

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

Briana Manzan Reis
Aline Stéfani Boaventura Motoki
Walter Mariano de Faria Silva Neto
(Universidade de Uberaba – UNIUBE)

RESUMO

Estudos sobre diagnóstico e tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Psicologia Clínica, aliados com outras áreas de conhecimento são uma necessidade para a atuação do psicólogo. Este estudo objetiva conhecer aspectos do TEPT, por meio da literatura brasileira, mais especificamente: tipos de pesquisa; revistas que publicam; instrumentos utilizados no diagnóstico; formas de tratamento presentes nas abordagens psicoterápicas e nos tipos de medicamentos utilizados. Para tanto, foi feito um estudo bibliométrico na base de dados SCIELO. Aponta-se a necessidade de ampliar as bases de dados e mapear os grupos de pesquisa que estudam o tema para subsidiar a prática profissional do psicólogo e sua relação com áreas afins, como a Psiquiatria, onde se concentram a maior parte dos estudos.

Palavras chaves: transtorno de estresse pós-traumático; TEPT; abordagens psicológicas aliadas ao tratamento; medicamentos utilizados; bibliometria.

ABSTRACT

Pós-Traumatic Stress Disorder: a bibliometric study

Researchs on diagnosis and treatment of the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Clinical Psychology , together with other areas of knowledge is important in the work of the psychologist . The objective is to understand aspects of PTSD through the Brazilian literature, specifically: kinds of research; journals that publish; instruments used in the diagnosis; psychological approaches and ways of treatment and medications used over. To this end, a survey was made of bibliographic data from Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Points up the need to expand the databases and mapping research groups who study the subject to subsidize the psychologist and his relationship with related fields such as psychiatry, which concentrates most of the studies.

Key words: posttraumatic stress disorder; PTSD; allied psychological approaches to treatment; drugs used, bibliometrics studies.

Introdução

Considerando a necessidade de ampliar os estudos sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), esta pesquisa visa trazer inicialmente o conhecimento sobre o conceito desse transtorno. Uma vez que para muitas pessoas ele ainda possa ser desconhecido.

Embora em outros países o TEPT apresente um número maior de estudos e pesquisadores, no Brasil não estão descartados casos de indícios para novas pesquisas.

Contudo, para auxiliar estes novos estudos e interessados sobre o TEPT, esta pesquisa abordará este tema, afim de trazer maiores esclarecimentos e dados sobre pesquisas realizadas no Brasil. Por isso, os objetivos específicos desta pesquisa são conhecer os tipos de abordagens psicológicas utilizadas para o tratamento do TEPT; os medicamentos mais utilizados em vítimas desse transtorno, pois em alguns casos é importante o psicólogo conhecer os medicamentos mais utilizados para poder interagir com os profissionais nas equipes multiprofissionais ou mesmo em casos em que trabalhe em cooperação com os médicos, no caso de trabalhar com

indivíduos que estão com o quadro de TEPT; os instrumentos mais usados para auxiliar no diagnósticos; os tipos de pesquisas realizados; e as revistas e profissionais que mais pesquisam sobre o TEPT. Para tanto, foi realizada uma pesquisa que buscou, inicialmente, verificar quais os critérios utilizados para a definição, classificação e diagnóstico do TEPT na literatura sendo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) as fontes consultadas.

Na CID-10 o TEPT aparece no capítulo V onde se encontram os Transtornos Mentais e Comportamentais que vão do F00 ao F99. Mais especificamente no grupo dos transtornos neuróticos, transtorno relacionado com o “estresse” e transtorno somatoformes (F40-F48). Especificando ainda mais para as reações ao “estresse” grave e transtorno de adaptação F43. Neste sua definição em F43.1 o estado de “stress” pós-traumático

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 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 frequentemente 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 (F62.0), (Brasil, Data Sus, n/d.).

No DSM-IV a classificação e nomenclatura para o TEPT segundo Câmara Filho e Sougey (2001) está em Transtorno de estresse agudo 308.3. Conforme cita Kaplan (2003, p.576), os critérios de diagnósticos para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático baseiam-se em

Tabela 1 - Critérios de diagnósticos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, segundo o DSM-IV

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;

-
- (2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.
- B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:
- (1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções.
 - (2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento.
 - (3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado).
 - (4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
 - (5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.
- C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:
- (1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;
 - (2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
 - (3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;
 - (4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
 - (5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
 - (6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);
 - (7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).
- D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:
-

(1) dificuldade em conciliar ou manter o sono

(2) irritabilidade ou surtos de raiva

(3) dificuldade em concentrar-se

(4) hipervigilância

(5) resposta de sobressalto exagerada.

E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.

Crônico: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais.

Especificar se:

Com início tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses após o estressor.

Kaplan, H.I. et al. (2003). Transtornos de ansiedade. In: Kaplan, H. I. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Método

A pesquisa é um estudo bibliométrico realizado por meio da coleta de alguns dados referentes ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático. No espaço criado para este estudo a produção sobre o tema foi dividida pelas seguintes categorias: ano de publicação dos artigos, abordagem para o tratamento, medicamentos utilizados, revistas que publicam, os instrumentos utilizados para diagnóstico, tipo de pesquisa (teórico ou de campo) e regiões que mais publicam sobre.

Sendo assim, buscou-se compreender a importância de pesquisas referentes ao TEPT no Brasil. Os artigos selecionados para estudo estão presentes em uma base de dados multidisciplinar disponível na internet chamado Scientific Electronic Library Online – Brasil (SCIELO). O termo descritor para busca foi: TEPT e foram encontrados 120 artigos relacionados ao tema pesquisado, no período de 2001 a 2013. Do total de artigos encontram-se 58 em idioma português, 46 em espanhol e 16 em inglês. Para este estudo, foram separados os 58 artigos que estavam em língua portuguesa.

Os critérios de exclusão foram referentes ao idioma, sendo que os que não estavam na língua portuguesa não foram utilizados – e aos materiais que no banco de dados encontravam-se repetidos pelo título do artigo. Ao final foi estabelecido um número de 49 artigos.

Resultados e discussão

Os dados referentes aos objetivos serão trabalhados a seguir:

Os tipos de abordagens teóricas utilizadas para tratamento

As principais estratégias de abordagens teóricas utilizadas para descrever trabalhos referentes ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático foram: Teoria Cognitivo Comportamental (TCC), psicanálise, psicoterapia (inespecífico), psicoterapia de grupo e em alguns trabalhos não foram especificadas. As descrições referentes ao número e porcentagem de cada tipo de abordagem estão presentes na tabela 2.

Tabela 2 - Tipos de abordagens teóricas utilizadas para tratamento

Tipo de abordagem	Número de artigos	Porcentagem (%)
Não especificou ou não abordou o assunto	26	53,0
Teoria Cognitivo Comportamental (TCC)	18	37,0
Psicanálise	3	6,0
Psicoterapia (inespecífico)	1	2,0
Psicoterapia De Grupo	1	2,0
Total	49	100,00

Fonte: artigos consultados

Do total da amostra utilizada no estudo (49 artigos), pode-se observar que as abordagens para tratamento psicológico que predominam são a Teoria Cognitivo Comportamental (TCC), com 37,0% (Berlim, Perizzolo, e Fleck (2003); Soares, Lima, (2003); Knapp, Caminha, (2003); Bucasio et al. (2005); Berger Mendlowicz, Souza, e Figueira (2004); Peres, Nasello (2005); Pulcherio, Vernetti, Strey, e Faller (2008); Dantas, Andrade (2008); Passarela, Mendes, e Mari (2010); Goncalves, et al

(2011); Norte, et al. (2011); Serafim, Saffi, Achá, e Barros (2011); Lages, et al. (2011); Viola, Schiavon, Renner e Grassi-Oliveira (2011); Quitete, Paulino, Hauck, Aguiar-Nemer e Silva-Fonseca (2012); Pagotto, et al. (2012); Costa, Marcon, e Rossi (2012); Tractenberg, et al. (2012); Pires, Maia (2013)) e a Psicanálise com 6,0% (Meshulam-Werebe, Andrade, e Delouya (2003); Lima, et al. (2007); Sarti, (2011)). Houve outras abordagens como a Psicoterapia (inespecífico) e de grupo com 2% cada, no entanto, 53,0% dos artigos não especificaram os tipos de abordagens ou não as usaram. Segundo os autores, nesta teoria o paciente trabalha em conjunto com o terapeuta, e dessa forma o profissional busca formas de tratamento e exercícios na prática que mais se enquadra para o paciente. Desse modo “a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada e o comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva” (Knapp & Caminha, 2003, p.19).

A terapia cognitiva “tem apresentado, na literatura, modelos com elevados índices de eficácia, facilitando a replicabilidade dos achados e preservando uma atitude científica e ética para com os pacientes” (Knapp & Caminha, 2003, p.35). Porém, os efeitos satisfatórios e permanentes, não aparecem logo nas primeiras sessões.

Contudo, associado aos tratamentos descritos, muitos pacientes necessitam o acompanhamento médico e fármacos que auxiliam no processo de melhora e recuperação do indivíduo. Dessa maneira os principais medicamentos encontrados nos artigos selecionados encontram-se na tabela 3

Medicamentos utilizados para tratamento do TEPT

Conforme considerado em hipótese de um melhor tratamento para o TEPT, o uso de medicamentos em alguns casos são necessários.

Tabela 2 - Principais medicamentos citados nos artigos selecionados para o tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Medicamentos	Número de medicamentos citados	Porcentagem (%)
Paroxetina	7	11,0

Sertralina	5	8,0
Amitriptilina	3	5,0
Fluoxetina	3	5,0
Citalopram	3	5,0
Fluvoxamina	2	3,0
Imipramina	2	3,0
Venlafaxina	2	3,0
Lítio	2	3,0
Carbamazepina	2	3,0
Antipsicótico	2	3,0
Benzodiazepínicos	2	3,0
Anti-depressivo	2	3,0
Fenelzina	2	3,0
Clonazepam	2	3,0
Lamotrigina	2	3,0
Ác. Valpróico	2	3,0
Risperidona	2	3,0
Nefazodona	1	2,0
Valproato	1	2,0
Haloperidol	1	2,0
Brofaromina	1	2,0
Nefazodona	1	2,0
Buspiridona	1	2,0
Cloridrato de fluoxetina	1	2,0
Mirtazapina	1	2,0
Alprazolam	1	2,0
Flunazepam	1	2,0
Nortriptilina	1	2,0
Flunitrazepam	1	2,0
Olanzapina	1	2,0
Carbonato de lítio	1	2,0
Trancipromina	1	2,0
Trazodona	1	2,0

Prazosina	1	2,0
Total	64	100,00

Fonte: artigos consultados

Quanto aos medicamentos utilizados para o tratamento do TEPT, apesar de terem sido estudados 49 artigos, alguns estudos apontaram mais de um tipo de medicamento, portanto o número superior aos consultados. Desta natureza, predominaram-se os antidepressivos, sendo os mais citados paroxetina 11,0% (Berlim, Perizzolo, e Fleck (2003); Soares, Lima (2003); Bernik, Laranjeiras, e Corregiari (2003); Lima, et al. (2007); Norte, et al. (2011); Lages et al. (2011); Pagotto, et al. (2012)) e sertralina 8,0% (Berlim, Perizzolo, e Fleck (2003); Soares, Lima (2003); Bernik, Laranjeiras, e Corregiari (2003); Dantas, Andrade (2008); Pulcherio, et al. (2008)). Observa-se acima que há outros medicamentos usados, porém com menos evidência.

Os antidepressivos no tratamento do TEPT mais usados são dos tipos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). O efeito dos ISRSs segundo Bottino (n.d.) ocorre pela modulação da neurotransmissão serotoninérgica central repercutindo benefícios com o aumento da capacidade

do paciente em lidar com o estresse diário, aumento à resiliência a eventos aversivos ambientais e diminuiria o impacto negativo de lembranças relacionadas ao evento traumático.

Instrumentos utilizados para diagnosticar o TEPT

A partir das análises dos artigos selecionados, foi observado que em 21 (42,9%) foram utilizados instrumentos para o diagnóstico do TEPT. Porém os dados mostram que 28 artigos (57,1%) não utilizaram nenhum instrumento. Dentre os que adotaram esses meios, foram citados: DSM-IV/SCID/ TEPT em 5 artigos (10,0%); Questionário de Beck Depressão, PCL-C: Post- Traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian Version, SCID-I: Entrevista semi-estruturada psiquiátrica e Extrato social, apareceram 3 vezes cada, totalizando 6,0% de cada um. Os instrumentos DES: Escala de Experiência Dissociativa, BAI: Escala de afeto positivo e negativo, K-SADS-PL/TEPT, PANAS-N e IES-R: Impact Event Scale- Revised apareceram em alguns artigos 2 vezes

cada, totalizando 4,0% cada um. Os demais e não menos importantes para esta pesquisa, foram citados apenas uma vez em alguns artigos e cada um deles com 2,0% do total da amostra: AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification, DTS: Davidson Trauma Scale, PDEQ: Questionário de experiências dissociativas, TIS: Escala de imobilidade tônica, Entrevista de avaliação, CTS: Escala tática de conflito, WISC III: Escala de inteligência Weschsler, CBCL: Child Behavior Checklist, Childhood Trauma Questionaire, THQ: History Questionaire, CTI: Child Trauma Interview, CECA: Child Experienc and Abuse, TAI: Trauma Assessment Interview, ETI: Early Trauma Inventory, Pfister, TAT, CAT-A, Desenho de casa- árvore-pessoa, ER89: Escala de resiliência, ASI-6: Addiction Severity Index, QEDP: Questionário de experiências dissociativas peritraumáticas, QAPAS: Questionário de avaliação de perturbação aguda de stress e EARAT: Escala de avaliação de resposta ao acontecimento traumático.

A maior incidência entre os que utilizaram foi a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV, SCID 10,0%, que inclui avaliações da sintomatologia de TEPT (Habigzang, Borges, Dell'Aglio, e

Koller (2001); Cabizuca et al. (2010); Bucasio et al. (2005); Lima et al. (2007); Tractenberg et al (2012)). Este instrumento avalia o paciente a cerca de episódios traumáticos que o mesmo passou, investigando o tempo que ocorreu, a duração, prejuízos para a vida pessoal (ausência de sono, irritabilidade, concentração, planos para o futuro entre outros) e alterações fisiológicas. Essa avaliação dá-se a partir de uma série de perguntas que é feito ao paciente e o mesmo vai respondendo na maioria das vezes de forma positiva (+), negativa (-) ou caso a informação for inadequada (?). A partir disto o entrevistador vai seguindo as orientações que são pedidas conforme cada resposta seja dada, até chegar a uma conclusão e formação de diagnóstico. Os instrumentos ajudam no diagnóstico do TEPT, porém 57,1% (Câmara Filho, Sougey (2001); Berlim, Perizzolo, e Fleck (2003); Meshulam-Werebe, Andrade, e Delouya (2003); Quevedo et al. (2003); Machado Vieira, Gauer (2003); Soares, Lima (2003); Kapczinski, Margis (2003); Bernik, Laranjeiras, e Corregiari (2003); Figueira, Mendlowicz (2003); Margis (2003); Graeff (2003); Knapp, Caminha (2003); Schestatsky et al. (2003); Kristensen, Parente, e Kaszniak (2006);

Borges, Dell'Aglío (2008); Dantas, Andrade (2008); Quarantini et al. (2009); Zambaldi, Cantilino, e Sougey (2009); Passarela, Mendes, e Mari (2010); Gonçalves et al. (2011); Sbardelloto et al. (2011); Sarti (2011); Freitas, Passos, e Fontenelle (2011); Lima, Assunção (2011); Viola et al. (2011); Schaefer, Lobo, e Kristensen (2012); Almeida (2012); Albuquerque, Williams, e D'Affonseca (2013)) dos artigos pesquisados não utilizaram nenhum instrumento para este fim.

Tipos de pesquisa encontrada sobre o TEPT

Em função do material estudado para o desenvolvimento desta pesquisa, foram separados em dois grupos, os artigos de estudos teóricos e de campo. Os de campo inclui tanto pesquisa qualitativa quanto quantitativa e os teóricos revisões bibliográficas, e ou trabalhos que incluíssem algum estudo sobre o tema, porém sem ir a campo, fazer um trabalho empírico, os resultados são apresentados na tabela 4.

Tabela 4 - Tipos de Pesquisas

	Número de	Porcentagem
Teórico	27	55,0
Campo	22	45,0
Total	49	100,0

Fonte: artigos consultados

Em relação aos tipos de pesquisas é possível observar que os estudos teóricos destacam-se com 55,0% (Câmara Filho, Sougey (2001); Berlim, Perizzolo, e Fleck (2003); Meshulam-Werebe, Andrade, e Delouya (2003); Quevedo et al. (2003); Machado Vieira, e Gauer (2003); Soares, Lima (2003); Kapczinski, Margis (2003); Bernik, Laranjeiras, e Corregiari (2003); Figueira, Mendlowicz (2003); Margis (2003); Graeff (2003); Schestatsky et al. (2003); Mansur et al. (2004); Kristensen, Parente, e Kaszniak (2006); Borges, Dell'Aglío (2008); Dantas, Andrade (2008); Quarantini et al. (2009); Zambaldi, Cantilino, e Sougey (2009); Passarela, Mendes, e Mari (2010); Gonçalves et al. (2011); Sbardelloto et al. (2011); Sarti (2011); Lima, Assunção (2011); Viola et al. (2011); Schaefer, Lobo, e Kristensen (2012); Almeida (2012); Albuquerque, Williams, e D'Affonseca (2013)), sendo estes revisões bibliográficas, artigos originais e dossiê. Os resultados deixam

claros as necessidades de mais estudos e pesquisas sobre o TEPT no Brasil, uma vez que foi utilizado apenas o idioma brasileiro para este trabalho. Destaca-se também a importância de esclarecimento do termo TEPT e suas formas de diagnóstico e tratamento. Quanto às pesquisas de campo 45,0% percebe-se que alguns utilizaram um número de amostragem muito pequena, o que talvez pudesse não trazer os resultados satisfatórios e ou esperados para a pesquisa.

Tabela 5 - Publicações nas Revistas

Revista Psiquiatria Clínica	13
Revista Brasileira de Psiquiatria	14
Jornal Brasileiro de Psiquiatria	04
Revista de psiquiatria RS	05
Psico-USF	02
Revista Ciência e Saúde Coletiva	02
Revista Psicologia em Estudo Maringá	01
Caderno Saúde Pública	01
Psicologia Clínica	01
Psicologia Reflexão e Crítica	01
Caderno CRH Salvador	01
Revista Brasileira de Epidemiologia	01
Revista Estudos de Psicologia	01
Revista Psicologia saúde e Doença	01
Revista Psicologia: teoria e pesquisa	01
Total	49

Fonte: artigos consultados

Revistas que publicaram sobre o TEPT

A partir dos estudos publicados pode-se constatar a baixo as principais revistas que publicaram sobre o TEPT. Com relação a mesma, fazer uma hipótese dos principais profissionais que estudam sobre o transtorno.

As revisas de psiquiatria são as que mais publicaram sobre o TEPT com 73,5% (Câmara Filho, Sougey (2001); Berlim, Perizzolo, e Fleck (2003); Meshulam-Werebe, Andrade, e Delouya (2003); Quevedo et al. (2003); Machado Vieira, e Gauer (2003); Soares, Lima (2003); Kapczinski, Margis (2003); Bernik, Laranjeiras, e Corregiari (2003); Figueira, Mendlowicz (2003); Margis (2003); Graeff (2003) Knapp, Caminha (2003); Schestatsky et al. (2003); Stein et al. (2004); Mansur et al (2004); Berger et al (2004); Bucasio et al. (2005); Peres, Nasello (2005); Lima et al. (2007); Pulcherio et al. (2008); Dantas, Andrade (2008); Quarantini et al. (2009); Zambaldi, Cantilino, e Sougey (2009); Passarela, Mendes, e Mari (2010); Gonçalves et al. (2011); Norte et al. (2011); Cabizuca et al. (2010); Serafim et al. (2011); Freitas, Passos, e Fontenelle (2011); Lages et al. (2011); Viola et al. (2011); Quitete et al. (2012); Pagotto et al. (2012); Costa, Marcon, e Rossi (2012); Tractenberg et al. (2012); Pires, Maia (2013)). Sobre esse número expressivo de publicações nas revistas de psiquiatria podem estar relacionados a hipóteses de diagnósticos de TEPT em função das classificações do

DSM e CID, ambos mais utilizados por médicos psiquiatras do que por psicólogos. Porém maiores estudos são necessários para uma comprovação e ou novos resultados. Quanto as revista específicas de psicologia compreende 16,3% da amostra (Kristensen, Parente, Kaszniak (2006); Borges, Dell'Aglío (2008); Habigzang et al. (2010); Ximenes et al. (2013)); Sbardelloto et al. (2011); Schaefer, Lobo, e Kristensen (2012); Almeida (2012); Albuquerque, Williams, e D'Affonseca (2013)) e outras com 10,2% (Ximenes, Oliveira, e Assis (2009); Mello et al. (2010); Sarti (2011); Lima, Assunção (2011); Guimaro et al. (2013)).

Para Albuquerque, Williams e D'Affonseca (2013), há carência de investigações acerca da prevalência do TEPT, sendo que, recentemente a área da Psiquiatria deu início ao processo de reconhecimento do diagnóstico e do tratamento do transtorno.

Tipos de tratamento para o TEPT

Por fim em uma última análise sobre os dados coletados, os tipos de tratamentos utilizados para o TEPT variou sobre medicamentoso, acompanhamento psicológico e acompanhamento psicológico juntamente com o

medicamento, auxiliando aí um trabalho entre médicos e psicólogos.

Tabela 6 - Tipos De Tratamento

	Número de artigos	Porcentagem(%)
Não especificou	25	51,0
Acompanhamento psicológico	12	25,0
Acompanhamento psicológico mais medicamentos	10	20,0
Medicamento	02	4,0
Total	49	100,0

Fonte: artigos consultados

No tratamento é importante o acompanhamento psicológico juntamente com o medicamento. Assim como Lages et al. (2011, p. 67) referem a esse tipo de tratamento “A associação da TCC ao tratamento farmacológico potencializou a remissão dos sintomas de TEPT e dos sintomas dissociativos do paciente, que não havia apresentado melhora sob tratamento unicamente farmacológico realizado durante 18 meses (...)”.

No entanto apenas 20,0% (Berlim, Perizzolo, e Fleck (2003); Soares, Lima (2003); Stein et al. (2004); Bucasio et al.

(2005); Lima et al. (2007); Pulcherio et al. (2008); Dantas, Andrade (2008); Norte et al. (2011); Lages et al. (2011); Pagotto et al. (2012).) dos artigos pesquisados aderiram a este tratamento ou relataram sobre a associação de psicoterapia e medicamentos.

Quanto ao tratamento de indivíduos que apresentam comorbidade entre TEPT e dependência de álcool, o uso de sertralina, associado à terapia cognitiva comportamental para o alcoolismo, mostrou-se eficaz em 50% dos pacientes de um estudo de 12 semanas.

estudos sobre o TEPT no Brasil referente aos tipos de tratamentos, instrumentos utilizados para diagnostico, quem publicam sobre o tema e as abordagens psicológicas para tratamento. A partir disto foi

160

Considerações finais

Esta pesquisa foi realizada com o intuito de apresentar de uma forma geral os

concluída a importância de se realizar novos estudos sobre o mesmo e sua importância para a área científica, pois segundo Almeida (2012): “pouco se estuda este tema, principalmente no Brasil, sendo notável até mesmo a escassez de revisões sistemáticas” (p. 221) o que vai ao encontro da proposta do estudo de Vanz e Stumpf (2010) em que os autores propuseram “medir a produtividade científica nacional” (p.73).

A grande maioria dos artigos pesquisados não utilizou nenhum tipo de instrumentos para diagnosticar o TEPT, no entanto alguns destes bem como as entrevistas, demonstraram maior eficácia para tal, assim como outros geraram dúvidas a respeito de sua aplicabilidade.

Sobre os instrumentos utilizados ainda para o diagnóstico do TEPT, apresentados nas pesquisas podem comprometer a eficácia dos resultados. Isso porque a grande variedade muitas vezes são usadas para outros tipos de avaliação. Sendo assim, talvez, o mais desejável seria criar um instrumento próprio para o diagnóstico do mesmo. Assim teria maior utilidade e padronização para os profissionais da área da saúde.

Pelos dados apresentados percebe-se que a área da psiquiatria lidera as

pesquisas publicadas sobre o TEPT. Quanto a isso a psicologia, apesar de apresentar grande importância na ajuda com pessoas com TEPT, necessita de maiores pesquisas e estudo na área. Sabe-se que a psicologia apresenta grande importância para tal, assim como citado ao longo da pesquisa que o tratamento psicoterápico juntamente com a medicação obtém resultados satisfatórios e num prazo menor. Isso deve ser levado concomitante, um auxiliando o outro. Logo a participação de um trabalho entre psicólogo e psiquiatra resulta numa melhora da saúde do paciente. Em relação ao tipo de abordagem para o tratamento a TCC é mais citada. Para alguns autores não quer dizer que seja a melhor opção, por isso existe uma carência de estudos que comprovam esse método utilizado. Sendo assim, é destacada também a carência de publicações de psicólogos atuantes como terapeutas de casos como o TEPT. O que estes, poderiam defender suas formas de tratamentos relacionados às abordagens. Assim implicações para a formação e atuação do psicólogo nas áreas da pesquisa e no tratamento de transtornos, mais especificamente os de ansiedade ajudaria para uma melhora nos estudos sobre o assunto.

As limitações para esta pesquisa se referem, primeiramente, ao idioma estudado, uma vez que foram estudados apenas artigos da língua portuguesa. Além disso, a pesquisa foi realizada em apenas uma base de dados – SCIELO Brasil, portanto sugere-se, para estudos futuros, a leitura de artigos de outras línguas, bem como a utilização de outras bases de dados, como por exemplo: IndexPsi Periódicos e PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia).

Além da ampliação das buscas, salienta-se a necessidade de se pensar na problematização sobre um maior

intercâmbio entre pesquisadores de diferentes Instituições de Ensino Superior e Grupos de Pesquisa, já que a produção entre grupos pode contribuir para maior abrangência de discussão do assunto abordado. Certamente, tal intercâmbio teria um efeito na divulgação do conhecimento produzido e implicações para os profissionais das diversas áreas que trabalham com o TEPT, desde a sua formação nos cursos de graduação, visando o incentivo à pesquisa multiprofissional e também à divulgação do conhecimento para profissionais das áreas envolvidas.

Referências

Albuquerque, P. P. de, Williams, L. C. de A., & D'Affonseca, S. M. (2013). Efeitos tardios do bullying e transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão crítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(1), 91-98.

Almeida, M. L. B. D. (2012). Prevalência de estresse pós-traumático em equipes de resgate: uma revisão sistemática. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 220-237.

Berger, W., Mendlowicz, M. V. S.; Wanderson F. & Figueira, I. (2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2), 167-175.

Berlim, M. T, Perizzolo, J. & Fleck, M. P. A. (2003). Posttraumatic stress disorder and major depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Suppl. 1), 51-54.

Bernik, M., Laranjeiras M., & Corregiari, F. (2003) Tratamento farmacológico do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Suppl. 1), 46-50.

Borges, J. L. & Dell'Aglío, D. D. (2008). Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 371-379.

Bottino S. M. B. (n.d.) *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*. Disponível em: <http://idmed.terra.com.br/saude-de-a-z/indice-de-doencas-e-condicoes/transtorno-de-estresse-pos-traumatico/tratamento.html>.

Brasil, Data Sus. F40-F48 *Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes*. Ministério da Saúde, Recuperado, 27 Outubro, 2014 disponível em http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f40_f48.htm.

Bucasio, E., Vieira, I., Berger, W., Martins, D., Souza, C., Maia, D., Figueira, I., & Jardim, S. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(1), 86-89.

Cabizuca, M., Mendlowicz, M., Marques-Portella, C., Ragoni, C., Coutinho, E. S. F., Souza, W. de, Mari, J. de J., & Figueira, I. (2010). Os pacientes invisíveis: transtorno de estresse pós-traumático em pais de pacientes com fibrose cística. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(1), 6-11.

Câmara Filho J. W. S., & Sougey, E. B.(2001). Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 221-228.

Costa, J. B.da., Marcon, S. S., & Rossi, R. M. (2012). Transtorno de estresse pós-traumático e a presença de recordações referentes à unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 13-19.

Dantas, H.de S. & Andrade, A. G.de. (2008). Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 35(Suppl. 1), 55-60.

Figueira, I. & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Suppl. 1), 12-16.

Freitas, M., Passos, Z., & Fontenelle, L. F. (2011). Transtorno de estresse pós-traumático de início tardio? Reflexões diagnósticas baseadas em um relato de caso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 64-66.

Gonçalves, R., Lages, A. C., Rodrigues, H., Pedrozo, A. L., Coutinho, E. S. F., Neylan, T., Figueira, I., & Ventura, P. (2011). Potenciais biomarcadores da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. *Archives of Clinical Psychiatry*, 38(4), 155-160.

Graeff, F. G. (2003). Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (Supl I), 21-4.

Guimaro, M. S., Caiuby, A. V. S., Santos, O. F. P. dos, Lacerda, S. S., & Andreoli, S. B. (2013). Sintomas de estresse pós-traumático em profissionais durante ajuda humanitária no Haiti, após o terremoto de 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3175-3181.

Habigzang, L. F., Borges, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Koller, S. H. (2010). Caracterização dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Clínica*, 22(2), 27-44.

Kapczinski, F., & Margis, R.(2003). Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (supl. 1), 3-7. 2003.

Kaplan, H. et al. (2003). Transtornos de ansiedade. In: Kaplan, H. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (supl.) 31-6.

Kristensen, C. H., Parente, M. A. de M. P., & Kaszniak, A. W.(2006) Transtorno de estresse pós-traumático e funções cognitivas. *Psico-USF* (Impr.), Itatiba.

Lages, A. C., Nórte, C. E., Pedrozo, A. L., Gonçalves, R. M., Marques-Portella, C., Souza, G. G. L., Mendonça-de-Souza, A. C., & Ventura, P. R. (2011). Marcadores neurobiológicos e psicométricos da eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de estresse pós-traumático associado a sintomas dissociativos: relato de caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 55-62.

Lima, A. A., Fiszman, A., Portella, C. M., Almeida, Y. A., Salomão, F. P., Geoffroy, R. M. G., & Figueira, I. (2007). Negligência das classificações diagnósticas atuais com os fenômenos dissociativos do transtorno de estresse pós-traumático. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 34(3), 139-143.

Lima, E. de P., & Assunção, A. Á. (2011). Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(2), 217-230.

Machado Vieira, R., & Gauer, G. J. C. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de humor bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Supl. 1), 55-61.

Mansur, C. G. S., Cabral, S. de B., Sartorelli, M. do C. B., Lopes, A. C., Miguel, F. E. C., Bernik, M. A., & Marcolin, M. A. (2004). Aplicação da estimulação magnética transcraniana de repetição no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos de ansiedade. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 31(5), 257-261.

Margis, R. (2003). Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (supl. I), 17-20.

Mello, M. F. de, Schoedl, A. F., Pupo, M. C., Souza, A. A. L.de, Andreoli, S. B., Bressan, R. A., & Mari, Jair J. (2010). Adaptação transcultural e consistência interna do Early Trauma Inventory (ETI). *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 713-724.

Meshulam-Werebe, D., Andrade, M. G. de O., & Delouya, D. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático: o enfoque psicanalítico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Suppl. 1), 37-40.

Norte, C. E., Souza, G. G. L., Pedrozo, A. L., Mendonça-de-Souza, A. C. F., Figueira, I., Volchan, E., & Ventura, Paula Rui. (2011). Impacto da terapia cognitivo-comportamental nos fatores neurobiológicos relacionados à resiliência. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 38(1), 43-45.

Pagotto, L. F., Berger, W., Mendlowicz, M. V., Luz, M. P., Portella, C. M. & Figueira, I. (2012). Prazosina de liberação lenta para pacientes com transtorno do estresse pós-traumático resistentes aos ISRS. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 39(5), 176-179.

Passarela, C. de M., Mendes, D. D., & Mari, J. de J. (2010). Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(2), 60-65.

Peres, J. F. P., & Nasello, A. G. (2005). Achados da neuroimagem em transtorno de estresse pós-traumático e suas implicações clínicas. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 32(4), 189-201.

Pires, T. S. F., & Maia, Â. da C. (2013). Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários graves: análise de fatores preditores. *Revista Psiquiatria Clínica*.

Pulcherio, G., Verneti, C., Strey, M. N., & Faller, S. (2008). Transtorno de estresse pós-traumático em dependente do álcool. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 35(4), 154-158.

Quarantini, L. C., Netto, L. R., Andrade-Nascimento, M., Almeida, A. G. de, Sampaio, A. S., Miranda-Scippa, A., Bressan, R. A., & Koenen, K.C. (2009). Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Suppl. 2), S66-S76.

Quevedo, J., Feier, G., Agostinho, F. R., Martins, M. R., & Roesler, R. (2003). Consolidação da memória e estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Suppl. 1), 25-30.

Quitete, B., Paulino, B., Hauck, F., Aguiar-Nemer, A. S. de, & Silva-Fonseca, V. A. da. (2012). Transtorno de estresse pós-traumático e uso de drogas ilícitas em mulheres encarceradas no Rio de Janeiro. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 39(2), 43-47.

Sarti, C. (2011). A vítima como figura contemporânea. *Caderno CRH*, 24(61), 51-61.

Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., & Haag K, C. (2011). Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*, 16(1), 67-73.

Schaefer, L. S., Lobo, B. O. M., & Kristensen, C.H. (2012). Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(2), 329-336.

Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P. B. S., & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Suppl. 1), 8-11.

Serafim, A. de P., Saffi, F., Achá, M. F. F., & Barros, D. M. de. (2011). Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 143-147.

Soares, B. G. de O., & Lima, M. S. de (2003). Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (supl. 1): 62-6.

Stein, A. T., Carli, E., Casanova, F., Pan, M. S., & Pellegrin, L. G. (2004). Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2), 158-166.

Tractenberg, S. G., Viola, T. W., Rosa, C. S. de O., Donati, J. M., Francke, I.D., Pezzi, J. C., & Grassi-Oliveira, R. (2012). Exposição a trauma e transtorno de estresse pós-traumático em usuárias de crack. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 206-213.

Vanz, S. A. de S., & Stumpf, I. R. C.(2010). Procedimentos e ferramentas aplicados aos estudos bibliométricos. *Informação & Sociedade: Estudos, João Pessoa*, 2, 67-75.

Viola, T. W., Schiavon, B. K. Renner, A. M., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 55-62.

Ximenes, L. F., Assis, S. G. de, Pires, T. de O., & Avanci, J. Q. (2013). Violência comunitária e transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 443-450.

Ximenes, L. F., Oliveira, R. de V. C. de, & Assis, S. G. de. (2009). Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 417-433.

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2009). Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), 252-257.

Os autores:

Briana Manzan Reis é graduanda em Psicologia pela Universidade de Uberaba – Uberaba-MG.

Aline Stéfani Boaventura Motoki é graduanda em Psicologia pela Universidade de Uberaba – Uberaba-MG.

Walter Mariano de Faria Silva Neto é doutor em Psicologia, docente da Universidade de Uberaba – Uberaba-MG. E.mail: walterfarianeto@gmail.com