o problema com drogas ou álcool deve ser tratado primeiro. Há algumas evidências de que psicoterapias focadas no trauma com intervenções adjuvantes para transtorno relacionado ao uso de substâncias podem ser eficazes.[93]

Transtorno de personalidade:

- A duração do tratamento talvez precise ser estendida quando o paciente de TEPT apresentar um transtorno de personalidade comórbido.

Psicose

- Há evidências de que pessoas com transtornos psicóticos atuais comórbidos com TEPT podem se beneficiar de TCC-FT ou EMDR.[94]

Luto:

- Quando uma pessoa tiver perdido um amigo ou parente próximo em decorrência de morte súbita ou não natural, ela deve ser avaliada quanto ao TEPT e luto traumático. Na maioria dos casos, o TEPT deve ser tratado primeiro, embora sem evitar conversar sobre o luto.

Encaminhamento a especialista

Ao considerar o encaminhamento a um especialista, os profissionais de saúde devem levar em conta o princípio de que todos os tratamentos devem ser reforçados com fornecimento de educação psicológica e conduzidos por profissionais competentes, adequadamente treinados e que recebam supervisão adequada. Quando essas condições não estiverem presentes, é aconselhável encaminhar a um especialista.

Outras circunstâncias nas quais o encaminhamento a um especialista pode ser aconselhável incluem aquelas nas quais o quadro clínico é complicado pela presença de comorbidades clínicas: por exemplo, depressão grave ou dependência de álcool/drogas. O encaminhamento também é aconselhável quando se considera haver risco significativo de suicídio, perigo a si mesmo ou a outras pessoas, e quando não há recursos disponíveis para o risco ser manejado de modo eficaz.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso			(resumo)
mulheres não gestantes ou amamentando			
■	sintomas <3 meses: leve	1a	vigilância ativa e acompanhamento em 1 mês
■	sintomas <3 meses: moderado	1a	vigilância ativa e acompanhamento em 1 mês
■	sintomas <3 meses: grave	1a	terapia cognitivo-comportamental focada no trauma
■	sintomas ≥3 meses	1a	terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT)
		adjunto	farmacoterapia
		1a	dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR)
		adjunto	farmacoterapia
		2a	terapia psicológica alternativa
		adjunto	farmacoterapia
		2a	psicoterapia não focada no trauma
		adjunto	farmacoterapia
	2a	farmacoterapia isolada	
gestantes ou lactantes			
■	sintomas <3 meses: leve	1a	vigilância ativa e acompanhamento em 1 mês
■	sintomas <3 meses: moderado	1a	vigilância ativa e acompanhamento em 1 mês
■	sintomas <3 meses: grave	1a	terapia cognitivo-comportamental focada no trauma
■	sintomas ≥3 meses	1a	terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT)
		1a	dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR)
		2a	psicoterapia alternativa focada no trauma
		2a	psicoterapia não focada no trauma

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso

mulheres não gestantes ou amamentando

■ sintomas <3 meses: leve

1a

vigilância ativa e acompanhamento em 1 mês

» A vigilância ativa é recomendada em pacientes com sintomas leves (ou seja, o sofrimento causado é suportado pelo paciente, e o comportamento social e ocupacional do paciente não é significativamente impactado) presentes por <3 meses após o trauma.

» Um contato de acompanhamento deve ser agendado dentro de 1 mês.[64]

■ sintomas <3 meses: moderado

1a

vigilância ativa e acompanhamento em 1 mês

» A vigilância ativa é recomendada em pacientes com sintomas moderados (ou seja, sofrimento e impacto na parte funcional entre leve e grave, sem consideração de risco significativo de suicídio, perigo a si mesmo ou a outras pessoas) presentes por <3 meses após o trauma.

» Um contato de acompanhamento deve ser agendado dentro de 1 mês.[64]

» Alguns pacientes com sintomas moderados podem ser considerados para terapias geralmente indicadas para sintomas graves; entretanto, isso é determinado, principalmente, pela escolha do paciente.

■ sintomas <3 meses: grave

1a

terapia cognitivo-comportamental focada no trauma

» Recomendada para pacientes com sintomas graves (ou seja, o sofrimento causado é considerado insuportável pelo paciente e/ou os sintomas impactam significativamente o comportamento social e/ou ocupacional e/ou há risco significativo de suicídio, perigo a si mesmo ou a outras pessoas) presentes por <3 meses após o trauma.[57] [63] [70] [74]

» Se o tratamento começar no primeiro mês após o trauma, intervenções mais breves (ou seja, 5 sessões) poderão ser eficazes. Caso

Em curso

■ sintomas ≥3 meses

1a

contrário, a duração do tratamento deve ser de 8 a 12 sessões se o TEPT tiver sido originado por um único evento. Deve-se considerar uma duração de tratamento além de 12 sessões se vários problemas precisarem ser abordados (por exemplo, perda traumática de um ente querido, eventos traumáticos múltiplos, incapacidade crônica resultante de trauma, presença de comorbidades).

» As sessões de tratamento devem ser regulares e frequentes (ou seja, pelo menos uma vez por semana); sessões mais longas (por exemplo, 90 minutos) muitas vezes são necessárias quando o trauma é discutido durante a sessão de tratamento.

» No início, talvez seja difícil para as pessoas revelarem detalhes de seu evento traumático. Nesses casos, pode ser necessário dedicar várias sessões para estabelecer uma relação terapêutica de confiança e a estabilização emocional, antes de abordar o evento traumático.

terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT)

» Aos pacientes com sintomas graves presentes por ≥3 meses deve ser oferecida psicoterapia focada no trauma, como TCC-FT.[\[57\]](#) [\[63\]](#) [\[74\]](#) [\[76\]](#) [\[77\]](#)

» A duração do tratamento deve ser de 8 a 12 sessões se o TEPT tiver sido originado por um único evento. Deve-se considerar uma duração de tratamento além de 12 sessões se vários problemas precisarem ser abordados (por exemplo, perda traumática de um ente querido, eventos traumáticos múltiplos, incapacidade crônica resultante de trauma, presença de comorbidades).

» As sessões de tratamento devem ser regulares e frequentes (ou seja, pelo menos uma vez por semana); sessões mais longas (por exemplo, 90 minutos) muitas vezes são necessárias quando o trauma é discutido durante a sessão de tratamento.

» No início, talvez seja difícil para as pessoas revelarem detalhes de seu evento traumático. Nesses casos, pode ser necessário dedicar várias sessões para estabelecer uma relação terapêutica de confiança e a estabilização emocional antes de abordar o evento traumático ou considerar oferecer uma intervenção com base na TCC não focada no trauma.

Em curso

adjunto farmacoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paroxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Opções secundárias

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

OU

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

Opções terciárias

» **paroxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia
-ou-

Em curso

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

-ou-

» **sertralina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

-ou-

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

-ou-

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

-ou-

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

-ou-

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

--E--

» **risperidona**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Os antidepressivos são efetivos na diminuição da gravidade dos principais sintomas do TEPT, bem como a depressão e incapacidade associadas.[82] No entanto, devido aos reduzidos tamanhos do efeito nas revisões sistemáticas, a farmacoterapia deve ser considerada apenas após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações:[57] [63] [64] [83] [84] quando um paciente prefere não participar de um tratamento psicológico focado no trauma, ou quando não pode iniciar uma psicoterapia por causa da presença de uma séria ameaça de traumas subsequentes (por exemplo, ameaça de violência doméstica contínua); quando um paciente não responde ou não consegue tolerar um ciclo de tratamento psicológico focado no trauma; quando não há disponibilidade de tratamentos psicológicos; ou como adjuvante ao tratamento psicológico em adultos quando há depressão comórbida significativa ou hiperexcitação grave com impacto significativo sobre a capacidade de se beneficiar do tratamento psicológico.

» Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) apresentam melhor

Em curso

desempenho que o placebo na redução da gravidade dos sintomas.[85] As evidências mais robustas são sobre paroxetina, fluoxetina, sertralina e venlafaxina (um inibidor da recaptção de serotonina-noradrenalina).[64] [77] [82] [85] [86]

» Também há evidências de superioridade em relação ao placebo do antidepressivo tricíclico amitriptilina,[87] o inibidor da monoaminoxidase fenelzina[82] e o mais recente antidepressivo tetracíclico, a mirtazapina.[85] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais, eles podem ser considerados opções de segunda linha.

» Se não houver resposta a um determinado medicamento, o médico pode considerar o aumento da dose (dentro dos limites aprovados), alternar para uma classe diferente de medicamentos ou potencializar a terapia com um antipsicótico como a risperidona. A risperidona apresentou alguns resultados promissores como tratamento de potencialização para pacientes que apresentaram resposta parcial a um ISRS,[83] [90] mas um estudo muito maior não conseguiu mostrar que a risperidona é superior ao placebo.[91]

» Se houver resposta ao tratamento medicamentoso, o medicamento deve ser mantido por, no mínimo, 12 meses antes da retirada gradual, geralmente por um período de 4 semanas, embora alguns pacientes possam necessitar de um período maior para a retirada.

» Atualmente, também não há evidências suficientes para dar suporte ao uso de olanzapina e risperidona como monoterapias.[85]

1a dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR)

» Aos pacientes com sintomas graves presentes por 3 meses deve ser oferecida psicoterapia focada no trauma, como EMDR.[57] [63] [74] [77]

» Os procedimentos são baseados no estímulo do processamento das próprias informações do paciente para ajudar a integrar o evento alvo como uma memória contextualizada adaptativa. As pessoas são preparadas para lidar com a memória e associações, enquanto sua atenção também é atraída por um estímulo físico bilateral

Em curso

(por exemplo, movimentos oculares, toques ou tons).

» A duração do tratamento deve ser de 8 a 12 sessões se o TEPT tiver sido originado por um único evento. Deve-se considerar uma duração de tratamento além de 12 sessões se vários problemas precisarem ser abordados (por exemplo, perda traumática de um ente querido, eventos traumáticos múltiplos, incapacidade crônica resultante de trauma, presença de comorbidades).

adjunto farmacoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paroxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Opções secundárias

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

OU

Em curso

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

Opções terciárias

» **paroxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

-ou-

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

-ou-

» **sertralina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

-ou-

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

-ou-

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

-ou-

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

-ou-

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

--E--

» **risperidona**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Os antidepressivos são efetivos na diminuição da gravidade dos principais sintomas do TEPT, bem como a depressão e incapacidade associadas.[82] No entanto, devido aos reduzidos tamanhos do efeito nas revisões sistemáticas, a farmacoterapia deve ser considerada apenas após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações:[57] [63] [64] [83] [84] quando um paciente prefere não participar de um tratamento psicológico focado no trauma, ou quando não pode iniciar uma psicoterapia por causa da presença de uma séria ameaça de traumas subsequentes (por exemplo, ameaça de violência doméstica)

Em curso

contínua); quando um paciente não responde ou não consegue tolerar um ciclo de tratamento psicológico focado no trauma; quando não há disponibilidade de tratamentos psicológicos; ou como adjuvante ao tratamento psicológico em adultos quando há depressão comórbida significativa ou hiperexcitação grave com impacto significativo sobre a capacidade de se beneficiar do tratamento psicológico.

» Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) apresentam melhor desempenho que o placebo na redução da gravidade dos sintomas.[85] As evidências mais robustas são sobre paroxetina, fluoxetina, sertralina e venlafaxina (um inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina).[64] [77] [82] [85] [86]

» Também há evidências de superioridade em relação ao placebo do antidepressivo tricíclico amitriptilina,[87] o inibidor da monoaminoxidase fenelzina[82] e o mais recente antidepressivo tetracíclico, a mirtazapina.[85] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais, eles podem ser considerados opções de segunda linha.

» Se não houver resposta a um determinado medicamento, o médico pode considerar o aumento da dose (dentro dos limites aprovados), alternar para uma classe diferente de medicamentos ou potencializar a terapia com um antipsicótico como a risperidona. A risperidona apresentou alguns resultados promissores como tratamento de potencialização para pacientes que apresentaram resposta parcial a um ISRS,[83] [90] mas um estudo muito maior não conseguiu mostrar que a risperidona é superior ao placebo.[91]

» Se houver resposta ao tratamento medicamentoso, o medicamento deve ser mantido por, no mínimo, 12 meses antes da retirada gradual, geralmente por um período de 4 semanas, embora alguns pacientes possam necessitar de um período maior para a retirada.

» Atualmente, também não há evidências suficientes para dar suporte ao uso de olanzapina e risperidona como monoterapias.[85]

2a terapia psicológica alternativa

» Aos pacientes que não apresentam melhora (ou apresentam melhora limitada) com

Em curso

adjunto

tratamento psicológico focado no trauma, deve-se oferecer uma forma alternativa de tratamento psicológico focado no trauma ou terapia cognitivo-comportamental não focada no trauma: o que não foi testado na primeira vez.

farmacoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paroxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Opções secundárias

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

OU

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

Opções terciárias

Em curso

» **paroxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia
-ou-

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia
-ou-

» **sertralina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia
-ou-

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia
-ou-

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia
-ou-

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia
-ou-

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

--E--

» **risperidona**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Os antidepressivos são efetivos na diminuição da gravidade dos principais sintomas do TEPT, bem como a depressão e incapacidade associadas.[82] No entanto, devido aos reduzidos tamanhos do efeito nas revisões sistemáticas, a farmacoterapia deve ser considerada apenas após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações:[57] [63] [64] [83] [84] quando um paciente prefere não participar de um tratamento psicológico focado no trauma, ou quando não pode iniciar uma psicoterapia por causa da presença de uma séria ameaça de traumas subsequentes (por exemplo, ameaça de violência doméstica contínua); quando um paciente não responde ou não consegue tolerar um ciclo de tratamento psicológico focado no trauma; quando não há disponibilidade de tratamentos psicológicos; ou como adjuvante ao tratamento psicológico em adultos quando há depressão comórbida significativa ou hiperexcitação grave com

Em curso

impacto significativo sobre a capacidade de se beneficiar do tratamento psicológico.

» Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) apresentam melhor desempenho que o placebo na redução da gravidade dos sintomas.[85] As evidências mais robustas são sobre paroxetina, fluoxetina, sertralina e venlafaxina (um inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina).[64] [77] [82] [85] [86]

» Também há evidências de superioridade em relação ao placebo do antidepressivo tricíclico amitriptilina,[87] o inibidor da monoaminoxidase fenelzina[82] e o mais recente antidepressivo tetracíclico, a mirtazapina.[85] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais, eles podem ser considerados opções de segunda linha.

» Se não houver resposta a um determinado medicamento, o médico pode considerar o aumento da dose (dentro dos limites aprovados), alternar para uma classe diferente de medicamentos ou potencializar a terapia com um antipsicótico como a risperidona. A risperidona apresentou alguns resultados promissores como tratamento de potencialização para pacientes que apresentaram resposta parcial a um ISRS,[83] [90] mas um estudo muito maior não conseguiu mostrar que a risperidona é superior ao placebo.[91]

» Se houver resposta ao tratamento medicamentoso, o medicamento deve ser mantido por, no mínimo, 12 meses antes da retirada gradual, geralmente por um período de 4 semanas, embora alguns pacientes possam necessitar de um período maior para a retirada.

» Atualmente, também não há evidências suficientes para dar suporte ao uso de olanzapina e risperidona como monoterapias.[85]

2a psicoterapia não focada no trauma

» Intervenções psicológicas não focadas no trauma, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), são recomendadas para pacientes que não estão prontos para as intervenções focadas no trauma e para aqueles que provavelmente não serão capazes de tolerar a intervenção focada no trauma.

» Todos os programas de TCC não focados no trauma para TEPT incluem um elemento de

Em curso

adjunto

educação psicológica, além de terapia cognitiva e/ou manejo do estresse.

farmacoterapia

Tratamento recomendado para **ALGUNS** dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paroxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Opções secundárias

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

OU

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

Opções terciárias

Em curso

» **paroxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

-ou-

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

-ou-

» **sertralina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

-ou-

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

-ou-

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

-ou-

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

-ou-

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

--E--

» **risperidona**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Os antidepressivos são efetivos na diminuição da gravidade dos principais sintomas do TEPT, bem como a depressão e incapacidade associadas.[82] No entanto, devido aos reduzidos tamanhos do efeito nas revisões sistemáticas, a farmacoterapia deve ser considerada apenas após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações:[57] [63] [64] [83] [84] quando um paciente prefere não participar de um tratamento psicológico focado no trauma, ou quando não pode iniciar uma psicoterapia por causa da presença de uma séria ameaça de traumas subsequentes (por exemplo, ameaça de violência doméstica contínua); quando um paciente não responde ou não consegue tolerar um ciclo de tratamento psicológico focado no trauma; quando não há disponibilidade de tratamentos psicológicos; ou como adjuvante ao tratamento psicológico em adultos quando há depressão comórbida significativa ou hiperexcitação grave com

Em curso

impacto significativo sobre a capacidade de se beneficiar do tratamento psicológico.

» Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) apresentam melhor desempenho que o placebo na redução da gravidade dos sintomas.[85] As evidências mais robustas são sobre paroxetina, fluoxetina, sertralina e venlafaxina (um inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina).[64] [77] [82] [85] [86]

» Também há evidências de superioridade em relação ao placebo do antidepressivo tricíclico amitriptilina,[87] o inibidor da monoaminoxidase fenelzina[82] e o mais recente antidepressivo tetracíclico, a mirtazapina.[85] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais, eles podem ser considerados opções de segunda linha.

» Se não houver resposta a um determinado medicamento, o médico pode considerar o aumento da dose (dentro dos limites aprovados), alternar para uma classe diferente de medicamentos ou potencializar a terapia com um antipsicótico como a risperidona. A risperidona apresentou alguns resultados promissores como tratamento de potencialização para pacientes que apresentaram resposta parcial a um ISRS,[83] [90] mas um estudo muito maior não conseguiu mostrar que a risperidona é superior ao placebo.[91]

» Se houver resposta ao tratamento medicamentoso, o medicamento deve ser mantido por, no mínimo, 12 meses antes da retirada gradual, geralmente por um período de 4 semanas, embora alguns pacientes possam necessitar de um período maior para a retirada.

» Atualmente, também não há evidências suficientes para dar suporte ao uso de olanzapina e risperidona como monoterapias.[85]

2a farmacoterapia isolada**Opções primárias**

» **paroxetina:** 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

Em curso

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Opções secundárias

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

OU

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

Opções terciárias

» **paroxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

-ou-

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

-ou-

» **sertralina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

-ou-

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Em curso

-ou-

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

-ou-

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

-ou-

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

--E--

» **risperidona**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Os antidepressivos são efetivos na diminuição da gravidade dos principais sintomas do TEPT, bem como a depressão e incapacidade associadas.[82] No entanto, devido aos reduzidos tamanhos do efeito nas revisões sistemáticas, a farmacoterapia deve ser considerada apenas após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações:[57] [63] [64] [83] [84] quando um paciente prefere não participar de um tratamento psicológico focado no trauma, ou quando não pode iniciar uma psicoterapia por causa da presença de uma séria ameaça de traumas subsequentes (por exemplo, ameaça de violência doméstica contínua); quando um paciente não responde ou não consegue tolerar um ciclo de tratamento psicológico focado no trauma; quando não há disponibilidade de tratamentos psicológicos; ou como adjuvante ao tratamento psicológico em adultos quando há depressão comórbida significativa ou hiperexcitação grave com impacto significativo sobre a capacidade de se beneficiar do tratamento psicológico.

» Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) apresentam melhor desempenho que o placebo na redução da gravidade dos sintomas.[85] As evidências mais robustas são sobre paroxetina, fluoxetina, sertralina e venlafaxina (um inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina).[64] [77] [82] [85] [86]

» Também há evidências de superioridade em relação ao placebo do antidepressivo tricíclico amitriptilina,[87] o inibidor da monoaminoxidase fenelzina[82] e o mais recente antidepressivo tetracíclico, a mirtazapina.[85] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais,

Em curso

eles podem ser considerados opções de segunda linha.

» Se não houver resposta a um determinado medicamento, o médico pode considerar o aumento da dose (dentro dos limites aprovados), alternar para uma classe diferente de medicamentos ou potencializar a terapia com um antipsicótico como a risperidona. A risperidona apresentou alguns resultados promissores como tratamento de potencialização para pacientes que apresentaram resposta parcial a um ISRS.[83][90] mas um estudo muito maior não conseguiu mostrar que a risperidona é superior ao placebo.[91]

» Se houver resposta ao tratamento medicamentoso, o medicamento deve ser mantido por, no mínimo, 12 meses antes da retirada gradual, geralmente por um período de 4 semanas, embora alguns pacientes possam necessitar de um período maior para a retirada.

» Atualmente, também não há evidências suficientes para dar suporte ao uso de olanzapina e risperidona como monoterapias.[85]

gestantes ou lactantes

■ sintomas <3 meses: leve

1a

vigilância ativa e acompanhamento em 1 mês

» A vigilância ativa é recomendada em pacientes com sintomas leves (ou seja, o sofrimento causado é suportado pelo paciente, e o comportamento social e ocupacional do paciente não é significativamente impactado) presentes por <3 meses após o trauma.

» Um contato de acompanhamento deve ser agendado dentro de 1 mês.[64]

■ sintomas <3 meses: moderado

1a

vigilância ativa e acompanhamento em 1 mês

» A vigilância ativa é recomendada em pacientes com sintomas moderados (ou seja, sofrimento e impacto na parte funcional entre leve e grave, sem consideração de risco significativo de suicídio, perigo a si mesmo ou a outras pessoas) presentes por <3 meses após o trauma.

» Um contato de acompanhamento deve ser agendado dentro de 1 mês.[64]

Em curso

<p>■ sintomas <3 meses: grave</p>	<p>1a</p>	<p>» Alguns pacientes com sintomas moderados podem ser considerados para terapias geralmente indicadas para sintomas graves; entretanto, isso é determinado, principalmente, pela escolha do paciente.</p> <p>terapia cognitivo-comportamental focada no trauma</p> <p>» Recomendada para pacientes com sintomas graves (ou seja, o sofrimento causado é considerado insuportável pelo paciente e/ou os sintomas impactam significativamente o comportamento social e/ou ocupacional e/ou há risco significativo de suicídio, perigo a si mesmo ou a outras pessoas) presentes por <3 meses após o trauma.^{[57] [63] [70] [74]}</p> <p>» Se o tratamento começar no primeiro mês após o trauma, intervenções mais breves (ou seja, 5 sessões) poderão ser eficazes. Caso contrário, a duração do tratamento deve ser de 8 a 12 sessões se o TEPT tiver sido originado por um único evento. Deve-se considerar uma duração de tratamento além de 12 sessões se vários problemas precisarem ser abordados (por exemplo, perda traumática de um ente querido, eventos traumáticos múltiplos, incapacidade crônica resultante de trauma, presença de comorbidades).</p> <p>» As sessões de tratamento devem ser regulares e frequentes (ou seja, pelo menos uma vez por semana); sessões mais longas (por exemplo, 90 minutos) muitas vezes são necessárias quando o trauma é discutido durante a sessão de tratamento.</p> <p>» No início, talvez seja difícil para as pessoas revelarem detalhes de seu evento traumático. Nesses casos, pode ser necessário dedicar várias sessões para estabelecer uma relação terapêutica de confiança e a estabilização emocional, antes de abordar o evento traumático.</p>
<p>■ sintomas ≥3 meses</p>	<p>1a</p>	<p>terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT)</p> <p>» Aos pacientes com sintomas graves presentes por ≥3 meses deve ser oferecida psicoterapia focada no trauma, como TCC-FT.^{[57] [63] [74] [77]}</p> <p>» A duração do tratamento deve ser de 8 a 12 sessões se o TEPT tiver sido originado por um único evento. Deve-se considerar uma duração de tratamento além de 12 sessões se vários problemas precisarem ser abordados (por</p>

Em curso

exemplo, perda traumática de um ente querido, eventos traumáticos múltiplos, incapacidade crônica resultante de trauma, presença de comorbidades).

» As sessões de tratamento devem ser regulares e frequentes (ou seja, pelo menos uma vez por semana); sessões mais longas (por exemplo, 90 minutos) muitas vezes são necessárias quando o trauma é discutido durante a sessão de tratamento.

» No início, talvez seja difícil para as pessoas revelarem detalhes de seu evento traumático. Nesses casos, pode ser necessário dedicar várias sessões para estabelecer uma relação terapêutica de confiança e a estabilização emocional, antes de abordar o evento traumático.

1a **dessensibilização e reproprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR)**

» Aos pacientes com sintomas graves presentes por 3 meses deve ser oferecida psicoterapia focada no trauma, como EMDR.[\[57\]](#) [\[63\]](#) [\[74\]](#) [\[77\]](#)

» Os procedimentos são baseados no estímulo do processamento das próprias informações do paciente para ajudar a integrar o evento alvo como uma memória contextualizada adaptativa. As pessoas são preparadas para lidar com a memória e associações, enquanto sua atenção também é atraída por um estímulo físico bilateral (por exemplo, movimentos oculares, toques ou tons).

» A duração do tratamento deve ser de 8 a 12 sessões se o TEPT tiver sido originado por um único evento. Deve-se considerar uma duração de tratamento além de 12 sessões se vários problemas precisarem ser abordados (por exemplo, perda traumática de um ente querido, eventos traumáticos múltiplos, incapacidade crônica resultante de trauma, presença de comorbidades).

2a **psicoterapia alternativa focada no trauma**

» Aos pacientes que não apresentam melhora (ou apresentam melhora limitada) com tratamento psicológico focado no trauma, deve-se oferecer uma forma alternativa de tratamento psicológico focado no trauma ou terapia cognitivo-comportamental não focada no trauma: o que não foi testado na primeira vez.

2a **psicoterapia não focada no trauma**

Em curso

- » A terapia cognitivo-comportamental (TCC) não focada no trauma é recomendada para pacientes que não estão prontos para as intervenções focadas no trauma e para aqueles que provavelmente não serão capazes de tolerar a intervenção focada no trauma.
- » Todos os programas de TCC não focados no trauma para TEPT incluem um elemento de educação psicológica, além de terapia cognitiva e/ou manejo do estresse.

Novidades

Topiramato

Dois pequenos ensaios clínicos randomizados e controlados produziram resultados conflitantes com relação à eficácia do topiramato em comparação com o placebo, no caso de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). Duas metanálises recomendaram seu uso como monoterapia.[77] [86] No entanto, essas metanálises incluíram um pequeno estudo de potencialização, no qual foi permitido a combinação de medicações psicotrópicas dentre os grupos experimentais e de placebo. Quando os dados dos estudos de potencialização foram excluídos em uma outra metanálise,[85] o topiramato não demonstrou evidências de superioridade em comparação com o placebo; sendo assim, não pode ser recomendado para TEPT como uma monoterapia baseada em evidências. No momento, não há evidências suficientes para recomendá-lo como tratamento.[85] [95] [96]

Terapias alternativas

Dois pequenos ensaios clínicos randomizados e controlados sobre acupuntura e repetição de mantras mostraram desfechos promissores no tratamento do TEPT, mas as evidências são insuficientes para recomendar essas intervenções.[97]

Terapia de realidade virtual

Um pequeno ensaio para examinar o uso de simulações audiovisuais de situações de combate traumáticas e condições após desastres, para facilitar as intervenções psicológicas com base em exposição, apresentou resultados promissores.[98]

Agonistas do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA)

O uso de agonistas de NMDA (por exemplo, D-cicloserina) para melhorar as intervenções psicológicas baseadas em exposição foi relatado em relação a transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social e transtorno de pânico. As diretrizes relatam o potencial desses agentes ao serem usados para potencializar a psicoterapia no tratamento do TEPT.[57] Entretanto, essas diretrizes enfatizam que, no momento da publicação, não havia estudos publicados sobre o uso de D-cicloserina ou outro agente farmacológico para melhorar a resposta de intervenções psicológicas em pacientes com TEPT. Uma revisão sistemática recente chegou à mesma conclusão,[81] assim como uma metanálise subsequente que incluiu 5 estudos da terapia para aumentar a D-cicloserina em adultos com TEPT.[99]

Prazosina

Ensaio clínico têm relatado resultados mistos para agente alfa-adrenérgico prazosina. Uma série de ensaios controlados (com um pequeno número de participantes) mostrou desfechos promissores no tratamento de pesadelos e perturbações do sono associados.[100] [101] [102] Em 2016, uma revisão sistemática e metanálise, incluindo 6 pequenos ensaios clínicos randomizados controlados (ECRC) concluíram que a prazosina parece melhorar a qualidade do sono e sintomas gerais de TEPT, bem como reduzir os pesadelos, quando comparada ao grupo-controle/placebo. Os pacientes incluídos na metanálise foram principalmente veteranos do exército e militares em ativa. A prazosina foi relativamente bem tolerada e associada com efeitos colaterais menores, que foram semelhantes entre os grupos sob prazosina e placebo.[103] No entanto, um ECRC de 2018 de 304 veteranos do exército com TEPT crônico constatou que prazosina não melhora a qualidade do sono ou alivia pesadelos em comparação com o placebo.[104]

Psicoterapia assistida com metilenodioximetanfetamina (MDMA)

Três ECRCs têm investigado o uso inovador de psicoterapia assistida por 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA) para TEPT crônico, resistente ao tratamento.[105] [106] O primeiro estudo relatou uma resposta clínica de 83% no grupo MDMA em comparação com 25% no grupo placebo.[105] O acompanhamento de longo prazo apresentou ganhos clínicos e estatisticamente significativos no alívio dos sintomas, sem relatos de lesões de indivíduos que tenham participado do estudo.[107] O segundo estudo, de menor porte,

não demonstrou reduções estatisticamente significativas nos escores da Escala de TEPT Administrada pelo Clínico (CAPS) para o grupo sob MDMA, mas relatou melhora autorrelatada clínica e estatisticamente significativa nos sintomas de TEPT.[106] O terceiro estudo, com militares, bombeiros e policiais veteranos (n = 26), avaliou a eficácia de MDMA em três doses; esperava-se que a menor dose tivesse pouco efeito terapêutico, e ela foi usada como uma comparação para as doses mais elevadas (placebo ativo). Foram demonstradas reduções clínica e estatisticamente significativas nos escores CAPS no endpoint nos dois grupos sob dose completa em comparação ao grupo sob placebo ativo. Houve um evento adverso grave que foi considerado possivelmente relacionado à droga do tratamento em estudo no grupo sob placebo ativo, com o andamento da terapia bem tolerado caso contrário.[108]

Eszopiclona

Um pequeno ensaio clínico randomizado e controlado (ECRC) investigou o uso de eszopiclona e apontou algumas melhoras no sono e nos sintomas de TEPT. Entretanto, os pacientes receberam uma mistura de monoterapia e terapia de potencialização; sendo assim, são necessárias pesquisas adicionais com metodologia mais rígida.[109]

Hidrocortisona

Há evidências moderadas que dão suporte ao uso de hidrocortisona em ambientes médicos para prevenir o início de TEPT, mas não há evidências sobre propranolol, escitalopram, temazepam ou gabapentina. As intervenções foram administradas dentro de 12 horas do evento traumático na maioria dos estudos.[110]

Recomendações

Monitoramento

Os médicos devem reavaliar os indivíduos e considerar a administração mensal de um dos instrumentos de avaliação recomendados para monitorar as alterações de sintomas ao longo do tempo. O tempo entre consultas pode variar dependendo da gravidade dos sintomas e de outros fatores.

Os pacientes que recebem a prescrição de antidepressivos devem ser avisados sobre os potenciais efeitos adversos e os possíveis sintomas de supressão/interrupção, especialmente da paroxetina. As doses de antidepressivos devem ser reduzidas gradualmente por um período de 4 semanas, ou mais, se necessário. Quando os sintomas de interrupção/supressão forem leves, deve-se tranquilizar o paciente e proceder ao monitoramento. Quando os sintomas forem graves, deve-se considerar a reintrodução do antidepressivo original (ou outro da mesma classe com meia-vida mais longa) e reduzi-lo gradualmente enquanto se monitoram os sintomas.^[64]

Os pacientes que recebem inibidores seletivos de recaptação de serotonina devem ser monitorados quanto aos sinais de acatisia, ideação suicida e aumento da ansiedade e agitação. Se houver desenvolvimento importante e/ou prolongado de acatisia, o uso do medicamento deve ser reavaliado.^[64]

Recomenda-se o monitoramento frequente das pessoas consideradas sob risco maior de suicídio após uma avaliação e de todos os pacientes na faixa etária dos 18 aos 29 anos que começaram a usar antidepressivos, até que seja observada a diminuição do risco.^[64] Por outro lado, pessoas que receberam a prescrição de antidepressivos, mas que não são consideradas sob risco maior de suicídio, devem ser observadas normalmente após 2 semanas e, depois disso, regularmente, em intervalos adequados.^[64]

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser informados sobre as reações comuns que ocorrem imediatamente após um evento traumático (por exemplo, sentir-se chocado, anestesiado ou incapaz de aceitar o que aconteceu). Esses pacientes devem ser informados de que há uma variação considerável no tempo para obter sucesso no caso de eventos traumáticos, bem como sobre a grande gama de emoções que podem vivenciar (por exemplo, medo, sentimento de impotência, raiva, culpa, vergonha, tristeza), além do fato de que podem sentir fadiga, dificuldades com o sono (incluindo sonhos e pesadelos) e problemas de memória ou concentração.

Deve-se aconselhar os pacientes:

- Fazer uso do apoio disponibilizado pela família, amigos e outros sobreviventes
- Reestabelecer as rotinas diárias
- Expressar seus sentimentos
- Dedicar um tempo para refletir e se recuperar
- Não usar drogas ou álcool para ajudar a superar a situação
- Não promover nenhuma grande mudança de vida.

Os pacientes devem ser aconselhados a procurar ajuda profissional se:

- Não conseguirem lidar com seus sentimentos
- Não voltarem ao normal após 6 semanas
- Apresentarem problemas graves de sono, raiva ou retração social
- Sofrerem acidentes ou seu trabalho ficar prejudicado
- Usarem drogas, fumarem ou beberem de forma excessiva para lidar com a situação.

Os grupos de apoio podem ser úteis.

[MIND: post-traumatic stress disorder (PTSD)]

[US Department of Veterans Affairs: National Center for PTSD]

[Post-Traumatic Stress Disorder Foundation of America]

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
aumento do sofrimento em decorrência da terapia de exposição	curto prazo	média
<p>Muitos pacientes apresentam alto nível de sofrimento inicial nos primeiros estágios da terapia de exposição. Isso pode ocasionar certo desconforto entre médicos que não possuem experiência significativa na aplicação da terapia de exposição, e esses profissionais podem interromper o tratamento por medo de que esses sintomas e níveis de sofrimento possam aumentar com o tempo. Entretanto, essas suposições são frequentemente imprecisas, e vários estudos de alta precisão não sustentam essa teoria.[113] [114] [115] [116]</p> <p>Além disso, o aumento inicial do sofrimento durante as primeiras sessões de terapia de exposição está associado a desfechos de maior qualidade após o tratamento.[116] Estudos descobriram que os pacientes não tendem a interromper o tratamento de forma prematura quando recebem terapia de exposição, em comparação a outras intervenções.[117] [118] No entanto, para aqueles incapazes de tolerar a intervenção focada no trauma, a provisão de terapia cognitivo-comportamental não focada no trauma deve ser considerada.[74]</p> <p>Orientar o paciente sobre o tratamento e os potenciais aumentos iniciais do sofrimento pode diminuir esse sentimento.</p>		
ansiedade	variável	média
<p>Pode ocorrer em consequência da exposição ao trauma e sintomas resultantes. O tratamento é realizado com psicoterapias e medicamentos adequados.</p>		
depressão	variável	média
<p>Pode ocorrer em consequência da exposição ao trauma e sintomas resultantes. O tratamento é realizado com psicoterapias e medicamentos adequados.</p>		
psicose	variável	média
<p>Pode ocorrer em consequência da exposição ao trauma e sintomas resultantes. O tratamento é realizado com psicoterapias e medicamentos adequados.</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
barreiras psicológicas à terapia de exposição	variável	média
<p>Raiva e irritabilidade são prevalentes e podem impedir o sucesso do tratamento. O tratamento bem-sucedido muitas vezes coincide com uma diminuição desses sintomas.[119] Entretanto, a raiva, se for muito extrema, pode interferir na capacidade do paciente de processar a ansiedade e o medo.</p> <p>Sintomas dissociativos graves também podem interferir na eficácia do tratamento baseado em exposição. Uma estratégia é adiar a discussão de assuntos que geram raiva até que os componentes baseados em exposição estejam eliminados na intervenção.[120]</p> <p>Os pacientes que não conseguem adiar a abordagem da raiva podem se beneficiar do aprendizado de técnicas de manejo da raiva antes de iniciar a terapia de exposição.</p> <p>Técnicas de relaxamento voltadas à redução da evitação podem ser úteis para pacientes com sintomas dissociativos graves.[120] Exemplos de técnicas de relaxamento podem incluir apertar um objeto, contar itens em uma sala ou qualquer outra atividade que aumente a consciência do paciente quanto ao ambiente imediato.[35]</p>		
desenvolvimento de problemas de abuso de substâncias	variável	média
<p>Na tentativa de lidar com seus sintomas, muitos pacientes usam álcool, drogas, cafeína ou nicotina.</p> <p>Se o TEPT for a causa de um abuso de substâncias, o tratamento efetivo do TEPT frequentemente ajudará a reduzir esses problemas.</p> <p>Se a pessoa desenvolveu dependência, isso precisa ser tratado antes de a pessoa receber intervenções psicológicas focadas no trauma.</p> <p>Em casos graves, pode ser necessário trabalhar de forma colaborativa com serviços especializados de abuso de substâncias.</p>		
suicídio	variável	baixa
<p>Como em qualquer transtorno psiquiátrico, o suicídio é uma complicação potencial rara, mas importante. A avaliação inicial e contínua deve rotineiramente incluir questões para aferir a presença de risco de suicídio e, caso presente, a gravidade do risco.</p>		

Prognóstico

Embora a maioria das pessoas que sofre eventos traumáticos sinta uma breve resposta aguda a situações estressantes e nunca desenvolva uma reação patológica duradoura, uma menor proporção de pessoas desenvolverá transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), isoladamente ou complicado com transtornos comórbidos como depressão, transtorno de ansiedade generalizada ou abuso de substâncias.[26] [29] [111]

A transição de curta para longa duração e a evolução da doença são variadas e influenciadas por fatores de risco e de proteção. Por exemplo, a disponibilidade do tratamento, o apoio social e estratégias de

enfrentamento eficazes podem influenciar a recuperação. A gravidade da exposição e perdas humanas e materiais podem estar associadas a uma evolução longa e complicada da doença.[112]

A duração média dos sintomas, se tratados, é de 36 meses, e a duração média dos sintomas entre os indivíduos não tratados é de 64 meses. Além disso, embora quase 50% apresentem redução significativa dos sintomas, mais de um terço das pessoas nunca remitem completamente.[29]

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Post-traumatic stress disorder

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2018

América do Norte

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação em:
2013

Oceania

Expert guidelines: diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder in emergency service workers

Publicado por: Black Dog Institute, University of New South Wales;
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

Última publicação em:
2015

Diretrizes de tratamento

Europa

Post-traumatic stress disorder

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2018

EPA guidance on eMental health interventions in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD)

Publicado por: European Psychiatric Association

Última publicação em:
2017

Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder

Publicado por: British Association for Psychopharmacology

Última publicação em:
2014

Common mental health problems: identification and pathways to care

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2011

Europa

Post-traumatic stress disorder: management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2005

Internacional

Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders

Publicado por: World Federation of Societies of Biological Psychiatry

Última publicação em:
2008

América do Norte

VA/DOD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder

Publicado por: US Department of Veterans Affairs

Última publicação em:
2017

Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD)

Publicado por: American Psychological Association

Última publicação em:
2017

Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: guideline watch

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação em:
2009

Oceania

Expert guidelines: diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder in emergency service workers

Publicado por: Black Dog Institute, University of New South Wales; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

Última publicação em:
2015

Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder

Publicado por: Australian Centre for Posttraumatic Mental Health

Última publicação em:
2013

Recursos online

1. [US Department of Veterans Affairs: Impact of Event Scale - revised \(IES-R\) \(external link\)](#)
2. [US Department of Veterans Affairs: Davidson Trauma Scale \(DTS\) \(external link\)](#)
3. [US Department of Veterans Affairs: Trauma Screening Questionnaire \(TSQ\) \(external link\)](#)
4. [US Department of Veterans Affairs: SPAN \(external link\)](#)
5. [US Department of Veterans Affairs: PTSD Symptom Scale - Interview \(PSS-I\) \(external link\)](#)
6. [US Department of Veterans Affairs: Structured clinical interview for the DSM-IV axis I disorders \(SCID PTSD module\) \(external link\)](#)
7. [US Department of Veterans Affairs: Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 \(CAPS-5\) \(external link\)](#)
8. [US Department of Veterans Affairs: PTSD checklist for DSM-5 \(PCL-5\) \(external link\)](#)
9. [MIND: post-traumatic stress disorder \(PTSD\) \(external link\)](#)
10. [US Department of Veterans Affairs: National Center for PTSD \(external link\)](#)
11. [Post-Traumatic Stress Disorder Foundation of America \(external link\)](#)

Nível de evidência

1. Gravidade dos sintomas: há evidências de qualidade moderada de que terapias centradas no presente são mais efetivas que os tratamentos existentes baseados em evidências para o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT).[\[80\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Benedek DM, Friedman MJ, Zatzick D, et al. Guideline watch (March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. 2009 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
- National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder: management. March 2005 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, et al. Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. JAMA. 2015 Aug 4;314(5):489-500. [Resumo](#)
- Hoskins M, Pearce J, Bethell A, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2015 Feb;206(2):93-100. [Texto completo](#)
[Resumo](#)

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, et al. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand. 2000 Jan;101(1):46-59. [Resumo](#)
3. Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. J Trauma Stress. 2008 Oct;21(5):455-62. [Resumo](#)
4. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychol Med. 2001 Oct;31(7):1237-47. [Resumo](#)
5. De Vries GJ, Olf, M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. J Trauma Stress. 2009 Aug;22(4):259-67. [Resumo](#)
6. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Arch Gen Psychiatry. 1998 Jul;55(7):626-32. [Texto completo](#)
[Resumo](#)

7. Galea S, Brewin CR, Gruber M, et al. Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Dec;64(12):1427-34. [Texto completo](#) [Resumo](#)
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593-602. [Texto completo](#) [Resumo](#)
9. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Feb;59(2):115-23. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Williams DR, Herman A, Stein DJ, et al. Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. *Psychol Med*. 2008 Feb;38(2):211-20. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. McManus S, Meltzer H, Wessely S. Posttraumatic stress disorder. In: McManus S, Meltzer H, Brugha T, et al, eds. *Adult psychiatric morbidity in England, 2007: results of a household survey*. London, UK: The NHS Information Centre for health and social care; 2009.
12. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Oct;68(5):748-66. [Resumo](#)
13. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, et al. Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003 Jan;129(1):52-73. [Resumo](#)
14. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull*. 1986 Jan;99(1):20-35. [Resumo](#)
15. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychol Rev*. 1996 Oct;103(4):670-86. [Resumo](#)
16. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000 Apr;38(4):319-45. [Resumo](#)
17. Gilbertson MW, Shenton ME, Ciszewski A, et al. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci*. 2002 Nov;5(11):1242-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. Shin LM, Rauch SL, Pitman RK. Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Jul;1071:67-79. [Resumo](#)
19. Otte C, Lenoci M, Metzler T, et al. Effects of metyrapone on hypothalamic-pituitary-adrenal axis and sleep in women with post-traumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2007 Apr 15;61(8):952-6. [Resumo](#)
20. Shalev A. Acute stress reactions in adults. *Biol Psychiatry*. 2002 Apr 1;51(7):532-43. [Resumo](#)
21. Meewisse M, Reitsma JB, De Vries G, et al. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007 Nov;191:387-92. [Texto completo](#) [Resumo](#)

22. Bisson JI. The neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry*. 2009;8:288-9.
23. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, et al. Prevalence of civilian trauma and PTSD in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*. 1993 Dec;61(6):984-91. [Resumo](#)
24. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, et al. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2003 Aug;71(4):692-700. [Resumo](#)
25. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27:78-91. [Resumo](#)
26. Neria Y, Gross R, Olfson M, et al. Posttraumatic stress disorder in primary care one year after the 9/11 attacks. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006 May-Jun;28(3):213-22. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, et al. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2003 Apr;71(2):339-52. [Resumo](#)
28. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, et al. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*. 2002 Fall;65(3):207-39. [Resumo](#)
29. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60. [Resumo](#)
30. Acierno R, Ruggiero KJ, Galea S, et al. Psychological sequelae resulting from the 2004 Florida hurricanes: implications for post-disaster intervention. *Am J Public Health*. 2007 Apr;97 (Suppl 1):S103-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Friedman MJ, Schnurr PP, McDonagh-Coyle A. Post-traumatic stress disorder in the military veteran. *Psychiatr Clin North Am*. 1994 Jun;17(2):265-77. [Resumo](#)
32. Hoge CW, McGurk D, Thomas JL, et al. Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *N Engl J Med*. 2008 Jan 31;358(5):453-63. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. Briere J. Psychological assessment of adult posttraumatic states. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 1997:1-23.
34. Saunders BE. Understanding children exposed to violence: toward an integration of overlapping fields. *J Interpers Violence*. 2003 Apr;18(4):356-76.
35. Amstadter AB, McCart MR, Ruggiero KJ. Psychosocial interventions for adults with crime-related PTSD. *Prof Psychol Res Pr*. 2007;38(6):640-51.
36. Norris FH, Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *J Pers Soc Psychol*. 1996 Sep;71(3):498-511. [Resumo](#)
37. Acierno R, Kilpatrick DG, Resnick RS. Posttraumatic stress disorder in adults relative to criminal victimization: prevalence, risk factors, and comorbidity. In: Saigh PA, Bremner JD, eds. *Posttraumatic stress disorder: a comprehensive text*. Boston, MA: Allyn and Baron; 1999:44-68.

38. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*. 2002 Jan 10;346(2):108-14. [Resumo](#)
39. Acierno R, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG, et al. Risk and protective factors for psychopathology among older versus younger adults following the 2004 Florida hurricanes. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006 Dec;14(12):1051-9. [Resumo](#)
40. Acierno R, Brady K, Gray M, et al. Psychopathology following interpersonal violence: a comparison of risk factors in older and younger adults. *J Clin Geropsychol*. 2002 Jan;8(1):13-23.
41. Bryant RA, Harvey AG. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002 Apr;36(2):205-9. [Resumo](#)
42. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol*. 1998 Aug;107(3):508-19. [Resumo](#)
43. Carty J, O'Donnell ML, Creamer M. Delayed-onset PTSD: a prospective study of injury survivors. *J Affect Disord*. 2006 Feb;90(2-3):257-61. [Resumo](#)
44. Comijs HC, Penninx BW, Knipscheer KP, et al. Psychological distress in victims of elder mistreatment: the effects of social support and coping. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1999 Jul;54(4):P240-5. [Resumo](#)
45. Gray MJ, Acierno R. Symptom presentations of older adult crime victims: description of a clinical sample. *J Anxiety Disord*. 2002;16(3):299-309. [Resumo](#)
46. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*. 1998 Jun;66(3):493-9. [Resumo](#)
47. Cusack KJ, Frueh BC, Brady KT. Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatr Serv*. 2004 Feb;55(2):157-62. [Resumo](#)
48. Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. 1979 May;41(3):209-18. [Resumo](#)
49. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale - Revised. In: Wilson JP, Keane TM, eds. *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners*. New York, NY: Guilford Press; 1997:399-411.
50. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, et al. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the posttraumatic diagnostic scale. *Psychol Assessment*. 1997;9(4):445-51.
51. Davidson JR, Book SW, Colket JT, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. 1997 Jan;27(1):153-60. [Resumo](#)
52. Weathers FW, Ford J. Psychometric review of the PTSD checklist. In: Stamm BH, ed. *Measurement of stress, trauma, and adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press; 1996:250-1.
53. Brewin CR, Rose S, Andrews B, et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2002 Aug;181:158-62. [Texto completo](#) [Resumo](#)

54. Meltzer-Brody S, Churchill E, Davidson JR. Derivation of the SPAN, a brief diagnostic screening test for post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Res.* 1999 Oct 18;88(1):63-70. [Resumo](#)
55. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, et al; US National Center for PTSD. PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
56. Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress.* 2005 Feb;18(1):53-62. [Resumo](#)
57. Benedek DM, Friedman MJ, Zatzick D, et al. Guideline watch (March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. 2009 [internet publication]. [Texto completo](#)
58. Ursano RJ, Bell C, Eth S, et al; American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 2004 Nov;161(11 Suppl):3-31. [Texto completo](#) [Resumo](#)
59. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress.* 1995 Jan;8(1):75-90. [Resumo](#)
60. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders - patient edition (SCID-I/P, version 2.0). New York, NY: Biometrics Research Department of the New York State Psychiatric Institute; 1995.
61. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, et al. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 1993;6(4):459-73.
62. Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, et al; US National Center for PTSD. Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5). 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
63. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
64. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder: management. March 2005 [internet publication]. [Texto completo](#)
65. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, et al. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry.* 2007 Jan;164(1):150-3. [Resumo](#)
66. Iversen AC, van Staden L, Hughes JH, et al. The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *BMC Psychiatry.* 2009 Oct 30;9:68. [Texto completo](#) [Resumo](#)
67. Bliese PD, Wright KM, Adler AB, et al. Timing of postcombat mental health assessments. *Psychol Services.* 2007;4(3):141-8.

68. Adler AB, Bliese PD, McGurk D, et al. Battlemind debriefing and battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: randomization by platoon. *J Consult Clin Psychol*. 2009 Oct;77(5):928-40. [Resumo](#)
69. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007 Winter;70(4):283-315. [Resumo](#)
70. Gartlehner G, Forneris CA, Brownley KA, et al. Interventions for the prevention of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults after exposure to psychological trauma. Comparative effectiveness review no. 109. AHRQ Publication No. 13-EHC062-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. [Texto completo](#) [Resumo](#)
71. Roberts N, Kitchiner N, Kenardy J, et al. Multiple session early interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD006869. [Texto completo](#) [Resumo](#)
72. Bastos MH, Furuta M, Small R, et al. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 10;(4):CD007194. [Texto completo](#) [Resumo](#)
73. Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1086-109. [Resumo](#)
74. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 13;(12):CD003388. [Texto completo](#) [Resumo](#)
75. Roberts N, Kitchiner NJ, Kenardy J, et al. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;(3):CD007944. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, et al. Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *JAMA*. 2015 Aug 4;314(5):489-500. [Resumo](#)
77. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). Comparative effectiveness review No. 92. AHRQ publication no. 13-EHC011-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. [Texto completo](#) [Resumo](#)
78. Markowitz JC, Petkova E, Neria Y, et al. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2015 May;172(5):430-40. [Texto completo](#) [Resumo](#)
79. Markowitz JC, Neria Y, Lovell K, et al. History of sexual trauma moderates psychotherapy outcome for posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*. 2017 Aug;34(8):692-700. [Texto completo](#) [Resumo](#)
80. Frost ND, Laska KM, Wampold BE. The evidence for present-centered therapy as a treatment for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2014 Feb;27(1):1-8. [Resumo](#)

81. Hetrick SE, Purcell R, Garner B, et al. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jul 7;(7):CD007316. [Texto completo](#) [Resumo](#)
82. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD002795. [Texto completo](#) [Resumo](#)
83. Bartzokis G, Lu PH, Turner J, et al. Adjunctive risperidone in the treatment of chronic combat-related posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry. 2005 Mar 1;57(5):474-9. [Resumo](#)
84. Berger W, Mendlowicz MV, Marques-Portella C, et al. Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: a systematic review. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2009 Mar 17;33(2):169-80. [Texto completo](#) [Resumo](#)
85. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2015 Feb;206(2):93-100. [Texto completo](#) [Resumo](#)
86. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, et al. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2013 Jun;74(6):e541-50. [Resumo](#)
87. Davidson J, Kudler H, Smith R, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. Arch Gen Psychiatry. 1990 Mar;47(3):259-66. [Resumo](#)
88. Kosten TR, Frank JB, Dan E, et al. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. J Nerv Ment Dis. 1991 Jun;179(6):366-70. [Resumo](#)
89. Davidson JR, Weisler RH, Butterfield MI, et al. Mirtazapine vs. placebo in posttraumatic stress disorder: a pilot trial. Biol Psychiatry. 2003 Jan 15;53(2):188-91. [Resumo](#)
90. Rothbaum BO, Killeen TK, Davidson JR, et al. Placebo-controlled trial of risperidone augmentation for selective serotonin re-uptake inhibitor-resistant civilian posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2008 Apr;69(4):520-5. [Resumo](#)
91. Krystal JH, Rosenheck RA, Cramer JA, et al. Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD: a randomized trial. JAMA. 2011 Aug 3;306(5):493-502. [Resumo](#)
92. Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, et al. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. BMJ. 2017 Sep 13;358:j3927. [Texto completo](#) [Resumo](#)
93. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, et al. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 4;(4):CD010204. [Texto completo](#) [Resumo](#)

94. van den Berg DP, de Bont PA, van der Vleugel, et al. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015 Mar;72(3):259-67. [Resumo](#)
95. Yeh MS, Mari JJ, Costa MC, et al. A double-blind randomized controlled trial to study the efficacy of topiramate in a civilian sample of PTSD. *CNS Neurosci Ther*. 2011 Oct;17(5):305-10. [Resumo](#)
96. Tucker P, Trautman RP, Wyatt DB, et al. Efficacy and safety of topiramate monotherapy in civilian posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2007 Feb;68(2):201-6. [Resumo](#)
97. Strauss JL, Lang AJ, Schnurr PP; National Center for PTSD. Complementary and alternative medicine (CAM) for PTSD. March 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
98. Difede J, Cukor J, Jayasinghe N, et al. Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *J Clin Psychiatry*. 2007 Nov;68(11):1639-47. [Resumo](#)
99. Ori R, Amos T, Bergman H, et al. Augmentation of cognitive and behavioural therapies (CBT) with D-cycloserine for anxiety and related disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 10; (5):CD007803. [Texto completo](#) [Resumo](#)
100. Raskind MA, Peskind ER, Kanter ED, et al. Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: a placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2003 Feb;160(2):371-3. [Resumo](#)
101. Raskind MA, Peskind ER, Hoff DJ, et al. A parallel group placebo controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2007 Apr 15;61(8):928-34. [Resumo](#)
102. Taylor FB, Martin P, Thompson C, et al. Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma posttraumatic stress disorder: a placebo-controlled study. *Biol Psychiatry*. 2008 Mar 15;63(6):629-32. [Texto completo](#) [Resumo](#)
103. Singh B, Hughes AJ, Mehta G, et al. Efficacy of prazosin in posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2016 Jul 28;18(4). [Texto completo](#) [Resumo](#)
104. Raskind MA, Peskind ER, Chow B, et al. Trial of prazosin for post-traumatic stress disorder in military veterans. *N Engl J Med*. 2018 Feb 8;378(6):507-17. [Texto completo](#) [Resumo](#)
105. Mithoefer MC, Wagner MT, Mithoefer AT, et al. The safety and efficacy of {+/-}3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *J Psychopharmacol*. 2011 Apr;25(4):439-52. [Texto completo](#) [Resumo](#)
106. Oehen P, Traber R, Widmer V, et al. A randomized, controlled pilot study of MDMA (\pm 3,4-Methylenedioxymethamphetamine)-assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-

- Traumatic Stress Disorder (PTSD). J Psychopharmacol. 2013 Jan;27(1):40-52. [Texto completo](#) [Resumo](#)
107. Mithoefer MC, Wagner MT, Mithoefer AT, et al. Durability of improvement in post-traumatic stress disorder symptoms and absence of harmful effects or drug dependency after 3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy: a prospective long-term follow-up study. J Psychopharmacol. 2013 Jan;27(1):28-39. [Texto completo](#) [Resumo](#)
108. Mithoefer MC, Mithoefer AT, Feduccia AA, et al. 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder in military veterans, firefighters, and police officers: a randomised, double-blind, dose-response, phase 2 clinical trial. Lancet Psychiatry. 2018 Jun;5(6):486-97. [Resumo](#)
109. Pollack MH, Hoge EA, Worthington JJ, et al. Eszpolicone for the treatment of posttraumatic stress disorder and associated insomnia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry. 2011 Jul;72(7):892-7. [Resumo](#)
110. Amos T, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jul 8;(7):CD006239. [Texto completo](#) [Resumo](#)
111. Shalev AY, Freedman S, Peri T, et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. Am J Psychiatry. 1998 May;155(5):630-7. [Resumo](#)
112. Galea S, Ahern J, Resnick H, et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. N Engl J Med. 2002 Mar 28;346(13):982-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
113. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. J Consult Clin Psychol. 1999 Apr;67(2):194-200. [Resumo](#)
114. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive behavioral procedures and counseling. J Consult Clin Psychol. 1991 Oct;59(5):715-23. [Resumo](#)
115. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, et al. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. J Consult Clin Psychol. 2005 Oct;73(5):953-64. [Resumo](#)
116. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, et al. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? J Consult Clin Psychol. 2002 Aug;70(4):1022-8. [Resumo](#)
117. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, et al. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. J Consult Clin Psychol. 2002 Aug;70(4):867-79. [Texto completo](#) [Resumo](#)
118. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. Clin Psychol Psychother. 1998;5(3):126-44.

119. Cahill SP, Rauch SA, Hembree EA, et al. Effect of cognitive-behavioral treatments for PTSD on anger. *J Cogn Psychother*. 2003 April;17(2):113-31.
120. Coffey SF, Schumacher JA, Brimo ML, et al. Exposure therapy for substance abusers with PTSD: translating research into practice. *Behav Modif*. 2005 Jan;29(1):10-38. [Resumo](#)
121. Rothbaum BO, Kearns MC, Price M, et al. Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: a randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biol Psychiatry*. 2012 Dec 1;72(11):957-63. [Texto completo](#) [Resumo](#)
122. Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2007 Apr 14;334(7597):789-93. [Texto completo](#) [Resumo](#)
123. Stein MB, Kerridge C, Dimsdale JE, et al. Pharmacotherapy to prevent PTSD: results from a randomized controlled proof-of-concept trial in physically injured patients. *J Trauma Stress*. 2007 Dec;20(6):923-32. [Resumo](#)
124. Forneris CA, Gartlehner G, Brownley KA, et al. Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2013 Jun;44(6):635-50. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Imagens

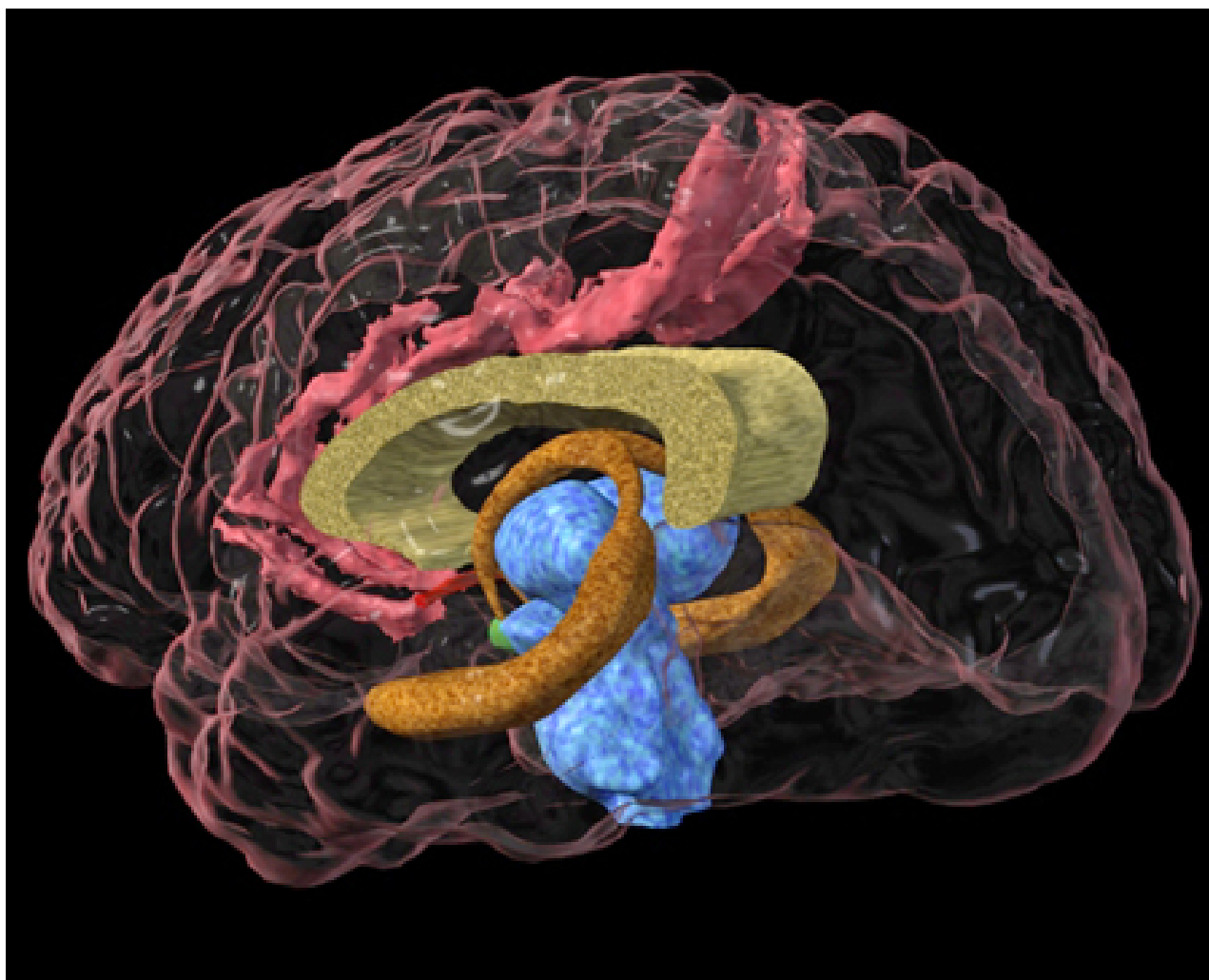


Figura 1: Ressonância nuclear magnética (RNM) tridimensional mostrando o sistema límbico, incluindo o hipocampo (marrom)

Arthur Toga/UCLA/SPL

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 20, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Stanley Zammit, MA, BM BCh, MRCPsych, PhD

Professor of Psychiatric Epidemiology
Centre for Academic Mental Health, School of Social and Community Medicine, University of Bristol, Bristol,
Clinical Senior Lecturer & Honorary Consultant Psychiatrist, Institute of Psychological Medicine and Clinical
Neurosciences, Cardiff University, Cardiff, UK
DIVULGAÇÕES: SZ declares that he has no competing interests.

Mathew Hoskins, MBBCh, MSc, MRCPsych

Clinical Lecturer
Institute of Psychological Medicine and Clinical Neurosciences, School of Medicine, Cardiff University,
Cardiff, Wales
DIVULGAÇÕES: MH is an author of references cited in this topic.

Catrin Lewis, BSc, PhD

Research Associate
National Centre for Mental Health, Institute of Psychological Medicine and Clinical Neurosciences, School of
Medicine, Cardiff University, Cardiff, Wales
DIVULGAÇÕES: CL declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Stanley Zammit, Dr Mathew Hoskins, and Dr Catrin Lewis would like to gratefully acknowledge Dr Neil P. Roberts, Dr Jonathan I. Bisson, and Dr Steve Wood, previous contributors to this topic. NPR is a member of the research team that developed a web-based guided self-help programme to treat PTSD. NPR has also received grant funding for research related to PTSD and undertaken systematic reviews, meta-analyses, randomised controlled trials, and other research in the traumatic stress field that may be referred to in this work. JIB and SW declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Mort Rubinstein, MD

Deputy Associate Chief of Staff
Mental Health, VA New York Harbor Healthcare System, Clinical Associate Professor, New York University
School of Medicine, New York, NY
DIVULGAÇÕES: MR declares that he has no competing interests.

Neil Greenberg, MD, MRCPsych

Surgeon Commander
Royal Navy, Defence Professor of Mental Health, Visiting Professor of Psychiatry, and Co-Director,
Academic Centre for Defence Mental Health, King's College London, London, UK
DIVULGAÇÕES: NG has been principal investigator on studies with research funding greater than 6 figures
USD. NG is a director of a company providing early intervention training for traumatic stress (the company
does not provide PTSD treatment services).