



“O grito”, litografia de Edvard Munch, 1893.

Transtorno de estresse pós- traumático

Protocolo clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento e o tratamento do transtorno de estresse pós traumático.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade que se desenvolve após evento ou situação de natureza excepcionalmente catastrófica ou ameaçadora (o evento traumatizante).

Porém, deve-se ter cuidado ao usar a palavra “trauma” em sua acepção de senso comum, já que o transtorno de estresse pós-traumático não se desenvolve usualmente após situações tidas como supostamente “traumáticas” na linguagem popular, como divórcios, perda de emprego, brigas com colegas de trabalho ou falha em provas escolares. Normalmente, o trauma é uma situação excepcional e capaz de impactar emocionalmente a grande maioria das pessoas que o vivessem.

O estudo “São Paulo Megacity Mental Health Survey”¹, numa amostra de 5.037 adultos, usando a ferramenta CIDI, da OMS, mostrou a prevalência, em 12 meses, de 1,6% para transtorno de estresse pós-traumático, sendo 51% disto em intensidade severa. Em estudo de prevalência de transtornos mentais comuns realizado em unidades de saúde da família de Petrópolis, denotou-se que o transtorno de estresse pós-traumático tem grande prevalência em unidades de saúde pública².

O transtorno de estresse pós-traumático pode ocorrer em qualquer idade e os sintomas podem se iniciar entre semanas e meses após o evento desencadeante, geralmente nos primeiros três meses, mas durando além deste período. Em grande parte dos casos se torna crônico, principalmente quando não há acesso a tratamentos de qualidade. O mais importante para o adequado tratamento é a detecção, com uso de questionamento direto e suspeição, já que grande parte das pessoas evita buscar ajuda devido aos sintomas gerais de isolamento e depressão. Em algumas situações, como desastres naturais, pode estar indicado o uso de escalas validadas para rastreamento e diagnóstico.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F43.1 Estado de “stress” pós-traumático

Este transtorno constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo compulsiva, astênica) ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome. Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas (“flashbacks”), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de “anestesia psíquica” e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e de

¹ ANDRADE, L. H. et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PloS ONE** 2012;7(2): e31879. Doi:10.1371/journal.pone.0031879.

² FORTES, S.; VILLANO, L.A.B.; LOPES, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev Bras Psiquiatr.** 2008;30(1):32-7.

evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associadas freqüentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade (F.62.0 - Modificação duradoura da personalidade após uma experiência catastrófica)

3. RECOMENDAÇÕES

Sugere-se aos profissionais de saúde que

- a) Dêem condições para que os pacientes desabafem e relatem sua história de eventos traumáticos, sempre que hajam sintomas de ordem psíquica.
- b) Familiarizem-se com os sinais e sintomas do transtorno de estresse pós-traumático.
- c) Perguntem sobre a presença de sintomas depressivos coexistentes.
- d) Após um trauma maior, de muito grande impacto, discutam o potencial de prevenção do aparecimento de sintomas pós-traumáticos, através de seguimento combinado com especialista.
- e) Desde que não existam contra-indicações, considerem o tratamento preventivo com propranolol ou fluoxetina, e atenção psicoterápica focada no trauma, ao menos por alguns dias.
- f) Não apliquem sessões com característica de "interrogatório".
- g) Expliquem ao paciente que podem ser necessários períodos de tratamento de até 12 semanas para reavaliar a eficácia do procedimento utilizado.
- h) Expliquem que o tratamento com remédios geralmente dura pelo menos um ano.
- i) Monitorem a eficácia e a aceitabilidade do tratamento ao longo do período.

4. DIAGNÓSTICO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) faz parte de um espectro de reações ao stress que vai das reações agudas ao stress, com sintomas semelhantes aos do TEPT mas duração de poucos dias (menos de um mês), até mudanças duradouras na personalidade relacionadas ao trauma. O transtorno de estresse pós-traumático propriamente dito pode ser caracterizado quando o grupo de sintomas de revivescência, evitação, hipervigilância e embotamento estão presentes por mais de um mês após o trauma. Pode ser subdividido em agudo, quando os sintomas duram de 1 a 3 meses após o trauma, e crônico, quando duram mais de 3 meses. Em alguns casos pode ter início protraído (após mais de seis meses do trauma). Pode apresentar-se de maneira isolada ou, o que é mais comum, acompanhado de outros sintomas e transtornos psiquiátricos³.

³ US. United States Department of Defense. Department of Veterans Affairs. VA/DoD **Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress**: Guideline summary. Version 2.0, 2010. Disponível em: <<http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/CPGSummaryFINALMgmtofPTSDfinal021413.pdf>>.

O diagnóstico deve ser pesquisado nas pessoas com sintomas de ansiedade, depressão ou pensamento suicida, e naquelas com relato de exposição direta ou indireta a evento catastrófico ou violência. Normalmente a pessoa experimentou ou foi exposta a ameaça (real ou percebida) de morte, sério dano à integridade ou violação sexual de forma agressiva. A exposição pode ter sido por experiência direta, por testemunho, por ter sabido de evento traumático ocorrido com parente ou amigo próximo, ou ainda ter sido intensamente exposta a detalhes aversivos de evento ocorrido com pessoa próxima⁴. A exposição indireta é fator de desencadeamento em pessoas suscetíveis ou com predisposição, por transtorno neurótico já existente.

Em todos os casos de transtorno de estresse pós-traumático, os profissionais de saúde devem considerar o impacto da experiência traumática em todos os membros da família e, se necessário, avaliar este impacto e considerar suporte familiar ou tratamento coordenado.

Em algumas situações, como após desastres naturais, pode ser indicada a realização de rastreamento para o TEPT entre as pessoas afetadas pelo evento e/ou com alto risco de sofrer TEPT. Este rastreamento deve fazer parte, por exemplo, dos planos de manejo de desastres de autoridades locais e ser realizado dentro do primeiro mês após o ocorrido, com uso de instrumentos padronizados breves⁵. No entanto, para a maioria das pessoas a melhor chance de detecção é durante atendimentos de saúde rotineiros oportunos, como após um assalto ou acidente ou quando uma pessoa revela história de violência doméstica.

As pessoas com TEPT podem se apresentar aos serviços de saúde com problemas relacionados, como depressão ou abuso de substâncias; ou ainda com atendimentos repetidos, queixando-se de sintomas físicos sem explicação anatômica e fisiológica.

No caso de suspeita do transtorno, o profissional de saúde deve perguntar, de maneira sensível porém objetiva, por experiências traumáticas prévias ao início dos sintomas, inclusive dando exemplos de eventos traumáticos (assalto, estupro, acidente, violência, parto traumático etc.). Deve-se questionar o paciente sobre sintomas de revivescência do trauma, incluindo pesadelos, ou de hipervigilância, incluindo insônia.

Em crianças, é comum a apresentação com sintomas de perturbação ou mudanças de padrão do sono. Na avaliação da possibilidade de TEPT, os profissionais de saúde também devem ser perguntar diretamente às crianças sobre suas experiências, evitando se basear apenas nas informações dos pais ou cuidadores. O TEPT é comum em crianças atendidas em emergências após acidentes ou violência, e os profissionais de UPA e hospitais que atendam crianças nesta situação devem informar os pais desta possibilidade, descrevendo brevemente os sintomas (perturbação do sono, pesadelos, dificuldade de concentração, irritabilidade) e aconselhando a buscarem uma unidade de atenção primária caso estes persistam por mais de um mês⁶.

⁴ APA, American Psychiatric Association. **Posttraumatic stress disorder fact sheet**. 2013. Disponível em: <www.DSM5.org>.

⁵ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG26]: Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care**. Manchester: March 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>>.

⁶ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG26]: Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care**. Manchester: March 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>>.

O seguinte detalhamento dos grupos de sintomas centrais pode ser útil na elucidação diagnóstica⁷:

- 1) **Revivescência do trauma**: o evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:
 - recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
 - sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
 - agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (flashbacks, alucinações, ilusões);
 - sofrimento psicológico intenso ou reatividade fisiológica quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático (por exemplo: data do acontecimento).
- 2) **Comportamento evitativo e embotamento**: esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (redução do interesse, sensação de distanciamento, incapacidade de sentir/dar carinho, etc.).
- 3) **Hipervigilância**: Surgimento de dois ou mais dos seguintes sintomas de excitabilidade aumentada:
 - dificuldade em conciliar ou manter o sono;
 - irritabilidade ou surtos de raiva;
 - dificuldade em concentrar-se;
 - hipervigilância;
 - resposta de sobressalto exagerada.
- 4) **Tempo**: a duração da perturbação é superior a um mês e está associada a intenso sofrimento ou prejuízo significativo ao paciente.

Algumas pessoas predispostas enfrentam ainda amnésia e outros sintomas dissociativos⁸.

O diagnóstico diferencial e de comorbidades é importante pela alta frequência de depressão, abuso de substâncias psicoativas e outros transtornos entre pessoas com TEPT.

Depressão pode ocorrer após um trauma, mas os sintomas predominantes serão humor deprimido, perda de interesse, falta de energia e ideação suicida.

As fobias específicas podem levar a sintomas de evitação e isolamento, mas são desencadeadas por objetos ou situações específicas sem os sintomas de revivescência ou de embotamento afetivo típicos do TEPT.

No transtorno de pânico os ataques de ansiedade são espontâneos e inesperados, e não relacionados com lembrança do trauma.

Os transtornos de ajustamento ou de adaptação podem ter sintomas semelhantes aos do TEPT, inclusive com sensação de não conseguir levar a vida adiante ou lidar com o futuro, mas geralmente a intensidade e a duração são menores.

Na maioria das vezes, o transtorno de estresse pós-traumático se apresenta em comorbidade com sintomas de depressão, ansiedade, raiva e abuso de substâncias, e os médicos devem perguntar a pessoas com estes sintomas se sofreram uma

⁷ FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>

⁸ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG26]**: Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Manchester: March 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>>.

experiência traumática⁹. O diagnóstico normalmente pode ser feito a partir da constatação de nexos temporais com o evento traumático. O evento traumático é uma experiência intensa de séria ameaça (real ou imaginada/percebida) à segurança ou integridade do indivíduo ou de pessoas que lhe são caras, inclusive à distância. Eventualmente pode ser decorrente de mudança súbita na posição social ou nas relações sociais, quando esta é percebida como grave ameaça à integridade do sujeito¹⁰.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adultos e crianças com 7 anos e mais, pois não há boas evidências sobre tratamentos antes de 7 anos, idade definida normalmente na seleção de pacientes para as pesquisas^{11, 12}.

Apesar de a última versão do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V) ter incluído o subtipo de TPET em crianças menores de seis anos¹³, estes casos não serão considerados neste protocolo. Suspeitas de TEPT em crianças de seis anos ou menos devem ser manejadas em base individual por especialistas em saúde mental experientes.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Hipersensibilidade aos fármacos;
- b) Abuso atual de álcool ou de fármacos psicoativos;
- c) Ausência de aderência ao tratamento ou falta de acompanhamento médico adequada.

7. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescriptor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor municipal ou estadual poderá ou não ser consultado para a decisão final.

⁹ BMJ BEST PRACTICE. **Transtorno do estresse pós traumático**. Mai 2013. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/430/highlights/summary.html>>.

¹⁰ FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão : Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>

¹¹ GINSBURG, Golda S. et al. Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: Findings from the CAMS. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol 79(6), Dec 2011, 806-813. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/ccp/79/6/806/>> e em <<http://dx.doi.org/10.1037/a0025933>>.

¹² CRESWELL, C.; MURRAY, L.; COOPER, P. Interpretation and Expectation in Childhood Anxiety Disorders: Age Effects and Social Specificity. **J Abnorm Child Psychol** (2014) 42:453–465. DOI 10.1007/s10802-013-9795-z. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/36/art%253A10.1007%252Fs10802-013-9795-z.pdf?auth66=1413652667_47d48809c1e94e7587c270ecdb6a0f4&ext=.pdf>

¹³ APA. American Psychiatric Association. **Posttraumatic stress disorder fact sheet**. 2013. Disponível em: <www.DSM5.org>.

8. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

O tratamento deve ser oferecido logo que confirmado o diagnóstico, de acordo com os recursos disponíveis. Tratamentos psicológicos estruturados e focados no trauma, oferecidos por pessoal treinado, são o recurso terapêutico mais eficaz, e devem ser utilizados sempre que disponíveis e aceitáveis.

A farmacoterapia também é eficaz e deve ser indicada para pessoas que preferem esta modalidade de tratamento, ou para aquelas que não respondem, não desejam ou não têm acesso às psicoterapias. Geralmente a combinação de psicoterapia com farmacoterapia tem melhores resultados.

Há benefícios no tratamento de transtornos de ansiedade baseado em serviços de atenção primária, como menores taxas de absenteísmo e maior satisfação das pessoas. Estes serviços devem ser o local preferencial de tratamento sempre que possível, mesmo que necessária a interconsulta com profissional de saúde mental que matricie ou supervisione aquela unidade¹⁴.

Em casos refratários à terapêutica inicial, ou quando houver dúvida quanto ao diagnóstico, o médico de atenção primária deve buscar interconsulta ou seguimento complementar com profissional de saúde mental de apoio, por exemplo, psiquiatra de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O TEPT é um transtorno potencialmente incapacitante, com tendência à cronificação e em que a comorbidade é a regra. Por estas razões, em alguns casos, além da avaliação especializada (por psiquiatra), pode haver necessidade de seguimento em serviço especializado de saúde mental.

Quando o cuidado for compartilhado entre médico de atenção primária e outros especialistas, ou entre atenção primária e secundária, deve haver acordo formal entre os profissionais sobre a responsabilidade pelo monitoramento dos pacientes.

Muitos pacientes com TEPT podem ficar ansiosos a respeito do tratamento, e mesmo evitá-lo, o que reforça a importância de estratégias de continuidade do cuidado, como busca ativa de faltosos¹⁵.

Os CAPS devem ser reservados para casos complexos, principalmente quando houver comorbidade com transtornos psicóticos ou abuso de substâncias. Devido à presença constante de sintomas físicos de hipervigilância ou causados por comorbidades como depressão e abuso de substâncias, é importante que os profissionais das UPA e emergências hospitalares sejam treinados para identificar casos suspeitos de TEPT. Por exemplo, estes profissionais podem perguntar sobre histórico de evento traumático de maneira clara, sensível e com uso de exemplos, em casos suspeitos, possibilitando orientação ao paciente para buscar diagnóstico preciso e cuidado adequado, na atenção primária.

Mais raramente, pacientes com depressão severa comórbida ou ideação suicida podem necessitar de hospitalização enquanto uma terapia efetiva é instituída.

¹⁴ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]**: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

¹⁵ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG26]**: Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Manchester: March 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>>.

9. TRATAMENTO

Para pessoas com sintomas há menos de 3 meses, leves a moderados, pode ser oferecida um sistema de vigilância ativa, com retorno agendado para um mês. Deve-se sempre levar em conta as preferências e expectativas dos pacientes, além de garantir a continuidade do cuidado através de estratégias de gestão de casos como a busca ativa.

Algumas formas de psicoterapia focadas no trauma, com componentes de exposição e/ou de reestruturação cognitiva, são altamente eficazes e devem ser oferecidas como tratamento de primeira linha quando disponíveis, para todos os pacientes com sintomas moderados a graves ou que não melhoram após um mês de observação. Para gestantes, estes também devem ser os tratamentos de primeira linha em todos os casos, dado o perfil de segurança duvidoso dos fármacos utilizados no TEPT nesta população. Para pessoas com depressão ou hipervigilância importantes, deve-se considerar farmacoterapia como tratamento adjuvante ao tratamento psicológico.

Intervenção precoce e tratamento imediato, em curto prazo

O profissional deve levar em conta que a exposição a eventos traumáticos potencialmente prejudiciais da vida, em ambos os sexos, durante a infância, adolescência e vida adulta pode ser relatado em serviços de saúde, mas apenas uma parte das pessoas expostas a tais eventos desenvolve sequelas psicológicas.

No estresse pós-traumático os pensamentos suicidas são comuns, mas o aumento do risco de suicídio consumado deve-se a uma comorbidade com quadros depressivos importantes¹⁶. O transtorno de estresse pós-traumático aumenta o uso dos serviços de saúde, mas frequentemente não é reconhecido na atenção primária, ou mesmo secundária.

Há algumas possibilidades de prevenir o aparecimento de sintomas psíquicos pós-traumáticos em pessoas sujeitas a grandes traumas. A administração precoce de benzodiazepínicos ou de propranolol após o trauma dá certo conforto, mas não garante evitar o aparecimento de sintomas pós-traumáticos, nos meses subsequentes¹⁷. Deve-se ter cuidado com a indicação de benzodiazepínicos, pois o risco de dependência é muito grande.

Farmacoterapia como monoterapia deve ser considerada quando houver depressão comórbida importante ou hiperexcitabilidade grave, com impactos significativos sobre a capacidade de a pessoa se beneficiar de psicoterapia. Deve ser considerada também quando a pessoa não melhora, não tolera, não deseja ou não tenha acesso a psicoterapias estruturadas.

Os resultados de revisões sistemáticas sugerem que a terapia cognitiva comportamental focada no trauma é potencialmente benéfica na prevenção de sintomas pós-traumáticos crônicos, quando realizada nos primeiros seis meses após o incidente. Outras intervenções psicoterápicas têm efeitos, mas em todos os casos tais efeitos são incompletos.

Os resultados dos estudos de tratamento controlado por placebo indicam que há evidência para a eficácia de uma gama de antidepressivos, incluindo alguns

¹⁶ KRYSINSKA, K.; LESTER, D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. **Arch Suicide Res**, 14: 1–23, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20112140>>.

¹⁷ BALDWIN, David S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, 1-37 (2014). Disponível em: <<http://www.bap.org.uk/pdfs/AnxietyGuidelines2014.pdf>>.

ISRS (fluoxetina, paroxetina e sertralina), alguns tricíclicos (clomipramina, amitriptilina, imipramina) e mesmo o tetracíclico mirtazapina, assim como a nefazodona, o fenelzina e a venlafaxina. Uma metanálise com 37 ensaios randomizados controlados com placebo evidenciou boa superioridade da paroxetina, da sertralina e da venlafaxina sobre o placebo¹⁸.

Os medicamentos testados que não mostraram qualquer eficácia em ensaios controlados com placebo incluem o citalopram, o alprazolam, a tiagabina e o divalproato de sódio.

A fluoxetina é o inibidor seletivo disponível no Sistema Único de Saúde. A clomipramina, psicoanaléptico tricíclico, é a segunda opção, para os casos refratários.

Tratamento de longo prazo

Um pequeno número de estudos de prevenção de recaída, controlados por placebo, com método duplo-cego randomizado, traz evidências para a eficácia do tratamento a longo prazo com fluoxetina¹⁹. A paroxetina tem, também, certa eficácia²⁰. Um ensaio randomizado, controlado com placebo, encontrou evidências de que a paroxetina pode também potencializar os bons efeitos da psicoterapia de exposição prolongada ao local e a cenas traumatizantes²¹.

Portanto, nenhum tratamento, nem psicoterápico, nem farmacológico, é totalmente efetivo para este transtorno. Entre os inibidores seletivos, a fluoxetina está disponível pelo Sistema Único de Saúde.

A diretriz canadense dá preferência à paroxetina sobre a fluoxetina, sem descartar a clomipramina²². Os efeitos colaterais constituem o ponto fraco da clomipramina, que a coloca na segunda linha, após o inibidor seletivo. O protocolo europeu atual para tratamento de ansiedades em atenção primária, porém, destaca suas qualidades no transtorno de estresse pós-traumático²³.

O uso simultâneo de psicoterapia e farmacoterapia, pelo menos por um período, pode dar alívio e, para algumas pessoas, levar a um controle bastante satisfatório dos

¹⁸ IPSEY, Jonathan C.; STEIN, Dan J. Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). **The International Journal of Neuropsychopharmacology**, 15, 2012, pp. 825-840. doi:10.1017/S1461145711001209. Disponível em: <<http://ijnp.oxfordjournals.org/content/15/6/825>>.

¹⁹ MARTENYI, Ferenc, et al. Fluoxetine v. placebo in prevention of relapse in post-traumatic stress disorder. **The British Journal of Psychiatry** (2002) 181: 315-320. doi: 10.1192/bjp.181.4.315. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/181/4/315.full>>.

²⁰ WATTS, B.V. et al. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. **The Journal of Clinical Psychiatry** [2013, 74(6):e541-50]. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/23842024>>.

²¹ SCHNEIER, F.R. et al. Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. **Am J Psychiatry**. 2012 Jan; 169(1):80-8. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11020321. Epub 2011 Sep 9. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21908494>>.

²² KATZMAN, Martin A. et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. **BCM Psychiatry**, 2014, 14(Suppl 1):S1 doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/S1/S1>> e em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-14-S1-S1.pdf>>.

²³ BANDELOW, B. et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive – compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, 2012; 16: 77–84. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/13651501.2012.667114>>.

sintomas. Tratamentos somente com fármacos ou somente com psicoterapia se equivalem, não havendo superioridade de um tipo sobre o outro²⁴.

Os benzodiazepínicos podem ser coadjuvantes, dependendo do caso, para uso temporário, diante de momentos de ansiedade intensa.

A crítica à diretriz britânica de 2005, sobre o transtorno de estresse pós-traumático, editada em 2014, gerou uma ampla revisão²⁵. Segundo esta revisão, na maioria dos casos de transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo), as preocupações anteriores, de que a prescrição de drogas psicotrópicas pudessem reduzir a eficácia do tratamento psicológico, são infundadas: em alguns transtornos de ansiedade revisões sistemáticas sugerem que a administração de drogas psicotrópicas podem melhorar a eficácia a curto prazo das intervenções cognitivo-comportamentais.

Pequenos estudos randomizados e controlados com placebo, encontraram evidências da eficácia de inibidores seletivos de recaptção da serotonina, como a sertralina nos casos de crianças com queimaduras e traumatizadas em incêndios²⁶.

Quanto às psicoterapias, deve-se salientar ao paciente que:

- a) a resposta a um tratamento psicológico não é imediata;
- b) um transitório agravamento dos sintomas, por vezes, pode ocorrer;
- c) as terapias prolongadas são muitas vezes necessárias;
- d) a dependência do terapeuta pode ocorrer, causando problemas quando o tratamento é interrompido de forma brusca;
- e) os resultados encorajadores de curto prazo não são garantia de bons resultados no longo prazo.

Comorbidades

De modo geral, com exceção talvez dos transtornos por abuso de substâncias, os tratamentos efetivos para o TEPT são também eficazes para as principais comorbidades (especialmente depressão e outros transtornos de ansiedade). No entanto, dada a alta prevalência de comorbidades, a definição de prioridades de tratamento é importante para o monitoramento da melhora sintomática e para a seleção e eventualmente troca de fármacos²⁷

Quando uma pessoa se apresentar com sintomas de TPT e depressão, deve-se priorizar o tratamento do TEPT, já que os sintomas de depressão tendem a melhorar com a melhora dos sintomas decorrentes do trauma. No entanto, quando os sintomas de depressão forem muito severos (falta de energia ou inatividade extremas, alto risco de suicídio),

²⁴ Van ETTEN, Michele L.; TAYLOR, Steve. Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. **Clin. Psychol. Psychother.** 5, 126±144 (1998). Disponível em: <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/35192/153_ftp.pdf>.

²⁵ BALDWIN, David S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, May 2014 vol. 28 no. 5 403-439. Disponível em: <<http://jop.sagepub.com/content/28/5/403.full>>.

²⁶ STODDARD, F.J. Jr. et al. A randomized controlled trial of sertraline to prevent posttraumatic stress disorder in burned children. **J Child Adolesc Psychopharmacol.** 2011 Oct;21(5):469-77. doi: 10.1089/cap.2010.0133. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22040192>>.

²⁷ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG26]:** Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Manchester: March 2005. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>.

dificultando o uso de tratamentos psicológicos focados no trauma, deve-se dar ênfase ao tratamento da depressão. Quando pessoas com TEPT apresentam alto risco de suicídio ou de heteroagressão, o manejo destas situações é o que deve ser priorizado.

Em pessoas com TEPT e abuso de substâncias em que o uso de álcool ou outras drogas possa interferir com o tratamento do TEPT, os profissionais de saúde devem dar prioridade ao problema com as substâncias psicoativas.

Fármacos

Entre os medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a fluoxetina pode ser considerada como o fármaco de primeira escolha para o TEPT. O tratamento deve iniciar com a dose padrão de 20 mg por dia. Se não houver resposta após oito semanas, deve-se considerar aumento de dose antes de trocar o fármaco. Em muitos casos podem ser necessárias doses próximas ao limiar superior para obtenção de resposta (por exemplo, 40 a 60 mg). De modo geral, o tratamento do TEPT pode exigir doses maiores e maior tempo de tratamento para obtenção e manutenção de resposta, em comparação com outros transtornos de ansiedade²⁸.

Caso haja resposta parcial após as primeiras oito semanas, aguardar mais 4 semanas antes de aumentar. Em casos de resposta parcial ou não resposta, aumentos subsequentes podem ser feitos a cada 4 semanas, até resposta ou até o máximo tolerado. Sempre se deve reavaliar objetivamente os sintomas antes de mudar a terapêutica.

Após resposta, o tratamento deve ser mantido por no mínimo 12 meses antes de retirada gradual. Por tratar-se de um transtorno com tendência à cronificação, pode ser necessário tratamento por tempo indefinido. A retirada do medicamento, quando indicada, deve ser acordada com o paciente e acompanhada pelo médico.

Nos estágios iniciais de tratamento, principalmente com ISRS, o médico deve antecipar para o paciente e monitorar sintomas de acatisia, ideação suicida e aumento da ansiedade e agitação. Em caso de marcada acatisia, o uso do fármaco deve ser revisto.

Entre os tricíclicos, a clomipramina, a amitriptilina e a imipramina, disponíveis na maior parte dos municípios, podem ser utilizadas no caso de falha ou intolerância a fluoxetina. De um modo geral, o uso de tratamentos de segunda linha no TEPT pode se beneficiar do acompanhamento conjunto entre médico de atenção primária e psiquiatra.

Apesar de alguns protocolos indicarem o uso de olanzapina ou risperidona no TEPT refratário e complexo, a cargo de psiquiatras mais experientes, não há comprovação de efetividade clínica de antipsicóticos atípicos no TEPT²⁹.

Admite-se o uso de antipsicóticos, dando preferência à clorpromazina e ao haloperidol, apenas quando ocorrem sintomas psicóticos concomitantes aos sintomas do transtorno pós-traumático. Isto acontece somente em pacientes que já são psicóticos, possuem uma personalidade com traços psicóticos, ou têm uma tendência à esquizofrenia. Pode ocorrer, também, em bipolares que desenvolvam um quadro de estresse pós-traumático.

²⁸ US. United States Department of Defense. Department of Veterans Affairs. VA/DoD **Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress - guideline summary**. Version 2.0, 2010. Disponível em: <<http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/CPGSummaryFINALMgmtofPTSDfinal021413.pdf>>.

²⁹ US. United States Department of Defense. Department of Veterans Affairs. VA/DoD **Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress: Guideline summary**. Version 2.0, 2010. Disponível em: <<http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/CPGSummaryFINALMgmtofPTSDfinal021413.pdf>>.