



UNIVERSIDADE FRANCISCANA

CURSO DE MEDICINA

JEAN PEDRO MALDANER JACOBY

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE IDENTIFICAÇÃO E MANEJO INICIAL DO
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

SANTA MARIA

2020

JEAN PEDRO MALDANER JACOBY

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE IDENTIFICAÇÃO E MANEJO INICIAL DO
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Projeto de Trabalho Final de Graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina, na Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana- UFN, como requisito parcial para aprovação.

Orientadora: Luma Manfio Canzian

SANTA MARIA

2020

Jean Pedro Maldaner Jacoby

Protocolo assistencial de identificação e manejo inicial do transtorno de estresse pós-traumático na atenção primária à saúde

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado ao curso de medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana – UFN, como requisito para obtenção do grau de médico.

Luma Manfio Canzian
Professor (a) orientador (a)

Felipe Salles

Denise Costa

Santa Maria, 29 de setembro de 2020

Protocolo assistencial de identificação e manejo inicial do transtorno de estresse pós-traumático na atenção primária à saúde

Assistance protocol for the identification and initial management of post-traumatic stress disorder in primary health care

RESUMO

O transtorno de estresse pós-traumático é considerado uma doença de alto risco de cronicidade, com sequelas psicológicas de revivência traumática. Porém, devido à ampla heterogeneidade dos sintomas que podem ser desenvolvidos, o transtorno tem sido pouco diagnosticado na atenção primária à saúde. Assim, busca-se a realização de um protocolo assistencial que possa ajudar profissionais de saúde na identificação de pacientes com esse transtorno, no seu manejo e na diminuição de suas possíveis comorbidades.

Palavras-chave: Transtorno de estresse pós traumático, trauma, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder is considered a disease with a high risk of chronicity, with psychological consequences of traumatic reliving. However, due to the wide heterogeneity of symptoms that can be developed, the disorder has been underdiagnosed in primary health care. Thus, an assistance protocol is sought that can help health professionals in the identification of patients with this disorder, in its management and in the reduction of their possible comorbidities.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, trauma, primary health care

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 JUSTIFICATIVA	9
1.2 OBJETIVO GERAL	9
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
2. METODOLOGIA	9
2.1 BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA	9
2.2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID-10)	10
2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	10
2.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	10
3. DIAGNÓSTICO	10
4. TRATAMENTO	12
4.1: MANEJO INICIAL.....	12
4.2: PSICOTERAPIA.....	15
4.3: FARMACOTERAPIA, MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS- TRATAMENTO.....	17
5. CONCLUSÃO	20
6. FLUOXOGRAMA	21
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

LISTA DE ABREVIATURAS:

Transtorno de estresse pós-traumático – TEPT

Transtorno de estresse agudo - TEA

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – 5º edição – DSM V

Código Internacional de Doenças – 10º edição – CID-10

Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina – ISRS's

Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Food and Drug Administration – FDA

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME

1) INTRODUÇÃO

Os eventos traumáticos são situações comuns na vida diária que podem provocar diferentes reações em cada indivíduo. O que difere tais reações consiste em um limiar entre uma situação de estresse ou trauma, com superação da situação adversa ou desenvolvimento de sequelas psicológicas do evento. Segundo a literatura, um acontecimento traumático pode levar a modificações funcionais e anatômicas em áreas cerebrais, produzindo assim disfunções no âmbito da memória e afetividade. Desse modo, a exposição ao trauma é considerada um grave fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos mentais (ALBUQUERQUE et al, 2013; BORGES et al, 2010).

Nos primeiros três dias após a exposição a um evento traumático grave, como episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual, considera-se que alterações emocionais são uma forma de reação natural ao estresse. Após esse período, pode se desenvolver um transtorno estresse agudo (TEA), caracterizado por sintomas de sofrimento mental em decorrência do evento. Quando tais sintomas surgem subsequentes ao primeiro mês, pode-se diagnosticar um transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (DSM V, 2013).

Segundo GALEA, NANDI, & VLAHOV (2005), verifica-se que dois terços da população americana é exposta a um evento traumático ao longo da vida, e um quinto ao longo de um ano. Porém, nem todas essas pessoas desenvolvem um transtorno mental, devido à maneira de superação do trauma vivida por cada indivíduo. A resposta de cada pessoa é influenciada pela gravidade do evento traumático e por características de sua personalidade (YEHUDA, 2002).

Diante disso, podemos dividir os fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT em pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos. A predisposição de cada indivíduo para desenvolver um desses transtornos é muito heterogênea, visto que sua manifestação depende de fatores genéticos, cognitivos e de desenvolvimento. São fatores de risco para o transtorno ter uma comorbidade psiquiátrica, ser exposto ao trauma em idade precoce, ter um nível socioeconômico e educacional inferior, estar separado, divorciado ou viúvo, possuir história de trauma prévio, relatar adversidade ou abuso na infância, fraco apoio social e história familiar de transtorno mental (YEHUDA, 2002; DSM V, 2013; VAN AMERINGEN et al, 2008; BISSOW, 2007).

Em questões de gênero, as mulheres apresentam quatro vezes mais chances de desenvolver TEPT do que os homens, depois de se adaptarem à exposição a eventos traumáticos. Isso ocorre devido aos casos de abusos sexuais nos quais as mulheres são as principais vítimas, apresentando 10 vezes mais chances do que os homens de serem estuprados (VIEWEG et al, 2006).

Os fatores de risco peritraumáticos são aqueles considerados de ameaça ao desenvolvimento da doença mental no momento do trauma. Esses incluem a gravidade do evento traumático, a percepção de ameaça à vida, ferimento pessoal, violência interpessoal e sintomas dissociativos (APA, 2014). Esses fatores, principalmente a dissociação e emocionalidade peritraumática, podem ser considerados mais importantes no desenvolvimento do TEPT do que os eventos pré-traumáticos (OZER, BEST, LIPSEY, & WEISS, 2003).

Entre os fatores pós-traumáticos estão inclusos aqueles que podem ser modificados a fim de diminuir a intensidade e cronicidade do TEPT. Um deles é a identificação de reações iniciais ao estresse e adequado tratamento dos casos de TEA (BRYANT, 2011). Outros forte preditores são o trauma continuado sem cessar o estressor, o sofrimento com perdas relacionadas ao evento, estratégias de enfrentamento inapropriadas, memórias e pesadelos intrusivos e avaliação negativa pelo indivíduo (HAAG et al, 2017).

Além disso, verifica-se que a presença de sintomas físicos logo após a exposição traumática possui um forte potencial para o desenvolvimento de TEPT futuro. Foram relacionados a maior risco do transtorno aumento de frequência cardíaca e/ou respiratória por dias após o evento, o que pode ser explicado pela hipereatividade noradrenérgica central. (YEHUDA et al, 2015; BRYANT, 2000; BRYANT, 2008).

Devido a essa ampla dimensão de fatores, estudos atuais tiveram como meta pesquisar a fisiopatologia desses transtornos com a finalidade de entender a relação da exposição ao evento traumático e o conseqüente desenvolvimento de sintomas associados ao trauma. Assim, é possível obter-se maior prevenção, diagnóstico precoce e um tratamento promissor desses indivíduos (YEHUDA et al, 2015).

Uma vez que a ocorrência de traumas é frequente na atenção primária à saúde e pouco se discute sobre como manejar o paciente após essa exposição, é de suma importância a implantação de um protocolo com a finalidade de diminuir o

desenvolvimento de um possível transtorno relacionado ao trauma. O presente estudo busca implantar uma rotina assistencial aos profissionais de saúde para identificar e manejar corretamente pacientes com sintomas relacionados a um evento traumático que são atendidos na Unidade Básica de Saúde.

1.1) JUSTIFICATIVA

Este estudo busca a construção de um protocolo assistencial para uso de profissionais da área médica, informando a identificação e manejo do transtorno estresse pós-traumático na Unidade Básica de Saúde. Devido às elevadas taxas de eventos traumáticos vivenciados pelos pacientes atendidos nessas unidades, busca-se ofertar meios práticos para diminuir as taxas de cronificação para um possível TEPT. Dessa forma, é possível auxiliar os profissionais no conhecimento de técnicas benéficas no manejo de um paciente com história aguda de um evento traumático grave e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

1.2) OBJETIVO GERAL

Este trabalho tem como objetivo elaborar um protocolo assistencial de identificação e manejo do TEPT em pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde.

1.3) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar os profissionais de saúde para reconhecimento de transtornos relacionados ao trauma.
- Possibilitar a modificação de fatores de risco pós-traumáticos no desenvolvimento de TEPT.
- Proporcionar conhecimento para ser prescrito tratamento medicamentoso correto.
- Orientar o profissional médico sobre as potenciais comorbidades psiquiátricas e diagnósticos diferenciais.

2) METODOLOGIA

2.1) BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Essa pesquisa foi realizada a partir de estudo na literatura da área: revisão integrada de conhecimentos médicos sobre transtorno de estresse pós-traumático, sua cronicidade e danos à qualidade de vida do paciente; benefícios do manejo precoce através do possível reconhecimento de sintomas na atenção primária. Foram utilizados como banco de dados para pesquisa PubMed, SCIELO e livros texto na área da psiquiatria. Utilizamos as palavras-chave para busca: TEPT, TEA, trauma e diagnóstico.

2.2) DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID-10

F43.0 Reação aguda ao ‘stress’

F43.1 Estado de ‘stress’ pós-traumático

F43.8 Outras reações ao ‘stress’ grave

F43.9 Reações não especificadas a um ‘stress’ grave

2.3) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde maiores de 6 anos, que foram expostos a evento traumático grave.

2.4) CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com idade inferior a 6 anos.

3) DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático pode ser feito tanto pelo CID quanto pelo DSM V, nesse protocolo a abordagem diagnóstica adotada é o DSM V. Por definição, o TEPT é considerado como um aumento no nível de estresse e ansiedade em virtude da exposição a um evento traumático. Esse transtorno ocorre em todas as faixas etárias, porém os critérios diagnósticos utilizados para identificar TEPT em adultos, adolescentes e crianças maiores de 6 anos diferem quando os indivíduos forem menores de 6 anos de idade. Em função das diferenças diagnósticas impostas pela idade,

este protocolo delimita-se a indivíduos adultos, adolescentes e crianças com mais de 6 anos de idade. Nesses pacientes, o transtorno de estresse pós-traumático apresenta o desenvolvimento de sintomas característicos, os quais são fundamentais para um diagnóstico correto. O evento estressor no TEPT deverá sempre se fazer presente quando feito o diagnóstico. Esse é definido como a exposição a um episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual - não se aplicando à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias. O paciente pode ter vivenciado diretamente a situação traumática, ter testemunhado o evento sofrido por alguma pessoa próxima, ou ainda apenas saber da informação que o evento ocorreu com familiar ou amigo próximo. Junto a isso, o indivíduo deve preencher uma categoria de sintomas de intrusão, evitação, alternâncias negativas de cognição e humor e alterações marcantes na excitação e reatividade. Na categoria dos sintomas intrusivos (critério B) faz-se necessário a presença de uma (ou mais) de suas apresentações e deve ter iniciado após a ocorrência do evento traumático. Os sintomas são: lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do trauma; sonhos angustiantes recorrentes do evento traumático; reações dissociativas (flashbacks); sofrimento psicológico intenso ou prolongado diante da exposição a sinais internos ou externos que possam ter algum tipo de relação com o trauma; reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático. O critério C é composto pelos sintomas de evitação, no qual é necessário a presença de um ou ambos dos sintomas apresentados e devem ter começado após o trauma, dentre eles: evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca do evento traumático e/ou evitação ou esforços para evitar lembranças externas que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes relacionados ao trauma.

Em relação as alterações negativas em cognições e no humor (critério D) existem diferentes formas de apresentação desses sintomas, os quais devem ter começado ou piorado depois da ocorrência de tal evento. Devem se fazer presentes dois (ou mais) desses sintomas, como: incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático; crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo; cognições distorcidas persistentes em relação a causa ou das consequências do trauma que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros; estado emocional negativo persistente; diminuição expressiva do interesse ou

participação em atividades significativas; sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros; incapacidade persistente de sentir emoções positivas.

Por fim, a última categoria de sintomas são as modificações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao trauma (critério E), começando ou piorando após o evento. Essas alterações devem ser evidenciadas por dois (ou mais) dos seguintes aspectos: comportamento irritadiço e surtos de raiva – podendo ser expressa na forma de agressão verbal ou física; comportamento imprudente ou autodestrutivo; hipervigilância; resposta de sobressalto exagerada, dificuldades de concentração e/ou perturbação do sono.

Para firmar o diagnóstico, os sintomas (critérios B, C, D e E) devem ter duração mínima de um mês. Além disso, é essencial que a perturbação cause sofrimento significativo nas relações sociais, profissionais, ou em outras áreas da vida do indivíduo. É importante salientar que a sintomatologia não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica. Outro sintoma que pode auxiliar no diagnóstico, porém não é critério obrigatório, é a dissociação. Essa determina um subtipo do TEPT, que se caracteriza com sintomas dissociativos de duas formas de apresentação, além dos sintomas citados anteriormente. Um deles é a despersonalização, a qual consiste em experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo. O outro sintoma caracteriza-se por experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor, denominado desrealização. Além disso, o TEPT pode ser especificado, caso haja a expressão tardia. Essa consiste no não preenchimento de todos os critérios diagnósticos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas). (DSM V, 2013)

4) TRATAMENTO

4.1) MANEJO INICIAL

A construção desse protocolo assistencial visa uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos acometidos por TEPT. Dessa forma, primeiramente deve-se identificar quais pacientes terão mais chances de apresentar essa perturbação, com base nos fatores de risco e dados epidemiológicos. Inicialmente, na identificação do paciente já pode

verificar-se a presença do fator de risco sexo feminino (KESSLER et al., 1995). No exame clínico, é necessário questionar acerca da possibilidade de proximidade física a desastres naturais, sobre a presença de algum tipo de violência e a perda de entes próximos nos últimos meses/anos devido ao risco aumentado de TEPT caso um desses fatores esteja presente na vida do indivíduo. (LEIVA-BIANCHI & ARANEDA, 2013). Deve ser questionada a história social, como: hábitos de uso excessivo de álcool ou drogas ilícitas, se há um uso excessivo de serviços de saúde, (LECRUBIER, 2004) e sobre a presença de suporte social a um possível evento traumático (NERIA et al., 2008).

Na história patológica pregressa devem ser questionadas outras características que aumentam o risco de desenvolver TEPT, como: ter experimentado previamente acontecimentos traumáticos, apresentar problemas psicológicos prévios ao estressor traumático, ter história familiar de TEPT e tentativas de suicídio (NERIA et al., 2008).

Caso verificada a ocorrência de um acontecimento traumático, é importante questionar sobre a presença de respostas emocionais negativas e/ou dissociação durante ou imediatamente após o evento, visto que esses sintomas têm forte correlação com o risco de desenvolvimento do TEPT. (FRANKLIN, SHEERAN & ZIMMERMAN, 2002; GOLDMANN & GALEA, 2014; OZER et al., 2003).

Segundo a literatura, há uma subnotificação de relatos de violência doméstica e outros traumas, o que acaba levando a um baixo reconhecimento do TEPT na atenção primária. Dessa maneira, todo esse questionamento de exposição ao trauma junto com a triagem de sintomas depressivos e ansiosos na rotina de exames médicos é de extrema importância para o reconhecimento e manejo inicial do TEPT na atenção primária. (LECRUBIER, 2004)

Além de toda essa anamnese completa e dirigida, deve ser identificado se há algum transtorno comórbido, devido à alta incidência dessa associação. Os transtornos mais verificados em estudos são o transtorno depressivo maior, transtornos de ansiedade e o transtorno por uso de substâncias e álcool. (HOGE et al, 2007). Junto a isso, outros fatores foram verificados com maior prevalência nesses indivíduos, como problemas de saúde física, sintomas somáticos, dor crônica e comprometimento funcional. (HOGE et al, 2007). Dessa maneira, evidências científicas comprovaram ser relevante rastrear TEPT em pacientes que esses fatores não são explicados por nenhum distúrbio subjacente. (HOGE et al, 2007). O que não deve ocorrer é a triagem universal a todos os pacientes

da atenção primária, visto que não há evidências suficientes para isso segundo Sonis (2013). Entretanto, há casos em que a triagem direcionada pode ser uma excelente ferramenta diagnóstica, em pacientes que estiveram em serviço militar, que sofreram abuso ou violência, que possuem sintomas somáticos inexplicáveis, em pacientes com diagnóstico de depressão ou outros problemas de saúde mental, e em pacientes que não respondem ao tratamento padrão de queixas como dor e insônia. (SPOONT et al, 2015)

O TEPT é considerado um dos principais desencadeantes do suicídio e da tentativa de suicídio, assim apresentando um risco aumentado a essa comorbidade. Foi verificado que quase um terço dos indivíduos com TEPT relataram tentativa de suicídio após o trauma. (LEBOUTHILLIER ET AL, 2015)

Dessa forma, é dever do médico clínico avaliar o paciente perante o risco suicida, perguntando sobre a ocorrência de tentativa prévia de suicídio, pensamentos e ideias sobre morte e a possibilidade de haver um plano ativo de suicídio. Assim sendo, a prevenção ao suicídio na atenção primária poderá ser mais efetiva, visto que o tratamento para TEPT demonstra uma redução significativa no risco de suicídio (GRADUS et al, 2013)

Outrossim, a depressão associada ao transtorno de estresse pós-traumático é a comorbidade mais comumente verificada na atenção primária, afetando quase metade dos indivíduos com TEPT. (FLORY & YEHUDA, 2015). É questionado na literatura o porquê dessa taxa comórbida ser tão alta, logo criaram-se hipóteses diante disso. (FLORY & YEHUDA, 2015). A teoria mais aceita justifica que a depressão pode ser um trauma ou uma apresentação devido ao estressor, diferentemente da depressão única. Ou seja, como se houvesse um subtipo de TEPT com depressão comórbida. (DEKEL et al, 2017; FLORY & YEHUDA, 2015). Nesse sentido, esses transtornos associados trazem ao paciente uma gravidade significativa do quadro clínico, além de um funcionamento psicossocial de baixa qualidade e com risco aumentado para uma possível cronicidade do TEPT. (HRUSKA et al, 2014; SHALEV et al., 1998; WILK et al., 2006).

Outro fato que deve ser avaliado na abordagem do paciente suspeito ou confirmado caso de TEPT é o apoio social, visto que esse é considerado um dos fatores de proteção mais importantes na prevenção do TEPT. (BREWIN et al, 2000). Junto a isso, deve ser avaliada a autoeficácia desse paciente, a qual consiste na capacidade que ele possui de gerenciar e controlar seu bem-estar, pensamentos, emoções, comportamentos e ambiente. (BENIGHT & BANDURA, 2004). Fato que explica essa

abordagem é a importância de uma autoeficácia percebida por esse indivíduo, visto que essa pode afetar inteiramente as percepções do trauma e a capacidade de lidar com o evento. (BENIGHT & BANDURA, 2004). Segundo estudos, há uma hipótese de que o suporte social adequado facilita e melhora a autoeficácia de um indivíduo. (SCHWARZER & KNOLL, 2007). Dessa forma, essa relação pode contribuir significativamente na superação do evento traumático, diminuindo assim pensamentos e emoções negativas quando o TEPT e a depressão são comórbidos. (BENIGHT & BANDURA, 2004; FLORY & YEHUDA, 2015).

Como já descrito no Compêndio de Psiquiatria, quando um clínico se deparar com alguma situação suspeita ou com indícios de trauma, esse deve realizar uma abordagem de apoio, encorajamento para discutir o evento e educação acerca de mecanismos de enfrentamento. Em relação ao encorajamento deve ser esclarecido que o clínico acompanhe o ritmo que o paciente contar os detalhes com o menor número de perguntas desnecessárias, assim promovendo um ambiente para que a vítima se sinta confortável em dialogar. Pode ocorrer alguns casos em que a pessoa prefira se manter calada e a sua vontade deverá ser respeitada. Por fim, é dever do clínico promover uma educação sobre o transtorno e seu tratamento ao paciente permitindo assim o fim do estigma de doença mental e TEPT imposto pela sociedade. (KAPLAN et al, 2016)

4.2) PSICOTERAPIA

É válido ressaltar que não existe nenhuma evidência concreta de que algum medicamento ou tratamento em particular possa realizar uma prevenção do TEPT. Porém, existem medicamentos e tratamentos estudados cientificamente que se mostraram promissores na diminuição dos sintomas e na resposta ao medo. (AUTUMN PEARL ROQUE et al, 2015)

Existem duas abordagens terapêuticas que comprovadamente promovem uma melhora do quadro clínico: a psicoterapia e a farmacoterapia. (KAPLAN et al, 2016; YEHUDA et al, 2015). A literatura aborda esses tratamentos de maneira isolada, em virtude da carência de pesquisas científicas que buscam comprovar a eficácia e segurança dessa associação terapêutica. (YEHUDA et al, 2015).

Há diferentes métodos psicoterapêuticos que devem ser tentados como abordagem inicial no transtorno, em virtude de os tratamentos farmacológicos não terem

demonstrado conclusivamente uma eficácia equivalente à psicoterapia. A psicoterapia é o tratamento padrão-ouro no transtorno com sintomas leves a moderados e quando disponível deve ser ofertada ao paciente com diagnóstico de TEPT. Contudo, muitas vezes ela não é realizada em uma unidade básica de saúde, apenas em serviços especializados de atenção psicossocial. Esses serviços estão disponíveis em Santa Maria, como o Acolhe Saúde, a Policlínica Central José Erasmo Crossetti, a Policlínica Nossa Senhora do Rosário e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Porém, esses apresentam uma fila de espera sobrecarregada que muitas vezes dificulta o início de um tratamento precoce. Dessa maneira, acaba-se verificando mais o uso da farmacoterapia na prática clínica. (MARKOWITZ et al, 2015; BISSON et al, 2007; Secretaria de Município da Saúde, 2020)

Entre linhas terapêuticas consideradas de melhor prognóstico para o manejo do TEPT, está a combinação da terapia de exposição e a terapia cognitiva focada no trauma. Além desse método, há também uma técnica mais recente que vem se mostrando satisfatória nas pesquisas científicas, denominada dessensibilização e reprocessamento dos movimentos oculares. (KAPLAN et al, 2016; GASKELL & BPS, 2005; BRADLEY et al, 2005; BISSON et al, 2005)

Na terapia de exposição (comportamental), o paciente irá reviver o trauma por meio de técnicas de imaginação ou exposição in vivo (terapia implosiva ou dessensibilização sistemática). Ou seja, o paciente precisa se sentir confortável para vivenciar as emoções associadas ao evento, visto que ele irá descrever o evento traumático, detalhando, gravando e ouvindo repetidamente. (BISSON et al, 2015)

Já na terapia cognitiva focada no trauma, a abordagem consiste em ensinar aos pacientes métodos cognitivos para o desafio e enfrentamento das consequências que foram causadas. Os estudos sugerem que essa técnica de manejo do estresse possui um resultado mais rápido em um curto período, em contrapartida, as técnicas de exposição possuem um efeito mais duradouro. (BISSON et al, 2015; KAPLAN et al, 2016)

Em uma técnica psicoterápica mais recente, como a dessensibilização e o reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR), o receptor irá se concentrar na experiência traumática, nos pensamentos e emoções associadas. (BISSON et al, 2015)

Enfim, independentemente do método proposto pelo psicoterapeuta, esse deve preocupar-se em encorajar os indivíduos a um relaxamento efetivo a fim de minimizar os sintomas conturbadores da vida diária, como também promover um afastamento da fonte de estresse. Também deverá ser pensado em como ofertar apoio a esse paciente nas crises, além da promoção de mecanismos de enfrentamento do trauma. (KAPLAN et al, 2016)

4.3) FARMACOTERAPIA, MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Esse protocolo foi realizado com a finalidade de melhorar o processo diagnóstico do TEPT e orientar para um adequado manejo inicial pelo clínico geral na atenção primária à saúde. Entretanto, o tratamento deve ser individualizado, levando em consideração o suporte social e as comorbidades de cada paciente. Ou seja, outros fármacos poderão ser utilizados para o tratamento de comorbidades caso elas estejam presentes.

A farmacoterapia será utilizada em casos de TEPT com sintomas graves e quando a psicoterapia não estiver disponível para o paciente nos casos leves a moderados. A escolha do fármaco deve considerar o diagnóstico, as comorbidades psiquiátricas e clínicas junto com os efeitos adversos desses medicamentos.

Afinal, é verificado uma alta prevalência de transtornos associados ao TEPT, como alguns transtornos de personalidade, humor e pelo uso de substâncias. Ou seja, esses transtornos irão definir o psicofármaco de escolha, seja ele primeira, segunda ou terceira linha. Dessa mesma maneira, ocorre com condições clínicas prévias do paciente, como por exemplo, gestação, lactação, idade avançada, insuficiência renal ou hepática, presença de arritmias, entre outras. Portanto, a decisão clínica necessita interagir a experiência do clínico com o uso dos medicamentos, os diagnósticos prévios do paciente e as recomendações conforme estudos científicos.

Os fármacos de primeira linha recomendados pela Food and Drug Administration – FDA para uso no TEPT são dois medicamentos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), devido a seus índices de eficácia, tolerabilidade e segurança, os quais são eles: paroxetina e sertralina. Inúmeros artigos vêm pesquisando a eficiência da classe dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina, da qual esses medicamentos aprovados fazem parte.

De acordo com a atual Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Santa Maria, a fluoxetina é o único fármaco pertencente à classe dos ISRS disponibilizado na atenção básica. Dessa forma, este protocolo assistencial sugere a fluoxetina como medicamento de escolha quando for indicada farmacoterapia.

Sugere-se que a fluoxetina seja iniciada na dose de 20 miligramas uma vez ao dia. Após 4 a 8 semanas de tratamento, o paciente deverá ser reavaliado em uma nova consulta para verificar a evolução dos sintomas e possíveis efeitos colaterais do fármaco. Deve investigar-se e monitorar as principais implicações que podem ser causados em virtude do mecanismo de ação do fármaco, como cefaleia, insônia, ansiedade, nervosismo, tremores, náuseas, diarreia, distúrbios digestivos e sudorese. Se o paciente apresentar uma melhora maior que 50% o medicamento deverá ser continuado a longo prazo por pelo menos um ano (BANDELOW et al, 2008). Fato que comprova isso é a descoberta de um estudo em que mais de um quarto dos pacientes recidivaram após a descontinuação da fluoxetina depois da 26ª semana de tratamento (DAVIDSON et al. 2001). Caso não haja melhora após oito semanas de tratamento, deve ser avaliado o que está ocorrendo com o quadro clínico desse paciente. Verificar como está a adesão ao tratamento por esse indivíduo e uma possível reavaliação diagnóstica, além de ofertar um encaminhamento a uma atenção especializada para a tentativa de uma psicoterapia. Se não for verificada falha de adesão ao tratamento ou não haja um novo diagnóstico para o quadro, é necessário considerar aumento de dose antes de trocar o fármaco. Sugere-se aumentar a dose de fluoxetina para 40 miligramas uma vez ao dia. Se houver resposta parcial após as primeiras oito semanas, aguardar mais quatro semanas antes de aumentar a dose. É recomendado que se inicie o tratamento medicamentoso pela dose inferior recomendada, com objetivo de minimizar possíveis efeitos adversos relacionados à medicação. Após quatro semanas, é necessário reavaliar esse paciente. Se verificado resposta parcial ou ausente, pode-se aumentar subsequentemente a dose a cada 4 semanas, até resposta esperada ou até o máximo tolerado. Ademais, é importante que sejam reavaliados objetivamente os sintomas antes de mudar a terapêutica. Porém, se mesmo assim não houver resposta, faz-se necessário um encaminhamento a um dos serviços de atenção psicossocial especializados disponíveis na rede municipal de assistência à saúde de Santa Maria.

Depois de obter uma boa resposta ao tratamento, deve-se reavaliar o paciente a cada dois meses para acompanhamento dos sintomas e renovação das receitas - as quais são válidas por 60 dias – e manter o fármaco por no mínimo 12 meses antes da retirada gradual. Por tratar-se de um transtorno com tendência à cronificação, pode ser necessário um tratamento por tempo indeterminado. A retirada do medicamento, quando indicada, deve ser combinada com o paciente e acompanhada pelo médico.

O interesse principal no uso desses medicamentos pode ser explicado pela alta prevalência do TEPT associado a transtornos de humor e ansiedade, para os quais os antidepressivos são altamente eficazes. Entretanto, além dos ISRSs reduzirem os sintomas semelhantes aos de depressão ou outros transtornos de ansiedade, diminuem também os grupos de sintomas peculiares ao transtorno. Esse mesmo motivo levou a diversos estudos sobre a efetividade de antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoaminaoxidase, mas esses apresentaram uma elevada taxa de efeitos colaterais e maiores índices de abandono do que o os ISRS's. (KAPLAN et al, 2016; ALBUCHER et al, 2002; SCHOENFELD et al 2004)

Além disso, existem outros medicamentos comumente prescritos para o TEPT, como, trazodona, quetiapina, mirtazapina e gabapentina, os quais são usados off label no tratamento. É verificado na prática clínica que esses apresentam uma boa eficácia quando introduzidos no manejo, porém não há nenhuma comprovação de estudo e/ou testagem adequada. Embora alguns desses medicamentos serem mais eficientes que placebo na diminuição de sintomas do TEPT, o tamanho do efeito é pequeno demonstrando uma alta resistência ao tratamento em determinadas populações (por exemplo, em veteranos de guerra). (CIPRIANI et al, 2018; WATTS et al, 2013; BERNARDY et al, 2017)

A justificativa para uso desses medicamentos está na semelhança entre os sintomas propriamente do TEPT e outros distúrbios psiquiátricos, incluindo ansiedade; depressão, obsessivo-compulsivo e distúrbios dissociativos/psicóticos, dificultando assim a diferenciação entre eles. Isso explica o uso de medicamentos antidepressivos ‘off label’, devido ser um transtorno com uma alta prevalência de comorbidades presentes, sendo muito incomum o TEPT puro sem comorbidades.

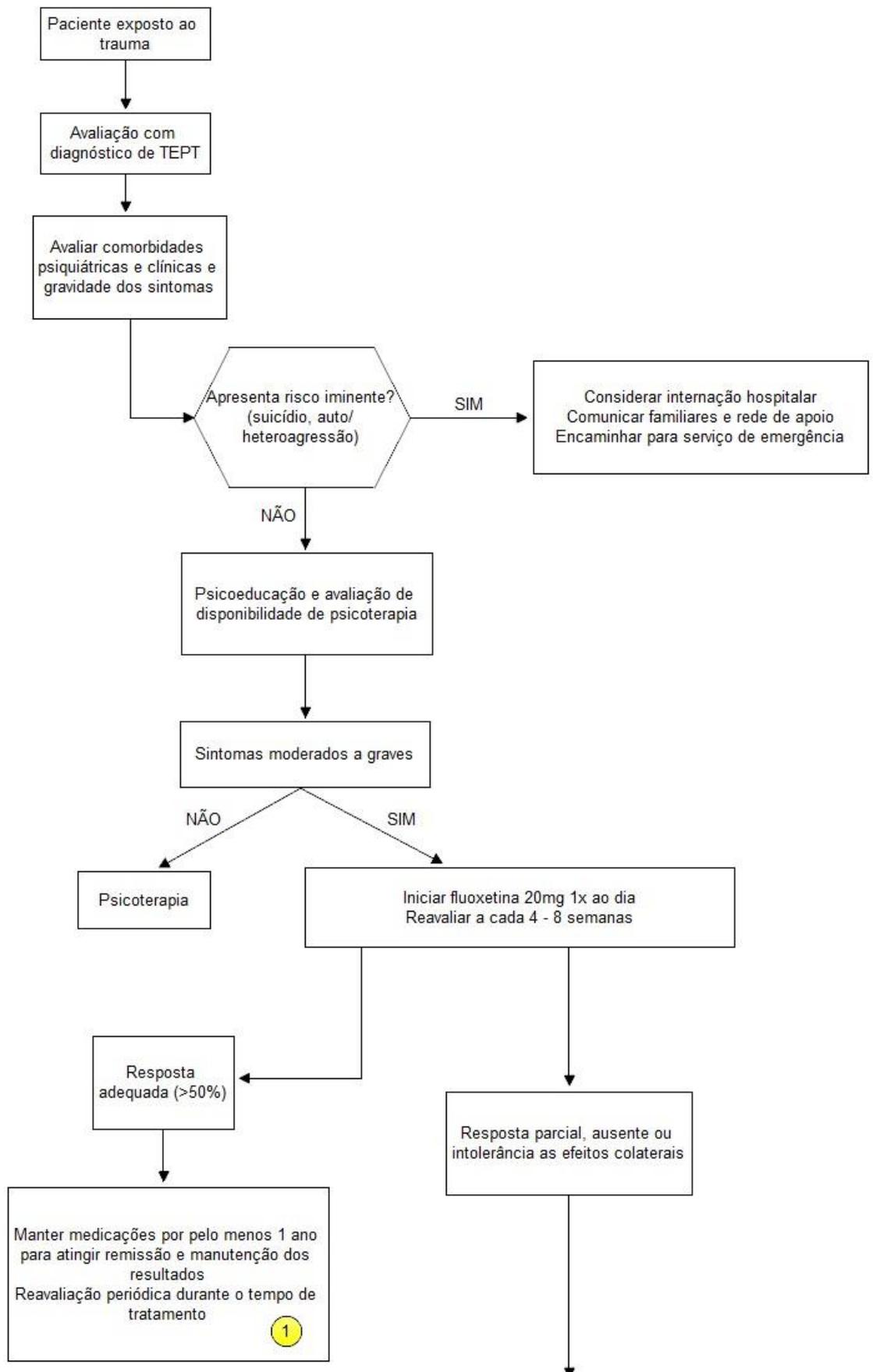
É necessário analisar também o uso inadequado dos benzodiazepínicos na atenção primária. Eles podem retardar a consolidação traumática do TEPT, dessa forma passando a apresentar exacerbação dos sintomas e uma possível dependência a esses

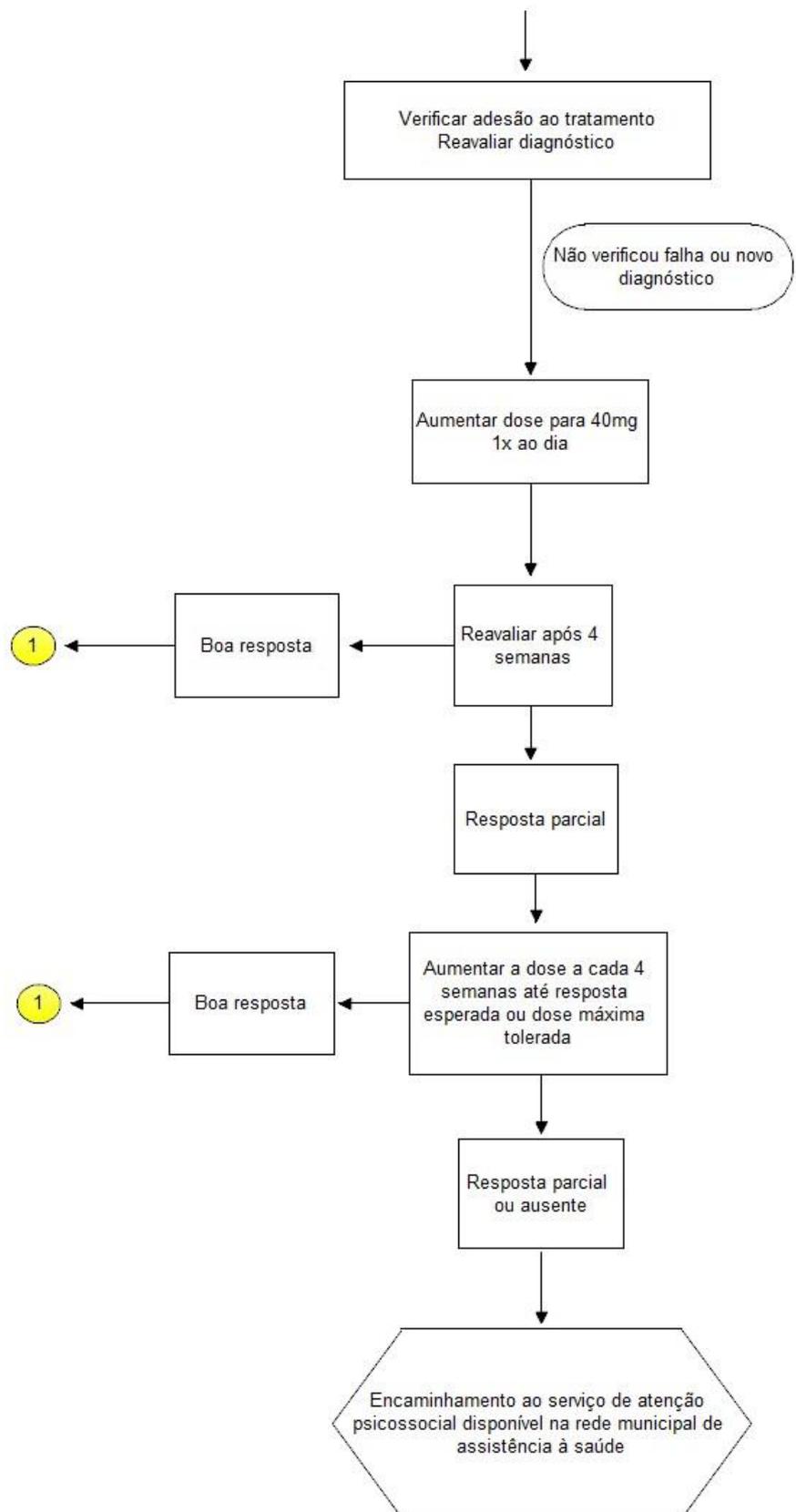
medicamentos, além do potencial risco que esses medicamentos apresentam. Outros fármacos, como os hipnóticos, também precisam dos mesmos cuidados, entretanto acabam sendo muito usados na prática clínica. (YEHUDA et al, 2015)

5) CONCLUSÃO

Por fim, é necessário reiterar a importância do auxílio que esse protocolo permite a um médico clínico frente a um caso suspeito ou firmado de TEPT. Esse poderá ajudar em seu diagnóstico e no seu manejo inicial nas Unidades Básicas de Saúde. Entretanto, deve ser considerado a prática do que a realidade local permite, visto que pode ocorrer de alguns serviços não estarem disponíveis, como a psicoterapia. Dessa forma, esse protocolo é visto como uma sugestão de método diagnóstico e terapêutico aos clínicos, o qual tem como objetivo apenas aprimorar e melhorar a prática médica.

6) FLUXOGRAMA





7) REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paloma Pegolo de et al. Efeitos Tardios do Bullying e Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão Crítica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Carlos, Sp, v. 29, n. 1, p.91-98, 2013.

BORGES, Jeane Lessinger et al. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA, DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 1, n. 9, p.87-98, 2010.

YEHUDA, Rachel. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER. **The New England Journal Of Medicine**, New York, v. 346, n. 2, p.108-114, jan. 2002.

EHLERS, Anke; CLARK, David M.. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. **Behaviour Research And Therapy**, [s.l.], v. 38, n. 4, p.319-345, abr. 2000. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. 5.ed.

VAN AMERINGEN, Michael et al. Post-Traumatic Stress Disorder in Canada. **Cns Neuroscience & Therapeutics**, [s.l.], v. 14, n. 3, p.171-181, set. 2008. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>.

BISSON, Jonathan I. Post-traumatic stress disorder. **Bmj**, [s.l.], v. 334, n. 7597, p.789-793, 12 abr. 2007. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39162.538553.80>.

VIEWEG, W. Victor R. et al. Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology, and Treatment. **The American Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 119, n. 5, p.383-390, maio 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.09.027>.

BRYANT, Richard A.. Acute Stress Disorder as a Predictor of Posttraumatic Stress Disorder. **The Journal Of Clinical Psychiatry**, [s.l.], v. 72, n. 02, p.233-239, 14 dez. 2010. Physicians Postgraduate Press, Inc. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.09r05072blu>.

HAAG, Christina et al. Understanding the Emergence of Chronic Posttraumatic Stress Disorder Through Acute Stress Symptom Networks. **Jama Psychiatry**, [s.l.], v. 74, n. 6, p.649-649, 1 jun. 2017. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0788>.

YEHUDA, Rachel et al. Post-traumatic stress disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.1-22, 8 out. 2015. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>.

BRYANT, Richard A. et al. A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. **J Abnorm Psychol**, Sydney, Australia, v. 2, n. 109, p.341-344, maio 2000.

BRYANT, Richard A. et al. A Multisite Study of Initial Respiration Rate and Heart Rate as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder. **The Journal Of Clinical Psychiatry**, [s.l.], v. 69, n. 11, p.1694-1701, 30 nov. 2008. Physicians Postgraduate Press, Inc. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v69n1104>.

LEBOUTHILLIER, Daniel M.. Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: **Findings From a U.S. Nationally Representative Sample**. 2015.

LECRUBIER Y. Posttraumatic stress disorder in primary care: a hidden diagnosis. **J Clin Psychiatry**. 2004; 65 (suppl 1): 49-54.

KAPLAN P, Sadock, B; Sadock,V; **Compêndio de Psiquiatria**. 11a edição. Artmed, 2016

AUTUMN PEARL ROQUE BSN, RN, CMSRN. Pharmacotherapy as Prophylactic Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of the Literature, **Issues in Mental Health Nursing**, 36:9, 740-751, 2015 DOI: 10.3109/01612840.2015.1057785

MARKOWITZ, J. C. et al. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am. J. Psychiatry* 172, 430–440 (2015).

BISSON, J. & Andrew, M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). **Cochrane Database Syst. Rev.** 3, CD003388 (2007).

SANTA MARIA. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Secretaria Municipal de Saúde. Serviços de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/280-servicos-de-atencao-psicossocial>>

National Collaborating Centre for Mental Health. Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London/Leicester: Gaskell and BPS, 2005.

BRADLEY R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. **Am J Psychiatry**; 162:214-27, 2005.

BISSON J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) [Cochrane review]. **Cochrane Database Syst Rev** 2005;(2):CD003388.

BANDELOW B, Zohar J, Hollander E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. **World J Biol Psychiatry**. 2008;9(4):248-312. doi:10.1080/15622970802465807

ALBUCHER, R. C. & Liberzon, I. Psychopharmacological treatment in PTSD: a critical review. **J. Psychiatry**. Res. 36, 355–367 (2002).

REGIER DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. **Am. J. Psychiatry** 170:59–70, 2013

SCHOENFELD, F. B., Marmar, C. R. & Neylan, T. C. Current concepts in pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. **Psychiatr. Serv.** 55, 519–531 (2004).

CIPRIANI A, Williams T, Nikolakopoulou A, Salanti G, Chaimani A, et al. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. **Psychol. Med.** 48:1975–84, 2018

WATTS BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. **J. Clin. Psychiatry** 74:e541–50, 2013

BERNARDY N C, Friedman MJ. Pharmacological management of posttraumatic stress disorder. **Curr. Opin. Psychol.** 14:116–21, 2017

DAVIDSON, Ann & Mellor, David. (2001). Davidson, A. C., & Mellor, D. J. (2001). The Adjustment of Children of Australian Vietnam Veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of war-related trauma? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3): 345-351.. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. 35. 345-351.

GRADUS JL, Suvak MK, Wisco BE, Marx BP, Resick PA. Treatment of posttraumatic stress disorder reduces suicidal ideation. **Depress Anxiety**. 2013;30(10):1046-1053. doi:10.1002/da.22117

DEKEL S, Ein-Dor T, Rosen JB, Bonanno GA. Differences in Cortisol Response to Trauma Activation in Individuals with and without Comorbid PTSD and Depression. **Front Psychol**. 2017;8:797. Published 2017 May 18. doi:10.3389/fpsyg.2017.00797

HRUSKA, Bryce & Irish, Leah & Pacella, Maria & Sledjeski, Eve & Delahanty, Doug. (2014). PTSD Symptom Severity and Psychiatric Comorbidity in Recent Motor Vehicle Accident Victims: A Latent Class Analysis. **Journal of Anxiety Disorders**. 28. 10.1016/j.janxdis.2014.06.009.

SCHWARZER, Ralf & Knoll, Nina. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. **Psychology Journal**. 42. 10.1080/00207590701396641.

BENIGHT, C. & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. **Behaviour Research and Therapy**, 42, 1129-1148.

BREWIN, Chris & Andrews, Bernice & Valentine, John. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. **Journal of consulting and clinical psychology**. 68. 748-66. 10.1037/0022-006X.68.5.748.

HOGUE CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. **Am J Psychiatry**. 2007;164(1):150-153. doi:10.1176/ajp.2007.164.1.150

SPOONT MR, Williams JW Jr, Kehle-Forbes S, Nieuwsma JA, Mann-Wrobel MC, Gross R. Does This Patient Have Posttraumatic Stress Disorder?: Rational Clinical Examination Systematic Review [published correction appears in JAMA. 2016 Jan 5;315(1):90]. **JAMA**. 2015;314(5):501-510. doi:10.1001/jama.2015.7877