

BMJ Best Practice

Transtorno do estresse pós-traumático

Direto ao local de atendimento



Última atualização: Jun 04, 2024

Índice

Visão geral	4
Resumo	4
Definição	4
Teoria	5
Epidemiologia	5
Etiologia	5
Fisiopatologia	6
Classificação	8
Caso clínico	9
Diagnóstico	10
Abordagem	10
História e exame físico	12
Fatores de risco	13
Investigações	16
Diagnósticos diferenciais	18
Critérios	20
Rastreamento	24
Tratamento	25
Abordagem	25
Visão geral do algoritmo de tratamento	31
Algoritmo de tratamento	32
Novidades	54
Prevenção primária	55
Prevenção secundária	55
Discussões com os pacientes	55
Acompanhamento	57
Monitoramento	57
Complicações	58
Prognóstico	60
Diretrizes	61
Diretrizes diagnósticas	61
Diretrizes de tratamento	61
Recursos online	63
Referências	64
Imagens	77
NICE Summary	78
Key NICE recommendations on diagnosis	78
Key NICE recommendations on management	79

Resumo

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) pode se desenvolver (de forma imediata ou tardia) após a exposição a um evento ou situação estressante de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica.

De acordo com o DSM-5-TR, o TEPT é caracterizado por 4 grupos de sintomas: sintomas de intrusão, evitação, alterações negativas na cognição e humor, e alterações no despertar e na reatividade. Esses sintomas devem persistir por mais de 1 mês e causar comprometimento funcional para que o diagnóstico seja feito.

Na maioria das vezes, o transtorno se apresenta em comorbidade com condições como depressão, ansiedade, raiva e transtorno por uso de substâncias.

A avaliação deve abranger as necessidades físicas, psicológicas e sociais, e uma avaliação de risco: isso pode ser facilitado pelo uso de questionários de rastreamento e um cronograma de entrevista clínica.

Os tratamentos psicológicos focados no trauma são os mais eficazes. A farmacoterapia pode ser usada em pacientes que não respondem, não toleram, não desejam ou não têm acesso às psicoterapias.

Definição

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) pode se desenvolver após a pessoa sofrer 1 ou mais eventos traumáticos, que envolvem morte real ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual. A exposição pode ocorrer por meio da vivência direta do evento traumático, testemunhar o evento que ocorreu com outras pessoas, saber que o evento ocorreu com um familiar ou amigo próximo ou por exposição indireta na realização de uma atividade profissional. As guerras, as agressões físicas, os ataques terroristas e os desastres naturais são exemplos de eventos traumáticos.^[1]

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição, texto revisado (DSM-5-TR), o TEPT se caracteriza por 4 tipos de sintomas: intrusão, evitação, alterações negativas no humor e na cognição e alterações no despertar e na reatividade. Esses sintomas devem persistir por mais de 1 mês e causar comprometimento funcional para que o diagnóstico seja feito.^[1]

O TEPT complexo (TEPTC) é o nome dado a outro transtorno de saúde mental relacionado, que pode ocorrer após qualquer tipo de evento traumático, mas tende a ocorrer com mais frequência após traumas crônicos, repetidos ou prolongados, dos quais é praticamente impossível escapar. Isso inclui abuso na infância, negligência emocional na infância, violência doméstica ou exposição a situações continuadas de guerra civil, tortura ou violência comunitária.^[2]

Os indivíduos com TEPTC apresentam todas as características do TEPT, bem como dificuldades adicionais na forma como lidam com suas emoções, pensamentos negativos e sentimentos sobre si, e na forma como constroem relações com outras pessoas.

Os critérios completos para o TEPTC podem ser encontrados na seção Critérios diagnósticos ; outros aspectos do TEPTC permanecem fora do escopo deste tópico.

Este tópico não aborda o TEPT em crianças.

Epidemiologia

A prevalência ao longo da vida relatada da exposição a experiências potencialmente traumáticas varia consideravelmente entre os países e, dentro dos países, entre certos grupos. A exposição às experiências potencialmente traumáticas foi relatada por 24% dos indivíduos em uma amostra na Alemanha, 63.6% em uma amostra de 6 países europeus, 75% em uma amostra da Austrália e 80.7% em uma amostra da Holanda.[3] [4] [5] [6] As frequências de exposição mais elevadas foram relatadas em ambientes urbanos e em locais onde aconteceram desastres naturais.[7] [8] Alguns grupos apresentam maior probabilidade de serem expostos a EPTs: esses grupos incluem militares, profissionais de serviços de emergência, policiais e refugiados.

As estimativas de prevalência ao longo da vida do TEPT também variam entre os países, com relatos de 6.8% nos EUA, 2.9% na Alemanha, 1.9% entre 6 países europeus e 7.4% na Holanda.[3] [4] [5] [9] O intervalo das estimativas de prevalência em 12 meses relatadas é menor: 3.6% nos EUA, 0.6% na África do Sul e 1.1% em 6 países europeus.[3] [10] [11] No Reino Unido, embora a exposição a EPTs a partir dos 16 anos de idade tenha sido relatada em apenas 33% dos adultos, TEPT atual foi relatado em 3%.[12]

Etiologia

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

O TEPT é o único dentre os transtornos psiquiátricos funcionais cuja presença pode ser diretamente atribuída a um fator causal externo. Isso nem sempre foi aceito; antigamente, pensava-se que somente pessoas com transtornos mentais, uma personalidade instável ou com um conflito neurótico preexistente poderiam desenvolver os sintomas do que hoje é reconhecido como TEPT. Que era possível para pessoas sem transtorno mental preexistente ou traço/transtorno de personalidade desenvolverem os sintomas de TEPT após a exposição a eventos traumáticos ficou claro através de estudos, em particular de veteranos da guerra do Vietnã e sobreviventes de estupro. Os critérios para um evento ser considerado um estressor traumático são ter havido morte real ou ameaça de morte, lesão grave ou outra ameaça à integridade física. Os fatores que influenciam a suscetibilidade de uma pessoa para desenvolver TEPT também foram objeto de muitas pesquisas e incluem história psiquiátrica prévia, baixo QI, sexo feminino e exposição prévia a traumas, entre outros.[13] [14]

Várias teorias psicológicas e neurobiológicas têm sido apresentadas para explicar o padrão dos sintomas característicos do TEPT. Entretanto, o grau de diferença explicado por elas é pequeno. As principais teorias psicológicas atuais são: a teoria do processamento emocional, a teoria da representação dual e o modelo cognitivo do TEPT.[15] [16] [17]

- Teoria do processamento emocional: implica estruturas complexas de medo que existem na memória e que produzem reações cognitivas, comportamentais e fisiológicas, quando ativadas.[15] Argumenta-se que, no TEPT, essas reações se tornaram patológicas. As mudanças nas crenças sobre o mundo e sobre si mesmo, geradas pela dificuldade de processar as informações sobre o evento traumático, fazem com que o estímulo benigno seja erroneamente interpretado como perigoso e com que se interprete a si mesmo como um ser incompetente.

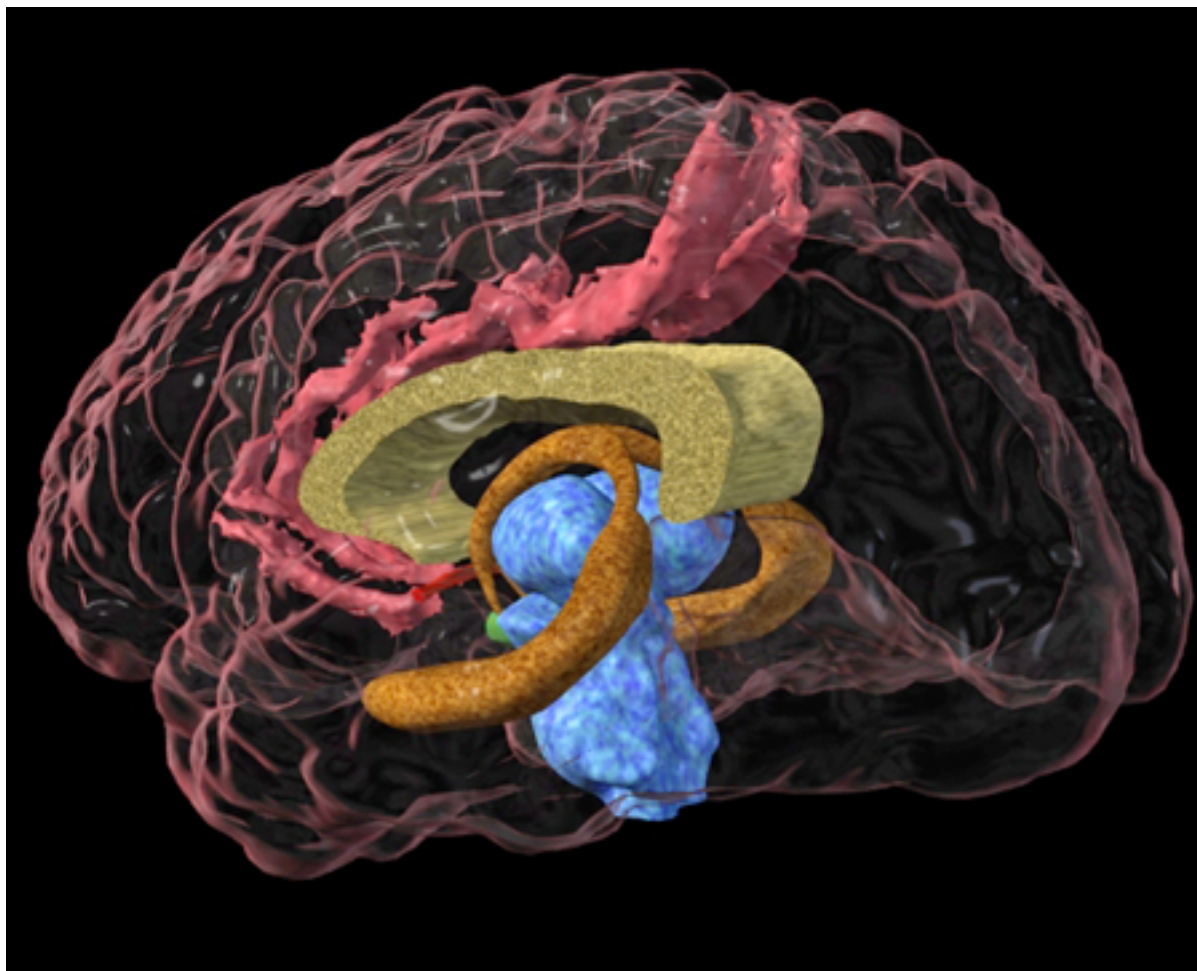
- Teoria da representação dupla: baseada em pesquisas sobre o processamento da memória, defende a existência de diferentes tipos de memória: memórias acessíveis verbalmente e memórias acessíveis situacionalmente.[16] Enquanto as MAVs são facilmente lembradas, as MASs permanecem no inconsciente até serem provocadas, quando então originam sintomas como sonhos e flashbacks, durante os quais as emoções sentidas durante o evento traumático são revivenciadas com a mesma intensidade.
- Modelo cognitivo de TEPT: argumenta que julgamentos negativos sobre o evento traumático fazem com a pessoa veja o mundo como um lugar perigoso e a si mesma como um ser incompetente.[17] Isso leva a um sentimento de ameaça constante, no qual as situações são erroneamente interpretadas como ameaçadoras.

Existem vários fatores importantes de manutenção do TEPT, incluindo estratégias de enfrentamento inúteis e falta de apoio social. As estratégias de enfrentamento consideradas úteis, mas que tendem a prolongar ou exacerbar os sintomas, incluem a supressão consciente de memórias traumáticas, o pensamento obsessivo sobre o evento, dissociação, retração social, evitação e uso de substância. A falta de apoio social, geralmente agravada quando a pessoa se sente alienada das outras pessoas e se afasta de relacionamentos que anteriormente eram importantes, está associada ao aumento do nível de cronicidade.[13] [14]

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

Fisiopatologia

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



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

Arthur Toga/UCLA/SPL

As principais áreas de interesse na pesquisa neurobiológica atualmente são: tamanho reduzido do hipocampo; ineficiência das redes mediais do cíngulo pré-frontal anterior na regulação da atividade da amígdala, resultando em hiper-reatividade à ameaça; e um sistema de retroalimentação negativo hipersensível, no qual níveis reduzidos de cortisol inibem a produção de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) pela adeno-hipófise, levando à falha em controlar a resposta simpática, que se acredita ocasionar a consolidação das memórias traumáticas.[18] [19] [20] [21]

Estudos em animais, que mostraram danos celulares e perda de células do hipocampo induzidos por estresse, levaram a sugerir que o tamanho reduzido do hipocampo seja secundário ao transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). No entanto, estudos com gêmeos que participaram da Guerra do Vietnã levaram à discussão de que o tamanho reduzido do hipocampo possa ser um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento do TEPT, e não uma consequência.[18]

A hipótese é que o TEPT seja um indicador da falha das redes mediais do cíngulo pré-frontal anterior em regular a atividade da amígdala, resultando na reação exacerbada à ameaça.[19] Essa hipótese se baseia em estudos com ressonância nuclear magnética do fluxo sanguíneo nos cérebros de pessoas com TEPT quando expostas a lembranças do que aconteceu. Um achado replicado tem sido o aumento da atividade da amígdala, o que está relacionado à atividade reduzida no córtex pré-frontal medial.

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal desempenha um papel importante na manutenção da homeostase corporal. Situações de medo levam à produção de cortisol por meio de um circuito envolvendo a amígdala, o hipotálamo e a adeno-hipófise. Os níveis ideais de cortisol reduzem o risco de desenvolvimento e manutenção do TEPT ao inibir a recuperação da memória traumática e ao controlar a resposta simpática. Existem evidências de que, no TEPT, níveis baixos de cortisol inibem a produção de ACTH na adeno-hipófise. Além disso, existem evidências de diminuição da sensibilidade (down-regulated sensitivity) ao fator de liberação de corticotrofina (CRF) resultando em níveis de cortisol abaixo do normal.[20] Os níveis elevados de CRF influenciam diretamente o aumento da liberação de norepinefrina (noradrenalina) pelo estímulo do locus coeruleus: acredita-se que essa falha em controlar a resposta simpática leve à consolidação das memórias traumáticas.[21] No entanto, existem evidências conflitantes com relação aos baixos níveis de cortisol.[22]

Outras substâncias neuroquímicas implicadas no TEPT incluem serotonina, ácido gama-aminobutírico, glutamato, neuropeptídeo Y e fator neurotrófico derivado do cérebro. É provável que a verdadeira neurobiologia do TEPT seja complexa e envolva vários desses e de outros fatores.[23]

Classificação

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quinta edição, texto revisado (DSM-5-TR)[1]#

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

O TEPT pode ser:

1. Com um subtipo dissociativo quando os sintomas de despersonalização (por exemplo, sensação de ser um observador externo) ou desrealização (por exemplo, sensação de irrealidade, distância ou distorção) estão presentes.
2. Com expressão protelada quando os critérios diagnósticos completos não são atendidos até pelo menos 6 meses após o estressor.

Classificação clínica: gravidade do sintoma

Leve:

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

Moderado:

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

Grave:

- O paciente não consegue suportar o sofrimento causado pelos sintomas e/ou esse sofrimento impacta significativamente o funcionamento social e/ou ocupacional e/ou se considera que haja

risco significativo de suicídio ou que o paciente represente um perigo para si mesmo ou para outras pessoas.

Caso clínico

Caso clínico #1

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

Caso clínico #2

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

Outras apresentações

Os pacientes podem se apresentar para o tratamento de ataques de pânico, de um humor gravemente depressivo, ou de um transtorno por uso de substâncias. Cada uma dessas afecções clínicas é altamente comórbida com o TEPT. Cigarros, álcool ou drogas podem ser usados pelo paciente para se "automedicar" como uma estratégia de enfrentamento para minimizar o sofrimento associado ao evento traumático.

Abordagem

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

História

Os principais fatores de risco incluem exposição a situações de combate, ataque terrorista, estupro, tortura, acidente grave, morte súbita de um ente querido, testemunhar violência ou abuso doméstico, desastre natural, molestamento, vitimização pelo atacante, trauma prévio, várias situações de estresse diário significativas ou história de transtorno mental ou uso indevido de substâncias.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição, texto revisado (DSM-5-TR), o TEPT é caracterizado pelos seguintes 4 tipos de grupos de sintomas. Esses sintomas devem persistir por mais de 1 mês e causar comprometimento funcional para que o diagnóstico seja feito.^[1]

sintomas intrusivos^[1]

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

Evitação^[1]

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

Alterações negativas na cognição e humor^[1]

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

Alterações no despertar e reatividade^[1]

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

Apresentação inicial

A dificuldade de revelar o acontecido pode ocasionar um atraso na apresentação do paciente com TEPT, especialmente nas circunstâncias de estupro e abuso sexual. Além disso, em uma pequena proporção dos casos, o início real dos sintomas pode ser tardio.[48] [49] [50] Quando a apresentação é tardia, por qualquer que seja o motivo, as pessoas podem estar menos propensas a relacionar seus problemas psicológicos atuais ao evento traumático.

Embora os sintomas de revivência sejam geralmente a forma mais comum de apresentação inicial, esse nem sempre é o caso. Os pacientes podem se apresentar com vários problemas, como depressão, ansiedade, medo de sair de casa, queixas somáticas, irritabilidade, dificuldades de sono e incapacidade de trabalhar. Em particular, é provável que os idosos sejam relutantes em relatar eventos traumáticos, problemas emocionais ou psicológicos, e sejam mais propensos a apresentar queixas somáticas e físicas.[51] [52]

Reconhecimento do TEPT

Estudos mostram que o TEPT é pouco detectado, mesmo entre os grupos de alto risco, e recomendam que indagar diretamente sobre a exposição ao trauma pode melhorar significativamente a taxa de reconhecimento.[53] [54] Os profissionais de saúde devem considerar perguntar às pessoas que se apresentam repetidamente com sintomas físicos inexplicáveis se elas já passaram por um evento traumático. É aconselhável oferecer exemplos de eventos traumáticos, podendo ser útil o uso de um checklist de experiências traumáticas e sintomas comuns (alguns instrumentos de rastreamento já contêm checklists), especialmente para pessoas que sentem dificuldade de verbalizá-los.

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

Rastreamento

Estão disponíveis vários instrumentos de rastreamento bem validados. Estes incluem a Escala de Diagnóstico Pós-Traumático (PDS-5), a Checklist de TEPT para o DSM-5 e o Questionário de Rastreamento de Trauma (TSQ).[55] [56] [57] [58] Medidas de rastreamento com base nos critérios da CID-11 também estão disponíveis, por exemplo, o Questionário Internacional de Trauma (ITQ).[59]

Uma revisão sistemática concluiu que instrumentos com menos itens, escalas de resposta mais simples e métodos de pontuação mais simples funcionam tão bem quanto ou melhor que as medidas mais longas e complexas.[60]

Entrevista diagnóstica

Estão disponíveis vários roteiros de entrevista bem validados, estruturados e semiestruturados, com base nos critérios do DSM-IV para o diagnóstico de TEPT, para auxiliar na avaliação de pessoas que

apresentam sintomas de TEPT. Eles incluem a Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT para o DSM-5 (PSS-I-5) e a Escala de TEPT Administrada pelo Médico para o DSM-5 (CAPS-5).[57] [58] [61] Avaliações diagnósticas administradas pelo médico com base nos critérios da CID-11 também estão disponíveis, por exemplo, a Entrevista de Trauma Internacional (ITI).[62]

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

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

É importante estar ciente de que as pessoas provavelmente terão dificuldades e sofrerão ao conversar sobre sua(s) experiência(s) traumática(s). Elas podem considerar difícil revelar detalhes precisos da(s) experiência(s) e/ou os sintomas e as emoções que vivenciam atualmente. Talvez seja impossível para elas, especialmente em um primeiro momento, descrever ou discutir sobre as partes mais aflitivas de sua(s) experiência(s). Isso pode ser particularmente difícil quando a experiência traumática ocorreu há muito tempo ou quando o início dos sintomas é tardio. [US Department of Veterans Affairs (PTSD): Assessment overview] (<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/overview/index.asp>)

História e exame físico

Principais fatores diagnósticos

exposição e resposta ao trauma (comuns)

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

sintomas intrusivos (comuns)

- Refere-se à revivência involuntária de aspectos do evento traumático de forma vívida e que causa sofrimento (por exemplo, flashbacks, imagens intrusivas e impressões sensoriais, sonhos/pesadelos, reatividade fisiológica e emocional a sugestões internas e externas).
- Essa revivência desperta sofrimento intenso e/ou reações fisiológicas.
- Esses sintomas devem persistir por mais de 1 mês e causar comprometimento funcional para que seja feito o diagnóstico.

sintomas de evitação (comuns)

- Referem-se a esforço persistente para evitar lembranças do trauma.
- Os pacientes tipicamente evitam pessoas, situações ou circunstâncias semelhantes ou associadas ao evento. Essa situação pode se estender a uma evitação mais geral daquilo que possa lembrá-las do evento, como jornais, programas de televisão ou filmes.
- Os pacientes muitas vezes tentam afastar de suas mentes as memórias do evento e evitam pensar ou falar sobre ele em detalhes, especialmente sobre os piores momentos. Entretanto, muitas pessoas ficam pensando obsessivamente sobre o que poderia ter evitado o acontecimento.
- Esses sintomas devem persistir por mais de 1 mês e causar comprometimento funcional para que seja feito o diagnóstico.

alterações negativas nas cognições e humor (comuns)

- Referem-se a alterações nas crenças e humor que se iniciaram ou que pioraram após o evento traumático.
- Essas mudanças incluem uma habilidade diminuída de vivenciar sentimentos bons e de proximidade com os outros, crenças negativas/distorcidas persistentes, ideias distorcidas de culpa, perda de interesse em atividades significativas e incapacidade de lembrar aspectos importantes do evento traumático.
- Esses sintomas devem persistir por mais de 1 mês e causar comprometimento funcional para que seja feito o diagnóstico.

alterações no despertar e reatividade (comuns)

- Incluem hipervigilância para ameaças, resposta de sobressalto exagerada, irritabilidade, explosões de raiva, comportamentos autolesivos ou impulsivos, dificuldade de concentração e problemas de sono.
- Esses sintomas devem persistir por mais de 1 mês e causar comprometimento funcional para que seja feito o diagnóstico.

Outros fatores diagnósticos

depressão (comuns)

- Frequentemente comórbida.

abuso de álcool ou de substâncias (comuns)

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

ansiedade (comuns)

- Frequentemente comórbida.

Fatores de risco

Fortes

acidente grave

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

testemunha de violência escolar ou doméstica

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

desastre natural

- Classificada como fator de risco peritraumático. Associada ao aumento do risco de TEPT. A gravidade do evento é um determinante importante.[\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#) [\[28\]](#) [\[29\]](#) [\[30\]](#) [\[31\]](#)

ataque terrorista

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

tortura

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

exposição a combate

- Classificada como fator de risco peritraumático. Das pessoas expostas, 25% a 30% desenvolvem sintomas.[\[32\]](#)

lesão cerebral traumática

- Classificada como fator de risco peritraumático. A lesão cerebral traumática leve (isto é, concussão) entre soldados que estiveram no Iraque foi fortemente associada ao TEPT 3 a 4 meses após voltarem para casa.[\[33\]](#)

morte súbita de ente querido

- Classificada como fator de risco peritraumático. Associada ao aumento do risco de TEPT.[\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#) [\[28\]](#) [\[29\]](#) [\[30\]](#)

ofensa grave

- Classificada como fator de risco peritraumático. Das pessoas expostas, 25% a 30% desenvolvem sintomas.[\[32\]](#) Pessoas molestadas por um agressor apresentam uma taxa mais elevada de retraumatização.
- Abuso na infância aumenta o risco de vitimização na vida adulta e desenvolvimento de TEPT.[\[34\]](#)

estupro

- Classificada como fator de risco peritraumático. Das pessoas expostas, 25% a 30% desenvolvem sintomas.[\[32\]](#) Pessoas molestadas por um agressor apresentam uma taxa mais elevada de retraumatização.
- Abuso na infância aumenta o risco de vitimização na vida adulta e desenvolvimento de TEPT.[\[34\]](#)

vitimização pelo atacante

- Classificada como fator de risco peritraumático. Pessoas molestadas por um agressor apresentam uma taxa mais elevada de retraumatização.
- Abuso na infância aumenta o risco de vitimização na vida adulta e desenvolvimento de TEPT.[\[34\]](#)

trauma prévio

- Classificada como fator de risco pré-traumático. Pessoas previamente traumatizadas apresentam uma taxa mais elevada de retraumatização.
- Abuso na infância aumenta o risco de vitimização na vida adulta e desenvolvimento de TEPT.[34]

estressores múltiplos significativos na vida

- Classificado como fator de risco pré e pós-traumático. Pessoas afetadas apresentam risco mais elevado que aquelas expostas a um único estressor.[14] [35]
- Uma porcentagem considerável, particularmente em vítimas de crimes, sofreu de mais de um tipo de evento. Muitas vítimas passam por eventos que ocorrem repetidamente ao longo do tempo (por exemplo, abuso físico dos pais, agressão sexual por um parente, violência doméstica). A cronicidade da exposição aos estressores está associada a um risco mais elevado e a um quadro clínico mais complexo.[36]

apoio social baixo

- Classificado como fator de risco pré e pós-traumático. Pessoas com baixos níveis de apoio social apresentam tipicamente um risco mais elevado de TEPT após eventos traumáticos que aqueles com níveis mais elevados de apoio.[13] [14] [37]
- Em metanálises, o apoio social aparece como um dos preditores mais fortes do estado do TEPT.[13] [14]

história de transtorno mental

- Classificada como fator de risco pré-traumático. Pessoas afetadas apresentam aumento do risco de sintomas de trauma e TEPT. Crianças com transtornos comportamentais que se desenvolvem antes dos 15 anos de idade (por exemplo, transtorno de conduta evoluindo na vida adulta para transtorno de personalidade antissocial) também têm aumento do risco.[38]
- Além disso, o TEPT aumenta o risco de transtornos mentais (isto é, transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, uso indevido de substâncias). Aproximadamente 88.3% dos homens e 79% das mulheres com TEPT apresentam 1 ou mais transtornos psiquiátricos.[30]

história de uso de álcool e drogas

- Classificada como fator de risco pré-traumático. Pessoas afetadas apresentam probabilidade uma vez e meia maior de enfrentar trauma, aumentando, assim, o risco.[30]

Fracos

sexo feminino

- Classificada como fator de risco pré-traumático. Mulheres têm aproximadamente o dobro do risco em comparação a homens. Não está claro se isso reflete a vulnerabilidade elevada ou tipos diferentes de estressores de vida vivenciados por mulheres.[39] Mulheres têm maior probabilidade de sofrer agressão sexual, ao passo que homens têm maior probabilidade de vivenciar agressão física e estressores de combate.
- A prevalência da doença é similar entre homens e mulheres expostos a eventos como acidentes, desastres naturais ou morte de entes queridos.[39]

idade mais jovem

- Classificada como fator de risco pré-traumático. Adultos mais velhos têm risco um pouco mais baixo que adultos mais jovens entre indivíduos expostos a trauma e desastres.[29] [40] [41]

Investigações

Primeiro exame a ser solicitado

Exame	Resultado
Checklist de TEPT para o DSM-5 (PCL-5) • Essa é uma medida de autorrelatos com 20 itens que avaliam os 20 sintomas do TEPT de acordo com o DSM-5. Estudos de validação foram realizados mas ainda não foram publicados.[57] [US Department of Veterans Affairs: PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)] (http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp)	o ponto de corte depende do cenário
Questionário de Rastreamento de Trauma (TSQ) • Conjunto de 10 itens envolvendo os sintomas de revivência e excitabilidade e que permite 2 opções de respostas.[55] • Para cada sintoma, o respondente informa se já apresentou ou não esse sintoma pelo menos duas vezes na semana anterior. • [US Department of Veterans Affairs: Trauma Screening Questionnaire (TSQ)] (http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/screens/tsq.asp)	confirmação pelo respondente de, no mínimo, 6 itens de revivência ou hiperexcitabilidade em qualquer combinação
Escala de Diagnóstico Pós-Traumático (PDS-5) • Medida de autorrelato de 24 itens que avalia a gravidade dos sintomas de TEPT no último mês, de acordo com os critérios do DSM-5.[56] [US Department of Veterans Affairs (PTSD): Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS-5)] (https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/pds.asp)	os itens de sintomas são classificados em uma escala de 5 pontos de frequência e gravidade variando de 0 (nenhum) a 4 (6 ou mais vezes por semana/grave).
Questionário Internacional de Trauma (ITQ) • Medida de autorrelato breve e simples, baseada nos critérios diagnósticos da CID-11.[59] [The International Trauma Consortium. International Trauma Questionnaire] (https://www.traumameasuresglobal.com/itq)	Os critérios de TEPT são atendidos se: P1 ou P2 >2 critérios para "revivenciar no aqui e agora" forem atendidos, P3 ou P4 >2 critérios para "evitação" forem atendidos, P5 ou P6 >2 critérios para "sensação de ameaça atual" forem atendidos, E pelo menos um de P7, P8 ou P9 >2 atender aos critérios para comprometimento funcional do TEPT

Outros exames a serem considerados

Exame	Resultado
Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5 (CAPS-5) Itens baseados nos critérios do DSM-5. Espera-se a publicação sobre a validação desse instrumento em breve. O escore do item baseia-se em um escore de gravidade, que é determinado por meio da frequência e intensidade dos sintomas.[57] [US Department of Veterans Affairs: Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5)] (http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp)	um evento traumático que atende aos critérios DSM-5 para exposição e, no mínimo, 1 sintoma de intrusão e 1 de evitação, no mínimo 2 alterações negativas na cognição ou humor e, no mínimo, 2 alterações no despertar e reatividade, além de duração dos sintomas >1 mês e sintomas que causam sofrimento significativo ou comprometimento funcional
Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT para DSM-5 (PSS-I-5) Essa entrevista diagnóstica estruturada é bem validada psicometricamente, amplamente utilizada nos EUA e relativamente fácil de aplicar. Corresponde diretamente aos critérios do DSM-5.[61] [US Department of Veterans Affairs: PTSD Symptom Scale - Interview for DSM-5 (PSS-I-5)] (https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/pss-i.asp)	a soma dos 20 itens de sintomas de TEPT produz um escore total de gravidade dos sintomas de TEPT, variando de 0-80; o diagnóstico de TEPT requer a presença de 1 sintoma de intrusão, 1 sintoma de evitação, 2 da presença de sofrimento ou interferência clinicamente significativa, operacionalizado como um escore de 2 ou superior em itens relevantes
Entrevista Internacional de Trauma (ITI) Medida diagnóstica administrada pelo médico com base nos critérios diagnósticos da CID-5 e da CID-11.[62]	para fazer um diagnóstico de TEPT, um sintoma de cada grupo deve estar presente com pelo menos uma gravidade moderada (ou seja, escore de gravidade ≥2), em conjunto com incapacidade funcional devido aos sintomas

Diagnósticos diferenciais

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Depression	• Pode ocorrer após exposição ao trauma, mas os sintomas predominantes são humor deprimido, falta de energia, perda de interesse e ideação suicida.	• Entrevista Clínica Estruturada para TEPT; o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT. • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[57] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT para DSM-5: o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]
Fobias específicas	• Medo e evitação são desencadeados por objetos ou situações específicas. • A revivência e a restrição afetiva não são características.	• Entrevista Clínica Estruturada para TEPT; o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT. • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[57] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT para DSM-5: o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]
Transtorno de pânico	• Ataques de pânico recorrentes e inesperados não desencadeados por estímulos que lembram um trauma específico (isto é, conectados à situação ou predispostos).	• Entrevista Clínica Estruturada para TEPT; o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT. • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[57] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT para DSM-5: o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtornos de adaptação	• Apresentação variável com sintomas de humor deprimido, ansiedade, preocupação, sintomas de estresse traumático e sentimentos de incapacidade de lidar com a situação, fazer planos para o futuro ou levar a vida adiante. • A intensidade dos sintomas geralmente é menor. • O estressor precipitante pode ou não atender ao Critério A dos critérios diagnósticos do DSM-5-TR.	• Entrevista Clínica Estruturada para TEPT; o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT. • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[57] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT para DSM-5: o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]
Transtornos dissociativos	• Sentimentos persistentes e recorrentes de distanciamento e alienação de si mesmo (transtorno de despersonalização). • Lacunas na lembrança, muitas vezes relacionadas a eventos traumáticos (amnésia dissociativa). • Ausência de sintomas de revivência e hiperexcitabilidade.	• Entrevista Clínica Estruturada para TEPT; o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT. • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[57] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT para DSM-5: o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]
Transtorno obsessivo-compulsivo	• Pensamentos intrusivos recorrentes, que são percebidos como inadequados, mas não estão relacionados a uma experiência traumática.	• Entrevista Clínica Estruturada para TEPT; o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT. • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[57] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT para DSM-5: o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]
Psicose	• Flashbacks e imagens intrusivas vívidas acompanhadas de	• Entrevista Clínica Estruturada para TEPT; o paciente não atende aos

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
	desorganização cognitiva e perceptiva.	critérios para o diagnóstico de TEPT. • Escala de TEPT Administrada pelo Clínico do DSM-5: o paciente não preenche os critérios para o diagnóstico de TEPT.[57] • Versão de Entrevista da Escala de Sintomas de TEPT para DSM-5: o paciente não atende aos critérios para o diagnóstico de TEPT.[61]

Critérios

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quinta edição, texto revisado (DSM-5-TR)[1]

- Exposição a morte ou risco de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes maneiras:
 1. Vivenciar diretamente o(s) evento(s) traumático(s)
 2. Presenciar o evento pessoalmente, enquanto ocorria com outra pessoa
 3. Descobrir que o evento traumático ocorreu com um parente ou amigo próximo - se o evento envolveu morte ou ameaça de morte de um familiar ou amigo, deve ter sido violento ou acidental
 4. Exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos do(s) evento(s) traumático(s) (por exemplo, socorristas que coletam restos humanos; policiais expostos repetidas vezes a detalhes de abuso infantil). Nota: os critérios A4 não se aplicam à exposição por meio de mídias eletrônicas, televisão, filmes ou fotos, a não ser que a exposição esteja relacionada ao trabalho.
- Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas de intrusão associados com o(s) evento(s) traumático(s), começando após a ocorrência do(s) evento(s) traumático(s):
 1. Lembranças traumáticas recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento
 2. Sonhos traumáticos recorrentes, no qual o conteúdo e/ou efeito do sonho estão relacionados com o evento
 3. Reações dissociativas, como flashbacks, em que o indivíduo sente ou age como se o evento estivesse ocorrendo (essas reações podem ocorrer em continuidade, e a expressão mais extrema é a perda completa da consciência do ambiente presente)
 4. Sofrimento psíquico intenso ou prolongado na exposição a estímulos internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a um aspecto do evento
 5. Reações fisiológicas acentuadas na exposição a estímulos internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a um aspecto do evento.
- Evitação persistente de estímulos associados ao trauma que se iniciam após o evento traumático, indicada pela presença de, no mínimo, um dos seguintes fatores:

1. Evitação ou esforço para evitar memórias traumáticas, pensamentos ou sentimentos sobre ou associados com o trauma
 2. Evitação ou esforço para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertam memórias traumáticas, pensamentos ou sentimentos sobre ou associados com o trauma.
- Alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao trauma, que se iniciam ou pioram após o evento, conforme evidenciadas por, no mínimo, 2 dos itens a seguir:
 1. Incapacidade de se lembrar de aspectos importantes do evento (não em decorrência de fatores como traumatismo cranioencefálico ou uso de bebidas alcoólicas ou drogas)
 2. Crenças ou expectativas persistentes e exageradas sobre si, sobre os outros ou sobre o mundo (por exemplo, "Sou uma má pessoa"; "Não posso confiar em ninguém"; "O mundo é totalmente perigoso"; "Meu sistema nervoso está arruinado de modo permanente")
 3. Cognições persistentes e distorcidas sobre a causa ou as consequências do trauma, que levaram o indivíduo a se culpar ou a culpar outras pessoas
 4. Quadro emocional negativo persistente (por exemplo, medo, terror, raiva, culpa ou vergonha)
 5. Interesse ou participação acentuadamente diminuídos em atividades significativas
 6. Sentimento de distanciamento e alienação das outras pessoas
 7. Incapacidade persistente de vivenciar emoções positivas (por exemplo, incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).
 - Alterações acentuadas na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, que se iniciam ou pioram após o evento traumático, como indicado por 2 ou mais dos itens a seguir:
 1. Comportamento irritável ou surtos de raiva, mediante pouca ou nenhuma provocação, normalmente expressado em forma de agressão verbal ou física contra pessoas ou objetos
 2. Comportamento nocivo ou autodestrutivo
 3. Hipervigilância
 4. Resposta de sobressalto exagerada
 5. Dificuldade de concentração
 6. Perturbação do sono (por exemplo, dificuldade de iniciar ou manter o sono, ou sono inquieto).
 - A duração das perturbações nos critérios B, C, D e E é de >1 mês.
 - Causa sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes de atuação.
 - O distúrbio não é decorrente de medicação, de uso de substâncias ou de outra doença.

O indivíduo também pode ser diagnosticado como tendo um subtipo dissociativo de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) como indicado por 1 dos itens a seguir:

1. Despersonalização (sensação de ser um observador externo de si mesmo)
2. Desrealização (sensação de irrealidade, distância ou distorção).

Para usar esse subtipo, os sintomas dissociativos não devem ser atribuíveis a efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, perda da memória temporária, comportamento durante a intoxicação por bebidas alcoólicas) ou outro quadro clínico (por exemplo, crise parcial complexa).

O TEPT com expressão protelada pode ser diagnosticado se os critérios diagnósticos completos não forem atendidos até pelo menos 6 meses após o evento (embora o início e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatos).

Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão (CID-11)[2]

O CID-11 define o TEPT como um transtorno que pode se desenvolver após a exposição a um evento ou a uma série de eventos extremamente ameaçadores ou aterrorizantes.

Características básicas:

- Exposição a um evento ou situação (de curta ou longa duração) de natureza extremamente ameaçadora ou aterrorizante. Esses eventos incluem, entre outros, vivenciar diretamente desastres naturais ou causados pelo homem, combate, acidentes graves, tortura, violência sexual, terrorismo, agressão ou doença grave que representa risco de vida (por exemplo, ataque cardíaco); testemunhar a ameaça ou lesão real ou a morte de outras pessoas de maneira súbita, inesperada ou violenta; e descobrir sobre a morte súbita, inesperada ou violenta de um ente querido.
- Após o evento ou situação traumática, o desenvolvimento de uma síndrome característica que dura pelo menos várias semanas, com três elementos principais:
 - Reviver o evento traumático no presente, em que, além de ser recordado, o evento é vivenciado como se estivesse ocorrendo novamente agora. Normalmente, isso ocorre na forma de memórias ou imagens vívidas intrusivas; flashbacks, que podem variar de leves (uma sensação transitória de que o evento está ocorrendo novamente no presente) ou graves (perda total da consciência do ambiente presente); ou sonhos ou pesadelos repetitivos, com temas relacionados ao(s) evento(s) traumático(s). A revivência costuma estar acompanhada de emoções fortes ou perturbadoras, como medo ou terror, e sensações físicas intensas. A revivência no presente também pode envolver sentimentos de estar sobrecarregado ou imerso nas mesmas emoções intensas sentidas durante o evento traumático, sem um aspecto cognitivo proeminente, e pode ocorrer em resposta a lembranças do evento. Refletir ou ruminar sobre o(s) evento(s) e se lembrar dos sentimentos vivenciados naquele momento não são suficientes para atender aos requisitos de revivência.
 - Evitação intencional de lembranças que, provavelmente, causarão a revivência do(s) evento(s) traumático(s). Isso pode assumir a forma de uma evitação interna ativa de pensamentos e memórias relacionados ao(s) evento(s), ou evitação externa de pessoas, conversas, atividades ou situações remissivas do(s) evento(s). Em casos extremos, o indivíduo pode mudar seu ambiente (por exemplo, mudar-se para uma cidade diferente ou mudar de emprego) para evitar as lembranças.
 - Percepções persistentes de ameaça atual elevada; por exemplo, conforme indicado pela hipervigilância ou reação de sobressalto elevada a estímulos como ruídos inesperados. Os indivíduos hipervigilantes se protegem constantemente de perigos e sentem que estão, junto com as demais pessoas próximas, sob ameaça imediata, tanto em situações específicas como de maneira mais geral. Eles podem adotar novos comportamentos desenvolvidos para garantir a segurança (por exemplo, não se sentar de costas para a porta, verificar repetidas vezes os retrovisores do carro).
- O transtorno resulta em comprometimento considerável das áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento. Se as funções forem mantidas, isso só se dá por meio de esforços adicionais significativos.

O TEPT complexo (TEPTC) é o nome dado a outro transtorno de saúde mental relacionado, que pode ocorrer após qualquer tipo de evento traumático, mas tende a ocorrer com mais frequência após traumas crônicos, repetidos ou prolongados, dos quais é praticamente impossível escapar. Isso inclui abuso na infância, negligência emocional na infância, violência doméstica ou exposição a situações continuadas de guerra civil, tortura ou violência comunitária.

Os indivíduos com TEPTC apresentam todas as características do TEPT, bem como dificuldades adicionais na forma como lidam com suas emoções, pensamentos negativos e sentimentos sobre si, e na forma como constroem relações com outras pessoas.

Características básicas:

- Exposição a um evento ou a uma série de eventos de natureza extremamente ameaçadora ou aterrorizante, mais comumente eventos prolongados ou repetitivos dos quais é difícil ou impossível escapar. Esses eventos incluem, entre outros, tortura, campos de concentração, escravidão, campanhas de genocídio e outras formas de violência organizada, violência doméstica prolongada e abusos físicos ou sexuais repetidos na infância.
- Após o evento traumático, o desenvolvimento dos três elementos principais do TEPT que duram, pelo menos, várias semanas:
 - Reviver o evento traumático depois que ele ocorreu, em que, além de ser recordado, o evento é vivenciado como se estivesse ocorrendo novamente agora. Normalmente, isso ocorre na forma de memórias ou imagens vívidas intrusivas; flashbacks, que podem variar de leves (uma sensação transitória de que o evento está ocorrendo novamente no presente) ou graves (perda total da consciência do ambiente presente); ou sonhos ou pesadelos repetitivos, com temas relacionados ao(s) evento(s) traumático(s). A revivência costuma estar acompanhada de emoções fortes ou perturbadoras, como medo ou terror, e sensações físicas intensas. A revivência no presente também pode envolver sentimentos de estar sobrecarregado ou imerso nas mesmas emoções intensas sentidas durante o evento traumático, sem um aspecto cognitivo proeminente, e pode ocorrer em resposta a lembranças do evento. Refletir ou ruminar sobre o(s) evento(s) e se lembrar dos sentimentos vivenciados naquele momento não são suficientes para atender aos requisitos de revivência.
 - Evitação intencional de lembranças que, provavelmente, causarão a revivência do(s) evento(s) traumático(s). Isso pode assumir a forma de uma evitação interna ativa de pensamentos e memórias relacionados ao(s) evento(s), ou evitação externa de pessoas, conversas, atividades ou situações reminiscentes do(s) evento(s). Em casos extremos, o indivíduo pode mudar seu ambiente (por exemplo, mudar-se de casa ou mudar de emprego) para evitar as lembranças.
 - Percepções persistentes de ameaça atual elevada; por exemplo, conforme indicado pela hipervigilância ou reação de sobressalto elevada a estímulos como ruídos inesperados. Indivíduos hipervigilantes se protegem constantemente de perigos e sentem que estão, junto com as demais pessoas próximas, sob ameaça imediata, tanto em situações específicas como de maneira mais geral. Eles podem adotar novos comportamentos desenvolvidos para garantir a segurança (não se sentar de costas para a porta, verificar repetidas vezes o retrovisor do carro). No TEPTC, ao contrário do TEPT, a reação de sobressalto pode, em alguns casos, ser reduzida em vez de elevada.
- Problemas graves e globais na regulação do afeto. Os exemplos incluem reatividade emocional elevada a estressores leves, surtos violentos, comportamento nocivo ou autodestrutivo, sintomas dissociativos sob estresse e embotamento emocional, particularmente a incapacidade de sentir prazer ou emoções positivas.
- Crenças persistentes sobre si como alguém insignificante, derrotado ou inútil, acompanhadas por sentimentos profundos e generalizados de vergonha, culpa ou fracasso relacionados ao estressor. Por exemplo, o indivíduo pode se sentir culpado por não ter escapado ou por sucumbir à circunstância adversa, ou por não ter conseguido evitar o sofrimento de outras pessoas.

- Dificuldade persistente para manter relacionamentos e para se sentir próximo dos demais. A pessoa pode, de maneira consistente, evitar, ridicularizar ou ter pouco interesse em relacionamentos e envolvimento sociais de maneira geral. De maneira alternativa, pode haver relacionamentos ocasionais intensos, mas o indivíduo tem dificuldade para mantê-los.
- O transtorno resulta em comprometimento considerável das áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento. Se as funções forem mantidas, isso só se dá por meio de esforços adicionais significativos.

O TEPT complexo permanece além do escopo deste tópico.

Rastreamento

Vários instrumentos de rastreamento bem validados estão disponíveis; no entanto, não há evidências para apoiar o uso de tais instrumentos em programas de rastreamento populacional.

As diretrizes recomendam que o uso rotineiro de instrumentos de rastreamento breves deve ser considerado para pessoas em alto risco de desenvolver TEPT, seja após um grande desastre ou como resultado de sua condição de refugiado ou em busca de asilo.[42] [43] Essas diretrizes também recomendam o uso de um instrumento de rastreamento breve quando se sabe que a pessoa teve uma experiência traumática, e que os profissionais de saúde perguntem às pessoas que repetidamente se apresentam aos serviços de saúde com sintomas médicos inexplicáveis se elas vivenciaram um evento traumático e forneçam exemplos específicos.[42] [43] É aconselhável oferecer exemplos de eventos traumáticos, podendo ser útil o uso de um checklist de experiências traumáticas e sintomas comuns, especialmente para pessoas que têm dificuldade de verbalizá-los. Alguns instrumentos de rastreamento contêm checklists.

Os testes de rastreamento disponíveis incluem:

[US Department of Veterans Affairs (PTSD): Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS-5)] (<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/pds.asp>)

[US Department of Veterans Affairs: PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)] (<http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>)

[The International Trauma Consortium. International Trauma Questionnaire] (<https://www.traumameasuresglobal.com/itq>) (Critérios baseados na CID-11)

Equipes militares enviadas para combate e operações de paz às vezes experimentam exposição repetida a eventos traumáticos. São relatadas altas taxas de prevalência de TEPT entre veteranos de guerra.[63] [64] [65] Intervenções direcionadas a esses grupos de alto risco ocupacional demonstraram potencial de eficácia.[66] O American College of Surgeons recomenda que os centros de traumatologia realizem uma triagem breve de todos os pacientes em risco de sofrimento psíquico (incluindo depressão e TEPT) após um trauma físico. Os fatores de risco observados incluem história psiquiátrica prévia, exposição prévia a traumas, as características da lesão e a reação pós-lesão do paciente.[67]

Abordagem

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

Objetivos do tratamento

Os objetivos do tratamento são:[68]

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

Princípios gerais de tratamento

- Todos os pacientes devem ser tratados com respeito, confiança e compreensão, usando o mínimo de linguagem técnica. Os profissionais de saúde devem estar familiarizados com o contexto cultural do paciente e tomar os passos apropriados para transpor as barreiras apresentadas pelo idioma ou por diferenças culturais: por exemplo, presença de intérpretes e terapeutas com conhecimento de ambas as culturas. O apoio prático fornecido de maneira empática é importante para promover a recuperação após eventos traumáticos.[43]
- Todos os tratamentos devem ser fornecidos por profissionais competentes e adequadamente treinados, respaldados pela formação em psicologia. Isso deve incluir informações sobre reações comuns ao trauma (incluindo sintomas de TEPT e sua evolução e tratamento) e sobre o provável curso do tratamento. Os profissionais que realizam o tratamento devem receber supervisão adequada.[43]
- Profissionais de saúde e assistentes sociais devem estar cientes do impacto psicológico de incidentes traumáticos ao tratar de sobreviventes logo após o incidente e oferecer apoio prático, social e emocional aos envolvidos.
- O tratamento não deve ser interrompido ou postergado por processos legais ou pedidos de indenização.[43]
- Os pacientes provavelmente estarão ansiosos pelo início do tratamento. Os profissionais de saúde devem reconhecer o desafio que isso representa e responder de forma adequada: por exemplo, monitorando as pessoas que não comparecem às consultas agendadas. Tratamentos psicológicos direcionados ao trauma devem ser cogitados somente quando o paciente considerar que seja seguro prosseguir.[43]
- As famílias e os cuidadores têm uma função importante no apoio às pessoas com TEPT. Como ocorre com outras condições psiquiátricas, especialmente as de longa duração, é importante reconhecer o peso que recai sobre os cuidadores. Dependendo da natureza do trauma e suas consequências, as famílias também podem precisar de apoio. Os profissionais de saúde devem estar cientes do impacto do TEPT em toda a família do paciente e, quando adequado, garantir

que as famílias dos pacientes com TEPT sejam informadas sobre as reações comuns a eventos traumáticos, incluindo os sintomas do TEPT e sua evolução e tratamento.[43]

- A recuperação de um TEPT pode ser facilitada ao garantir que os pacientes e suas famílias recebam o devido apoio social e prático, em especial imediatamente após o trauma. Se necessário, deve-se oferecer ajuda ou aconselhamento sobre como reduzir ou eliminar as ameaças contínuas relacionadas ao evento traumático.[43]
- Para orientar e informar os esforços de intervenção e prevenção nos estágios iniciais e intermediários após trauma em massa, foram definidos 5 princípios de intervenção com suporte empírico: (1) um sentimento de segurança, (2) acalmar, (3) sentimento de autoeficácia e de eficácia da comunidade, (4) sentimento de conectividade e (5) esperança.[46]

Monitoramento ativo

Recomendado em pacientes com sintomas subliminares de TEPT dentro de 1 mês de um evento traumático. Um contato de acompanhamento deve ser agendado dentro de 1 mês.[43] Alguns pacientes com sintomas moderados podem ser considerados para terapias geralmente indicadas para sintomas graves; entretanto, isso é determinado, principalmente, pela escolha do paciente.

Intervenções psicológicas

Para os pacientes que sofreram um trauma muito recente, não devem ocorrer intervenções sistemáticas com uma sessão ou com várias sessões focadas no evento traumático (incluindo intervenções muitas vezes chamadas de debriefing).[42] [43] [44] [69] [70] [71]

Quando os sintomas são graves (ou seja, o sofrimento causado é considerado insuportável pelo paciente, e/ou os sintomas causam impacto significativo no comportamento social e/ou ocupacional, e/ou há risco significativo de suicídio, perigo a si mesmo ou a outras pessoas) e permanecem por <3 meses após o trauma, recomenda-se a terapia cognitivo-comportamental focada em trauma (TCC-FT).[44] [70] [69] [72] [73]

Aos pacientes com sintomas graves presentes por 3 meses ou mais também deve ser oferecida a TCC-FT.[74] Entretanto, um tratamento psicológico alternativo focado em trauma, dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR) também é recomendado para esse grupo de pacientes.[44] [73] [75]

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

Há algumas evidências sobre os benefícios de intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental (TCC) não focadas no trauma.[73] [76] Essa evidência não é tão forte como a do TCC-FT ou EMDR.[77] Intervenções psicológicas não focadas no trauma, como a TCC e psicoterapia interpessoal, podem exercer um papel particular no tratamento de pessoas com TEPT que não estejam prontas para intervenções focadas no trauma ou que provavelmente não as tolerarão.[73] [75] Evidências emergentes sugerem que a terapia interpessoal pode ser eficaz em pacientes com histórico de trauma sexual, embora esses achados requeiram replicação em um ensaio prospectivo.[78]

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

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

Dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR)

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

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

- Todos os programas de TCC não focados no trauma para TEPT incluem um elemento de educação psicológica, além de terapia cognitiva e/ou manejo do estresse.
 - Terapia cognitiva: o terapeuta ajuda os pacientes a identificar e modificar pensamentos e crenças inúteis que levam a emoções perturbadoras e impacto na parte funcional. O tratamento cognitivo do TEPT foca na identificação e modificação de interpretações do trauma e sua consequência que leva o paciente a superestimar a ameaça.
 - Manejo do estresse: tem o objetivo de ajudar as pessoas a desenvolverem um sentido de domínio sobre o estresse por meio do aprendizado de habilidades de enfrentamento, que então passam a praticar de forma gradativa.

Sobreposição de terapias

- Ocorre uma sobreposição considerável entre as intervenções psicológicas nas abordagens e técnicas terapêuticas, e não há consenso sobre como essas psicoterapias devem ser categorizadas.[44] A TCC usa modelos psicológicos que descrevem a relação entre os pensamentos, as emoções e o comportamento. Ela usa uma série de técnicas terapêuticas com o objetivo de reduzir emoções afilivas por meio da substituição de pensamentos, crenças e/ou comportamentos. Essas abordagens se mostraram eficazes para vários problemas de saúde mental; nos últimos anos, foram desenvolvidos programas específicos para distúrbios específicos. O tratamento será considerado TCC-FT se seu foco principal for a memória do trauma e seu significado; portanto, as TCCs baseadas em exposição, como a terapia de processamento cognitivo e a terapia de exposição prolongada, são abarcadas pelo termo TCC-FT.
- Ocorre uma certa sobreposição das técnicas de tratamento entre a TCC-FT e o manejo de estresse. Na TCC-FT, as pessoas com TEPT às vezes recebem treinamento sobre estratégias de manejo de estresse. Da mesma forma, o manejo de estresse pode envolver a discussão do significado do evento traumático em sessões posteriores, sobrepondo-se com elementos cognitivos de TCC-FT.

Não há evidências convincentes de um efeito clinicamente importante de outras formas de tratamento psicológico (hipnoterapia, terapia psicodinâmica ou psicoterapia sistêmica) no TEPT.[42] [44] [70] [72] [73] [75] Entretanto, há algumas evidências novas que sugerem que terapias centradas no presente (por exemplo, terapia de suporte/terapia não diretiva) podem ser benéficas para aqueles que sofrem de TEPT, embora elas sejam menos efetivas que intervenções focadas no trauma.[70] [79] Estudos preliminares indicam que a terapia de casais pode reduzir os sintomas de TEPT para a pessoa com TEPT; no entanto, não está claro se isso beneficia seu parceiro ou relacionamento.[80]

As evidências disponíveis são escassas, mas sugerem que tanto o tratamento psicológico quanto a combinação de terapia psicológica associada a farmacoterapia são superiores à farmacoterapia isolada na melhora da gravidade dos sintomas de TEPT no longo prazo.[81] [82]

Farmacoterapia

Devido aos tamanhos de efeito relativamente baixos demonstrados nas revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e controlados, a farmacoterapia deve ser considerada para o tratamento de TEPT somente após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações:[42] [43] [44] [83] [84]

- Quando uma pessoa prefere não participar de um tratamento psicológico focado no trauma ou não pode iniciar uma psicoterapia em virtude da presença de uma séria ameaça de traumas subsequentes (por exemplo, quando há violência doméstica contínua)
- Para pacientes que falharam na resposta ou que não puderam tolerar um ciclo de um tratamento psicológico focado no trauma
- Onde há falta de disponibilidade de tratamentos psicológicos oportunos
- Como adjuvante ao tratamento psicológico em adultos, quando ocorre depressão comórbida importante ou hiperexcitabilidade grave que tenha impactos significativos na habilidade da pessoa de se beneficiar do tratamento psicológico.

A evidência mais sólida encontra-se nos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) paroxetina, fluoxetina e sertralina, embora reconheça-se que esses agentes têm pouco efeito.[75] [85] [86] [87] [88] Um ISRS licenciado para transtorno de pânico deve ser oferecido como primeira linha.[43] Caso não haja resposta a um ISRS em particular, considere aumentar a dosagem (dentro dos limites

aprovados), trocar para um ISRS diferente ou iniciar o inibidor de recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN) venlafaxina. A venlafaxina reduz tanto os sintomas do TEPT quanto a incapacidade funcional, e também pode ser uma opção adequada para os pacientes que não tolerarem os ISRSs.[85] [89] Na ausência de uma resposta adequada, a terapia com um ISRS ou a venlafaxina pode ser intensificada com a risperidona, a quetiapina, ou o antagonista de adrenoceptor alfa-1 prazosina.[89] A quetiapina e a risperidona são antipsicóticos atípicos. A risperidona demonstrou alguns resultados promissores, como intensificação do tratamento para os pacientes com TEPT que tiveram apresentado resposta parcial a um ISRS, embora um grande estudo de veteranos não tenha considerado a risperidona superior ao placebo.[83] [88] [90] [91] A prazosina demonstrou eficácia na redução específica da gravidade e da frequência de pesadelos relacionados ao trauma.[88] Devido à sua eficácia comprovada como monoterapia, a quetiapina pode ser usada isoladamente se os ISRSs ou a venlafaxina não forem tolerados.[89]

Caso os sintomas clinicamente significativos ainda estejam evidentes apesar do tratamento com um ISRS, venlafaxina, risperidona (adjuvante), prazosina (adjuvante) ou quetiapina (adjuvante ou monoterapia), pode-se considerar um tratamento menos baseado em evidências.[89] Três ensaios clínicos randomizados e controlados individuais encontraram evidências de superioridade sobre o placebo para o antidepressivo tricíclico amitriptilina, o inibidor da monoamina oxidase fenelzina e o antidepressivo tetracíclico mais recente mirtazapina.[92] [93] [94] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais, a amitriptilina, a fenelzina e a mirtazapina são consideradas opções menos preferíveis. Uma revisão Cochrane concluiu que a amitriptilina e a mirtazapina podem melhorar os sintomas de TEPT com base em evidências de baixa certeza.[85]

A duração do tratamento medicamentoso para TEPT não foi abordada especificamente na literatura da pesquisa; na experiência clínica dos autores, se houver resposta ao tratamento medicamentoso, o medicamento deve ser mantido por, no mínimo, 12 meses antes da retirada gradual, geralmente por um período de 4 semanas, embora alguns pacientes possam necessitar de um período maior para a retirada. Os resultados de uma grande revisão sistemática e metanálise de 28 estudos sugeriram que, em pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo TEPT) que respondem ao tratamento com antidepressivos, o tratamento por pelo menos um ano está associado a taxas reduzidas de recaída e é bem tolerado. Os estudos incluídos na metanálise tinham uma duração de tratamento de até um ano apenas, então não havia nenhuma evidência referente à eficácia e tolerabilidade do tratamento além desse ponto; os autores ressaltaram que esta ausência de evidências após esse período não deve ser interpretada como recomendação explícita de descontinuar antidepressivos após um ano.[95]

Gestantes ou lactantes

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

Tratamento de comorbidades

Depressão:

- Quando uma pessoa apresenta TEPT e depressão, os profissionais de saúde devem considerar tratar primeiramente o TEPT, pois a depressão muitas vezes melhora quando o tratamento do TEPT é bem-sucedido.

- Se a depressão for grave a ponto de tornar o tratamento psicológico do TEPT muito difícil (por exemplo, quando a pessoa tem pouquíssima energia, baixa concentração, é inativa ou apresenta alto risco de suicídio), a depressão deve ser tratada primeiro.
- Quando a avaliação identificar alto risco de suicídio ou perigo a outras pessoas, os profissionais de saúde devem focar primeiramente no manejo desse risco.
- Consulte Depressão em adultos para obter mais informações.

Uso indevido de álcool ou drogas:

- Quando o uso ou a dependência de álcool ou drogas provavelmente interferir na eficácia do tratamento, o problema com drogas ou álcool deve ser tratado primeiro. Há algumas evidências de que psicoterapias focadas no trauma com intervenções adjuvantes para transtorno relacionado ao uso de substâncias podem ser eficazes.[96]
- Consulte Visão geral de transtornos relacionados ao uso e à superdosagem de substâncias para obter mais informações.

Transtorno de personalidade:

- A duração do tratamento pode precisar ser estendida quando a pessoa com TEPT tem um transtorno de personalidade comórbido.
- Consulte Transtornos de personalidade para obter mais informações.

Psicose

- Há evidências de que pessoas com transtornos psicóticos atuais comórbidos com TEPT podem se beneficiar de TCC-FT ou EMDR.[97]

Luto:

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

Encaminhamento a especialista

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

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

Visão geral do algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

Contínua		(Resumo)
mulheres não gestantes ou amamentando		
■ sintomas <3 meses: leve	1a.	monitoramento ativo
■ sintomas <3 meses: moderado	1a.	monitoramento ativo
■ sintomas <3 meses: grave	1a.	terapia cognitivo-comportamental focada no trauma
■ sintomas ≥3 meses	1a.	terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT)
	adjunta	farmacoterapia
	1a.	dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR)
	adjunta	farmacoterapia
	2a.	terapia psicológica alternativa
	adjunta	farmacoterapia
	2a.	psicoterapia não focada no trauma
	adjunta	farmacoterapia
	2a.	farmacoterapia isolada
gestantes ou lactantes		
■ sintomas <3 meses: leve	1a.	monitoramento ativo
■ sintomas <3 meses: moderado	1a.	monitoramento ativo
■ sintomas <3 meses: grave	1a.	terapia cognitivo-comportamental focada no trauma
■ sintomas ≥3 meses	1a.	terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT)
	1a.	dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR)
	2a.	psicoterapia alternativa focada no trauma
	2a.	psicoterapia não focada no trauma

Algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

Contínua		
mulheres não gestantes ou amamentando		
■ sintomas <3 meses: leve	1a.	monitoramento ativo » Monitoramento ativo em pacientes com sintomas subliminares de TEPT dentro de 1 mês de um evento traumático. » Um contato de acompanhamento deve ser agendado dentro de 1 mês.[43] » Para os pacientes que sofreram um trauma muito recente, não devem ocorrer intervenções sistemáticas com uma sessão ou com várias sessões focadas no evento traumático (incluindo intervenções muitas vezes chamadas de debriefing).[42] [43] [44] [69] [70] [71]
■ sintomas <3 meses: moderado	1a.	monitoramento ativo » Monitoramento ativo em pacientes com sintomas subliminares de TEPT dentro de 1 mês de um evento traumático. » Um contato de acompanhamento deve ser agendado dentro de 1 mês.[43] » Alguns pacientes com sintomas moderados podem ser considerados para terapias geralmente indicadas para sintomas graves; entretanto, isso é determinado, principalmente, pela escolha do paciente. » Para os pacientes que sofreram um trauma muito recente, não devem ocorrer intervenções sistemáticas com uma sessão ou com várias sessões focadas no evento traumático (incluindo intervenções muitas vezes chamadas de debriefing).[42] [43] [44] [69] [70] [71]
■ sintomas <3 meses: grave	1a.	terapia cognitivo-comportamental focada no trauma » Recomendada para pacientes com sintomas graves (ou seja, o sofrimento causado é considerado insuportável pelo paciente e/ou os sintomas impactam significativamente o comportamento social e/ou ocupacional e/ou há risco significativo de suicídio, perigo a si mesmo

Contínua

ou a outras pessoas) presentes por <3 meses após o trauma.[\[44\]](#) [\[69\]](#) [\[73\]](#)

» Se o tratamento começar no primeiro mês após o trauma, intervenções mais breves (ou seja, 5 sessões) poderão ser eficazes. Caso contrário, a duração do tratamento deve ser de 8 a 12 sessões se o TEPT tiver sido originado por um único evento. Deve-se considerar uma duração de tratamento além de 12 sessões se vários problemas precisarem ser abordados (por exemplo, perda traumática de um ente querido, eventos traumáticos múltiplos, incapacidade crônica resultante de trauma, presença de comorbidades).

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

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

» Para os pacientes que sofreram um trauma muito recente, não devem ocorrer intervenções sistemáticas com uma sessão ou com várias sessões focadas no evento traumático (incluindo intervenções muitas vezes chamadas de debriefing).[\[42\]](#) [\[43\]](#) [\[44\]](#) [\[69\]](#) [\[70\]](#) [\[71\]](#)

■ sintomas ≥3 meses

1a. terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT)

» Aos pacientes com sintomas graves presentes por ≥3 meses deve ser oferecida psicoterapia focada no trauma, como TCC-FT.[\[44\]](#) [\[73\]](#) [\[74\]](#) [\[75\]](#)

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

» As sessões de tratamento devem ser regulares e frequentes (ou seja, pelo menos uma vez por semana); sessões mais longas

Contínua

(por exemplo, 90 minutos) muitas vezes são necessárias quando o trauma é discutido durante a sessão de tratamento.

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

adjunta

farmacoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

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

ou

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

ou

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

Opções secundárias

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

ou

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

-ou-

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

-ou-

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

Contínua

- ou-
 - » [venlafaxina](#): 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia
- E--
 - » [quetiapina](#): consulte um especialista para obter orientação quanto à dose
 - ou-
 - » [risperidona](#): consulte um especialista para obter orientação quanto à dose
 - ou-
 - » [prazosina](#): consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

Opções terciárias

- » [quetiapina](#): consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

ou

- » [amitriptilina](#): 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

ou

- » [mirtazapina](#): 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

ou

- » [fenelzina](#): 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

» Devido ao efeito baixo em revisões sistemáticas, a farmacoterapia deve ser considerada somente após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações: quando o paciente expressar preferência por não se envolver em um tratamento psicológico focado no trauma, ou não puder iniciar a terapia psicológica devido a uma ameaça grave ou trauma adicional constante (por exemplo, ameaça de violência doméstica constante); quando o paciente não tiver apresentado resposta ou não tiver tolerado um ciclo de terapia psicológica focada no trauma; quando não houver terapias psicológicas disponíveis de maneira oportuna; ou como adjuvante à terapia psicológica em adultos quando houver depressão comórbida

Contínua

significativa ou hiperexcitação intensa que cause impacto significativo sobre a capacidade de se beneficiar de uma terapia psicológica.[42] [43] [44] [83] [84]

» A evidência mais sólida encontra-se nos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) paroxetina, fluoxetina e sertralina, embora reconheça-se que esses agentes têm pouco efeito.[75] [85] [86] [87] [88] Um ISRS licenciado para transtorno de pânico deve ser oferecido como primeira linha.[43]

» Caso não haja resposta a um ISRS em particular, considere aumentar a dosagem (dentro dos limites aprovados), trocar para um ISRS diferente ou iniciar o inibidor de recaptção de serotonina-noradrenalina (IRSN) venlafaxina. A venlafaxina reduz os sintomas de TEPT, bem como a incapacidade funcional e também pode ser uma opção adequada para os pacientes que não toleram ISRSs.[85] [89]

» Na ausência de uma resposta adequada, a terapia com um ISRS ou a venlafaxina pode ser intensificada com a risperidona, a quetiapina ou o antagonista de adrenorreceptor alfa-1 prazosina.[89] A quetiapina e a risperidona são antipsicóticos atípicos. A risperidona demonstrou alguns resultados promissores, como intensificação do tratamento para os pacientes com TEPT que tiverem apresentado resposta parcial a um ISRS, embora um grande estudo de veteranos não tenha considerado a risperidona superior ao placebo.[83] [88] [90] [91] A prazosina demonstrou eficácia na redução específica da gravidade e da frequência de pesadelos relacionados ao trauma.[88] Devido à sua eficácia comprovada como monoterapia, a quetiapina pode ser usada isoladamente se os ISRSs ou a venlafaxina não forem tolerados.[89]

» Caso os sintomas clinicamente significativos ainda estejam evidentes apesar do tratamento com um ISRS, venlafaxina, risperidona (adjuvante), prazosina (adjuvante) ou quetiapina (adjuvante ou monoterapia), pode-se considerar um tratamento menos baseado em evidências.[89] Três ensaios clínicos randomizados e controlados individuais encontraram evidências de superioridade sobre o placebo para o antidepressivo tricíclico amitriptilina, o inibidor da monoamina oxidase fenelzina e o antidepressivo tetracíclico mais recente mirtazapina.[92] [93] [94] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais, a amitriptilina, a fenelzina e a mirtazapina são

Contínua

consideradas opções menos preferíveis. Uma revisão Cochrane concluiu que a amitriptilina e a mirtazapina podem melhorar os sintomas de TEPT com base em evidências de baixa certeza.[85]

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

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

» Aos pacientes com sintomas graves presentes por 3 meses deve ser oferecida psicoterapia focada no trauma, como EMDR.[44] [73] [75]

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

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

adjunta farmacoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

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

ou

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

ou

Contínua

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

Opções secundárias

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

ou

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

-ou-

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

-ou-

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

-ou-

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

--E--

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

-ou-

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

-ou-

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

Opções terciárias

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

ou

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

ou

Contínua

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

ou

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

» Devido ao efeito baixo em revisões sistemáticas, a farmacoterapia deve ser considerada somente após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações: quando o paciente expressar preferência por não se envolver em um tratamento psicológico focado no trauma, ou não puder iniciar a terapia psicológica devido a uma ameaça grave ou trauma adicional constante (por exemplo, ameaça de violência doméstica constante); quando o paciente não tiver apresentado resposta ou não tiver tolerado um ciclo de terapia psicológica focada no trauma; quando não houver terapias psicológicas disponíveis de maneira oportuna; ou como adjuvante à terapia psicológica em adultos quando houver depressão comórbida significativa ou hiperexcitação intensa que cause impacto significativo sobre a capacidade de se beneficiar de uma terapia psicológica.[42] [43] [44] [83] [84]

» A evidência mais sólida encontra-se nos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) paroxetina, fluoxetina e sertralina, embora reconheça-se que esses agentes têm pouco efeito.[75] [85] [86] [87] [88] Um ISRS licenciado para transtorno de pânico deve ser oferecido como primeira linha.[43]

» Caso não haja resposta a um ISRS em particular, considere aumentar a dosagem (dentro dos limites aprovados), trocar para um ISRS diferente ou iniciar o inibidor de recaptção de serotonina-noradrenalina (IRSN) venlafaxina. A venlafaxina reduz os sintomas de TEPT, bem como a incapacidade funcional e também pode ser uma opção adequada para os pacientes que não toleram ISRSs.[85] [89]

» Na ausência de uma resposta adequada, a terapia com um ISRS ou a venlafaxina pode ser intensificada com a risperidona, a quetiapina ou o antagonista de adrenorreceptor alfa-1 prazosina.[89] A quetiapina e a risperidona são antipsicóticos atípicos. A risperidona demonstrou alguns resultados promissores,

Contínua

como intensificação do tratamento para os pacientes com TEPT que tiverem apresentado resposta parcial a um ISRS, embora um grande estudo de veteranos não tenha considerado a risperidona superior ao placebo.[83] [88] [90] [91] A prazosina demonstrou eficácia na redução específica da gravidade e da frequência de pesadelos relacionados ao trauma.[88] Devido à sua eficácia comprovada como monoterapia, a quetiapina pode ser usada isoladamente se os ISRSs ou a venlafaxina não forem tolerados.[89]

» Caso os sintomas clinicamente significativos ainda estejam evidentes apesar do tratamento com um ISRS, venlafaxina, risperidona (adjuvante), prazosina (adjuvante) ou quetiapina (adjuvante ou monoterapia), pode-se considerar um tratamento menos baseado em evidências.[89] Três ensaios clínicos randomizados e controlados individuais encontraram evidências de superioridade sobre o placebo para o antidepressivo tricíclico amitriptilina, o inibidor da monoamina oxidase fenelzina e o antidepressivo tetracíclico mais recente mirtazapina.[92] [93] [94] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais, a amitriptilina, a fenelzina e a mirtazapina são consideradas opções menos preferíveis. Uma revisão Cochrane concluiu que a amitriptilina e a mirtazapina podem melhorar os sintomas de TEPT com base em evidências de baixa certeza.[85]

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

2a. terapia psicológica alternativa

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

adjunta farmacoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Contínua

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

ou

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

ou

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

Opções secundárias

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

ou

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

-ou-

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

-ou-

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

-ou-

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

--E--

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

-ou-

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

-ou-

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

Opções terciárias

Contínua

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

ou

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

ou

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

ou

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

» Devido ao efeito baixo em revisões sistemáticas, a farmacoterapia deve ser considerada somente após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações: quando o paciente expressar preferência por não se envolver em um tratamento psicológico focado no trauma, ou não puder iniciar a terapia psicológica devido a uma ameaça grave ou trauma adicional constante (por exemplo, ameaça de violência doméstica constante); quando o paciente não tiver apresentado resposta ou não tiver tolerado um ciclo de terapia psicológica focada no trauma; quando não houver terapias psicológicas disponíveis de maneira oportuna; ou como adjuvante à terapia psicológica em adultos quando houver depressão comórbida significativa ou hiperexcitação intensa que cause impacto significativo sobre a capacidade de se beneficiar de uma terapia psicológica.[42] [43] [44] [83] [84]

» A evidência mais sólida encontra-se nos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) paroxetina, fluoxetina e sertralina, embora reconheça-se que esses agentes têm pouco efeito.[75] [85] [86] [87] [88] Um ISRS licenciado para transtorno de pânico deve ser oferecido como primeira linha.[43]

» Caso não haja resposta a um ISRS em particular, considere aumentar a dosagem (dentro dos limites aprovados), trocar para um ISRS diferente ou iniciar o inibidor de recaptação

Contínua

de serotonina-noradrenalina (IRSN) venlafaxina. A venlafaxina reduz os sintomas de TEPT, bem como a incapacidade funcional e também pode ser uma opção adequada para os pacientes que não toleram ISRSs.[85] [89]

» Na ausência de uma resposta adequada, a terapia com um ISRS ou a venlafaxina pode ser intensificada com a risperidona, a quetiapina ou o antagonista de adrenoceptor alfa-1 prazosina.[89] A quetiapina e a risperidona são antipsicóticos atípicos. A risperidona demonstrou alguns resultados promissores, como intensificação do tratamento para os pacientes com TEPT que tiverem apresentado resposta parcial a um ISRS, embora um grande estudo de veteranos não tenha considerado a risperidona superior ao placebo.[83] [88] [90] [91] A prazosina demonstrou eficácia na redução específica da gravidade e da frequência de pesadelos relacionados ao trauma.[88] Devido à sua eficácia comprovada como monoterapia, a quetiapina pode ser usada isoladamente se os ISRSs ou a venlafaxina não forem tolerados.[89]

» Caso os sintomas clinicamente significativos ainda estejam evidentes apesar do tratamento com um ISRS, venlafaxina, risperidona (adjuvante), prazosina (adjuvante) ou quetiapina (adjuvante ou monoterapia), pode-se considerar um tratamento menos baseado em evidências.[89] Três ensaios clínicos randomizados e controlados individuais encontraram evidências de superioridade sobre o placebo para o antidepressivo tricíclico amitriptilina, o inibidor da monoamina oxidase fenelzina e o antidepressivo tetracíclico mais recente mirtazapina.[92] [93] [94] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais, a amitriptilina, a fenelzina e a mirtazapina são consideradas opções menos preferíveis. Uma revisão Cochrane concluiu que a amitriptilina e a mirtazapina podem melhorar os sintomas de TEPT com base em evidências de baixa certeza.[85]

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

2a. psicoterapia não focada no trauma

» Intervenções psicológicas não focadas no trauma, como a terapia cognitivo-

Contínua

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

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

adjunta farmacoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

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

ou

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

ou

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

Opções secundárias

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

ou

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

-ou-

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

-ou-

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

-ou-

Contínua

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

--E--

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

-ou-

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

-ou-

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

Opções terciárias

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

ou

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

ou

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

ou

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

» Devido ao efeito baixo em revisões sistemáticas, a farmacoterapia deve ser considerada somente após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações: quando o paciente expressar preferência por não se envolver em um tratamento psicológico focado no trauma, ou não puder iniciar a terapia psicológica devido a uma ameaça grave ou trauma adicional constante (por exemplo, ameaça de violência doméstica constante); quando o paciente não tiver apresentado resposta ou não tiver tolerado um ciclo de terapia psicológica focada no trauma; quando não houver terapias psicológicas disponíveis de maneira oportuna; ou como adjuvante à terapia psicológica em adultos quando houver depressão comórbida significativa ou hiperexcitação intensa que cause

Contínua

impacto significativo sobre a capacidade de se beneficiar de uma terapia psicológica.[42] [43] [44] [83] [84]

» A evidência mais sólida encontra-se nos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) paroxetina, fluoxetina e sertralina, embora reconheça-se que esses agentes têm pouco efeito.[75] [85] [86] [87] [88] Um ISRS licenciado para transtorno de pânico deve ser oferecido como primeira linha.[43]

» Caso não haja resposta a um ISRS em particular, considere aumentar a dosagem (dentro dos limites aprovados), trocar para um ISRS diferente ou iniciar o inibidor de recaptção de serotonina-noradrenalina (IRSN) venlafaxina. A venlafaxina reduz os sintomas de TEPT, bem como a incapacidade funcional e também pode ser uma opção adequada para os pacientes que não toleram ISRSs.[85] [89]

» Na ausência de uma resposta adequada, a terapia com um ISRS ou a venlafaxina pode ser intensificada com a risperidona, a quetiapina ou o antagonista de adrenorreceptor alfa-1 prazosina.[89] A quetiapina e a risperidona são antipsicóticos atípicos. A risperidona demonstrou alguns resultados promissores, como intensificação do tratamento para os pacientes com TEPT que tiverem apresentado resposta parcial a um ISRS, embora um grande estudo de veteranos não tenha considerado a risperidona superior ao placebo.[83] [88] [90] [91] A prazosina demonstrou eficácia na redução específica da gravidade e da frequência de pesadelos relacionados ao trauma.[88] Devido à sua eficácia comprovada como monoterapia, a quetiapina pode ser usada isoladamente se os ISRSs ou a venlafaxina não forem tolerados.[89]

» Caso os sintomas clinicamente significativos ainda estejam evidentes apesar do tratamento com um ISRS, venlafaxina, risperidona (adjuvante), prazosina (adjuvante) ou quetiapina (adjuvante ou monoterapia), pode-se considerar um tratamento menos baseado em evidências.[89] Três ensaios clínicos randomizados e controlados individuais encontraram evidências de superioridade sobre o placebo para o antidepressivo tricíclico amitriptilina, o inibidor da monoamina oxidase fenelzina e o antidepressivo tetracíclico mais recente mirtazapina.[92] [93] [94] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais, a amitriptilina, a fenelzina e a mirtazapina são consideradas opções menos preferíveis. Uma

Contínua

revisão Cochrane concluiu que a amitriptilina e a mirtazapina podem melhorar os sintomas de TEPT com base em evidências de baixa certeza.[85]

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

2a. farmacoterapia isolada**Opções primárias**

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

ou

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

ou

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

Opções secundárias

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

ou

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

-ou-

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

-ou-

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

-ou-

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente,

Contínua

aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

--E--

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

-ou-

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

-ou-

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

Opções terciárias

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

ou

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

ou

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

ou

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

» Devido ao efeito baixo em revisões sistemáticas, a farmacoterapia deve ser considerada somente após o tratamento psicológico focado no trauma ter sido iniciado, ou nas seguintes situações: quando o paciente expressar preferência por não se envolver em um tratamento psicológico focado no trauma, ou não puder iniciar a terapia psicológica devido a uma ameaça grave ou trauma adicional constante (por exemplo, ameaça de violência doméstica constante); quando o paciente não tiver apresentado resposta ou não tiver tolerado um ciclo de terapia psicológica focada no trauma; quando não houver terapias psicológicas disponíveis de maneira oportuna; ou como adjuvante à terapia psicológica em adultos quando houver depressão comórbida significativa ou hiperexcitação intensa que cause impacto significativo sobre a capacidade de se

Contínua

beneficiar de uma terapia psicológica.[42] [43] [44] [83] [84]

» A evidência mais sólida encontra-se nos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) paroxetina, fluoxetina e sertralina, embora reconheça-se que esses agentes têm pouco efeito.[75] [85] [86] [87] [88] Um ISRS licenciado para transtorno de pânico deve ser oferecido como primeira linha.[43]

» Caso não haja resposta a um ISRS em particular, considere aumentar a dosagem (dentro dos limites aprovados), trocar para um ISRS diferente ou iniciar o inibidor de recaptção de serotonina-noradrenalina (IRSN) venlafaxina. A venlafaxina reduz os sintomas de TEPT, bem como a incapacidade funcional e também pode ser uma opção adequada para os pacientes que não toleram ISRSs.[85] [89]

» Na ausência de uma resposta adequada, a terapia com um ISRS ou a venlafaxina pode ser intensificada com a risperidona, a quetiapina ou o antagonista de adrenorreceptor alfa-1 prazosina.[89] A quetiapina e a risperidona são antipsicóticos atípicos. A risperidona demonstrou alguns resultados promissores, como intensificação do tratamento para os pacientes com TEPT que tiverem apresentado resposta parcial a um ISRS, embora um grande estudo de veteranos não tenha considerado a risperidona superior ao placebo.[83] [88] [90] [91] A prazosina demonstrou eficácia na redução específica da gravidade e da frequência de pesadelos relacionados ao trauma.[88] Devido à sua eficácia comprovada como monoterapia, a quetiapina pode ser usada isoladamente se os ISRSs ou a venlafaxina não forem tolerados.[89]

» Caso os sintomas clinicamente significativos ainda estejam evidentes apesar do tratamento com um ISRS, venlafaxina, risperidona (adjuvante), prazosina (adjuvante) ou quetiapina (adjuvante ou monoterapia), pode-se considerar um tratamento menos baseado em evidências.[89] Três ensaios clínicos randomizados e controlados individuais encontraram evidências de superioridade sobre o placebo para o antidepressivo tricíclico amitriptilina, o inibidor da monoamina oxidase fenelzina e o antidepressivo tetracíclico mais recente mirtazapina.[92] [93] [94] Em virtude do pequeno tamanho desses estudos individuais, a amitriptilina, a fenelzina e a mirtazapina são consideradas opções menos preferíveis. Uma revisão Cochrane concluiu que a amitriptilina

Contínua

e a mirtazapina podem melhorar os sintomas de TEPT com base em evidências de baixa certeza.[85]

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

gestantes ou lactantes

■ sintomas <3 meses: leve

1a. **monitoramento ativo**

» Monitoramento ativo em pacientes com sintomas subliminares de TEPT dentro de 1 mês de um evento traumático.

» Um contato de acompanhamento deve ser agendado dentro de 1 mês.[43]

» Para os pacientes que sofreram um trauma muito recente, não devem ocorrer intervenções sistemáticas com uma sessão ou com várias sessões focadas no evento traumático (incluindo intervenções muitas vezes chamadas de debriefing).[42] [43] [44] [69] [70] [71]

■ sintomas <3 meses: moderado

1a. **monitoramento ativo**

» Monitoramento ativo em pacientes com sintomas subliminares de TEPT dentro de 1 mês de um evento traumático.

» Um contato de acompanhamento deve ser agendado dentro de 1 mês.[43]

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

» Para os pacientes que sofreram um trauma muito recente, não devem ocorrer intervenções sistemáticas com uma sessão ou com várias sessões focadas no evento traumático (incluindo intervenções muitas vezes chamadas de debriefing).[42] [43] [44] [69] [70] [71]

■ sintomas <3 meses: grave

1a. **terapia cognitivo-comportamental focada no trauma**

» Recomendada para pacientes com sintomas graves (ou seja, o sofrimento causado é considerado insuportável pelo paciente e/ou os sintomas impactam significativamente o comportamento social e/ou ocupacional e/ou há

Contínua

risco significativo de suicídio, perigo a si mesmo ou a outras pessoas) presentes por <3 meses após o trauma.[44] [69] [73]

» Se o tratamento começar no primeiro mês após o trauma, intervenções mais breves (ou seja, 5 sessões) poderão ser eficazes. Caso contrário, a duração do tratamento deve ser de 8 a 12 sessões se o TEPT tiver sido originado por um único evento. Deve-se considerar uma duração de tratamento além de 12 sessões se vários problemas precisarem ser abordados (por exemplo, perda traumática de um ente querido, eventos traumáticos múltiplos, incapacidade crônica resultante de trauma, presença de comorbidades).

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

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

» Para os pacientes que sofreram um trauma muito recente, não devem ocorrer intervenções sistemáticas com uma sessão ou com várias sessões focadas no evento traumático (incluindo intervenções muitas vezes chamadas de debriefing).[42] [43] [44] [69] [70] [71]

■ sintomas ≥3 meses

1a. terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT)

» Aos pacientes com sintomas graves presentes por ≥3 meses deve ser oferecida psicoterapia focada no trauma, como TCC-FT.[44] [73] [75]

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

» As sessões de tratamento devem ser regulares e frequentes (ou seja, pelo menos uma vez por semana); sessões mais longas

Contínua

(por exemplo, 90 minutos) muitas vezes são necessárias quando o trauma é discutido durante a sessão de tratamento.

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

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

» Aos pacientes com sintomas graves presentes por 3 meses deve ser oferecida psicoterapia focada no trauma, como EMDR.[\[44\]](#) [\[73\]](#) [\[75\]](#)

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

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

2a. psicoterapia alternativa focada no trauma

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

2a. psicoterapia não focada no trauma

» A terapia cognitivo-comportamental (TCC) não focada no trauma é recomendada para pacientes que não estão prontos para as intervenções focadas no trauma e para aqueles que provavelmente não serão capazes de tolerar a intervenção focada no trauma.

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

Contínua

.....

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

Novidades

Topiramato

Dois pequenos ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs) produziram resultados conflitantes com relação à eficácia do topiramato em comparação com o placebo no TEPT. Duas metanálises recomendaram seu uso como monoterapia.[75] [87] No entanto, essas metanálises incluíram um pequeno estudo de potencialização, no qual foi permitido a combinação de medicações psicotrópicas dentre os grupos experimentais e de placebo. Quando os dados dos estudos de potencialização foram excluídos em uma outra metanálise, o topiramato não demonstrou evidências de superioridade em comparação com o placebo; sendo assim, não pode ser recomendado para TEPT como uma monoterapia baseada em evidências.[86] Em geral, não há evidências suficientes para recomendá-lo como tratamento.[86] [98] [99] No entanto, a American Academy of Sleep Medicine recomenda o topiramato para o tratamento dos pesadelos associados ao TEPT.[100]

Terapias alternativas

Revisões sistemáticas da acupuntura e da repetição de mantras mostraram-se promissoras, mas atualmente as evidências são insuficientes para recomendar essas intervenções.[101]

Dispositivos médicos/aplicativos de software

A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA concedeu a um aplicativo de smartphone, NightWare®, a designação de dispositivo inovador para o tratamento de pesadelos em pessoas com TEPT. Durante o sono, um smartwatch rastreia o movimento do corpo e a frequência cardíaca para detectar pesadelos. O relógio então vibra, despertando o usuário o suficiente para interromper o pesadelo, mas sem acordá-lo. Em um pequeno ECRC controlado por simulação, o grupo que usou o NightWare® relatou maiores melhoras no sono a 30 dias. Há ECRCs maiores em andamento.[102]

Terapias cognitivas e comportamentais baseadas na internet

Os resultados de um pequeno número de estudos sugerem alguns efeitos benéficos das terapias cognitivas e comportamentais baseadas na internet para o TEPT. Estudos adicionais estão em andamento e são necessários para estabelecer a não inferioridade às atuais intervenções de primeira linha.[103]

Terapia de realidade virtual

Um pequeno ensaio que examinou o uso de simulações audiovisuais de situações de combate e condições pós-desastres traumáticas, para facilitar as intervenções psicológicas com base em exposição, apresentou resultados promissores.[104] Duas metanálises concluíram, de maneira subsequente, que a terapia de realidade virtual pode ser útil como uma forma de terapia por exposição, quando outros tratamentos tiverem fracassado.[105] [106] São necessários dados de ECRCs robustos para confirmar o papel da terapia de realidade virtual nessa área de tratamento.

Agonistas e antagonistas do receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA).

O uso de agonistas do receptor de NMDA (por exemplo, D-cicloserina) para melhorar as intervenções psicológicas baseadas em exposição foi relatado em relação ao transtorno obsessivo-compulsivo, à fobia social e ao transtorno de pânico. As diretrizes relatam o potencial desses agentes ao serem usados para potencializar a psicoterapia no tratamento do TEPT.[44] No entanto, as evidências para a D-cicloserina e outros agonistas de NMDA nessa indicação permanecem inconclusivas.[107] [108] Outra abordagem é direcionar e reduzir a sensibilização comportamental por meio do antagonismo do receptor de NMDA. Um ECRC de fase 1 investigou se 3 infusões do antagonista do receptor de NMDA lanicemina afetou a sensibilização comportamental, em comparação com o placebo, em indivíduos com TEPT. O estudo não alcançou seu desfecho primário, que era a alteração na resposta de sobressalto potencializada pela ansiedade, do início até o fim da terceira infusão. No entanto, uma única infusão teve um efeito mais

promissor sobre a resposta de sobressalto potencializada pela ansiedade, e a lanicemina foi bem tolerada em geral. É provável que a lanicemina seja incluída em estudos adicionais.[109]

Psicoterapia assistida por 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA)

A terapia assistida por MDMA já foi investigada em vários ECRCs de fase 3, realizados principalmente pelo grupo sem fins lucrativos Multidisciplinary Association of Psychedelic Studies (MAPS). Em uma revisão sistemática de terapias assistidas por medicamento para TEPT, a terapia assistida por MDMA foi a única intervenção que mostrou superioridade ao placebo.[110] A terapia assistida por MDMA demonstrou um grande tamanho do efeito, com ganhos clinicamente e estatisticamente significativos em relação à terapia assistida por placebo ativa e inativa. Nos EUA, a FDA concedeu a designação de terapia inovadora para a terapia assistida por MDMA em 2017, com um programa de acesso expandido acordado em 2019. A aprovação da FDA provavelmente virá a seguir, dado os resultados positivos dos estudos de fase 3.

Eszopiclona

Dois pequenos ECRCs investigaram a eszopiclona para o tratamento do TEPT e a insônia associada. Nenhum estudo encontrou melhoras significativas no sono em comparação com o placebo.[111] [112] Um estudo do Department of Veterans Affairs dos EUA está em andamento para comparar o efeito da eszopiclona ao lado da trazodona e da gabapentina em veteranos diagnosticados com TEPT e insônia.[113]

Prevenção primária

Não são recomendadas intervenções psicológicas voltadas a todos os envolvidos em um evento traumático nas diretrizes de prática atuais.[42] [43] [44] Em vez disso, recomenda-se que seja oferecido apoio prático, social e emocional imediato por profissionais de saúde não especialistas em saúde mental. Adota-se uma atitude de vigilância ativa, combinada com a provisão de primeiros socorros psicológicos, quando necessários.[45] Os primeiros auxílios psicológicos são baseados em evidências e têm o objetivo de fornecer informações, além de apoio emocional e prático.[46]

Assistência adicional deve ser fornecida de acordo com as necessidades individuais. As pessoas que desejam discutir a experiência devem ser apoiadas a fazê-lo, contanto que acreditem conseguir tolerar o sofrimento que pode estar associado a isso.

Uma revisão Cochrane dos tratamentos farmacológicos, com o objetivo de prevenir ou mitigar o TEPT, não encontrou evidências conclusivas para apoiar nenhuma das intervenções, incluindo a hidrocortisona, o propranolol, a dexametasona ou a gabapentina.[47]

Prevenção secundária

As pessoas com sintomas graves contínuos recebem a oferta de avaliação formal e intervenção caso se perceba que o transtorno não está melhorando. Terapia cognitivo-comportamental individual focada no trauma, iniciada até 3 meses após o evento traumático, é considerada efetiva para pessoas com sintomas de estresse traumático agudo.[70]

Discussões com os pacientes

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

de que podem sentir fadiga, dificuldades com o sono (incluindo sonhos e pesadelos) e problemas de memória ou concentração.

Deve-se aconselhar os pacientes:

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

Os pacientes devem ser aconselhados a procurar ajuda profissional se:

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

Os grupos de apoio podem ser úteis.

[MIND: post-traumatic stress disorder (PTSD)] (http://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/about-ptsd/?o=14567#.Vr-c2o_XL4g)

[US Department of Veterans Affairs: National Center for PTSD] (<http://www.ptsd.va.gov>)

[Post-Traumatic Stress Disorder Foundation of America] (<http://www.ptsdusa.org>)

Monitoramento

Monitoramento

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

Os pacientes que recebem a prescrição de antidepressivos devem ser avisados sobre os potenciais efeitos adversos e os possíveis sintomas de supressão/interrupção, especialmente da paroxetina. As doses de antidepressivos devem ser reduzidas gradualmente por um período de 4 semanas, ou mais, se necessário. Quando os sintomas de interrupção/supressão forem leves, deve-se tranquilizar o paciente e proceder ao monitoramento. Quando os sintomas forem graves, deve-se considerar a reintrodução do antidepressivo original (ou outro da mesma classe com meia-vida mais longa) e reduzi-lo gradualmente enquanto se monitoram os sintomas.^[43]

Os pacientes com TEPT apresentam um aumento do risco de desenvolver várias condições de saúde, como doenças cardiovasculares, doenças autoimunes, infecções e demência. Os médicos devem considerar isso durante a avaliação e o monitoramento de pacientes com TEPT crônico.^{[122] [123] [124] [127]}

Os pacientes que recebem inibidores seletivos de recaptção de serotonina devem ser monitorados quanto aos sinais de acatisia, ideação suicida e aumento da ansiedade e agitação. Se houver desenvolvimento importante e/ou prolongado de acatisia, o uso do medicamento deve ser reavaliado.^[43]

Recomenda-se o monitoramento frequente das pessoas consideradas sob risco maior de suicídio após uma avaliação e de todos os pacientes na faixa etária dos 18 aos 29 anos que começaram a usar antidepressivos, até que seja observada a diminuição do risco.^[43] Por outro lado, pessoas que receberam a prescrição de antidepressivos, mas que não são consideradas sob risco maior de suicídio, devem ser observadas normalmente após 2 semanas e, depois disso, regularmente, em intervalos adequados.^[43]

Complicações

Complicações	Período de ocorrência	Probabilidade
aumento do sofrimento em decorrência da terapia de exposição	curto prazo	Médias
Muitos pacientes apresentam alto nível de sofrimento inicial nos primeiros estágios da terapia de exposição. Isso pode ocasionar certo desconforto entre médicos que não possuem experiência significativa na aplicação da terapia de exposição, e esses profissionais podem interromper o tratamento por medo de que esses sintomas e níveis de sofrimento possam aumentar com o tempo. Entretanto, essas suposições são frequentemente imprecisas, e vários estudos de alta precisão não sustentam essa teoria.[116] [117] [118] [119] Além disso, o aumento inicial do sofrimento durante as primeiras sessões de terapia de exposição está associado a desfechos de maior qualidade após o tratamento.[119] Estudos descobriram que os pacientes não tendem a interromper o tratamento de forma prematura quando recebem terapia de exposição, em comparação a outras intervenções.[120] [121] No entanto, para aqueles incapazes de tolerar a intervenção focada no trauma, a provisão de terapia cognitivo-comportamental não focada no trauma deve ser considerada.[73] Orientar o paciente sobre o tratamento e os potenciais aumentos iniciais do sofrimento pode diminuir esse sentimento.		
doença cardiovascular	longo prazo	Médias
Embora os mecanismos subjacentes permaneçam obscuros, há uma clara associação entre transtornos relacionados ao estresse clinicamente confirmados e um maior risco subsequente de doença cardiovascular.[122] Os médicos devem levar isso em consideração durante a avaliação e o monitoramento.		
demência	longo prazo	Médias
O TEPT foi identificado como um fator de risco para o desenvolvimento de demência. Os médicos devem levar isso em consideração durante a avaliação e o monitoramento dos pacientes com TEPT crônico.[123]		
doença autoimune	longo prazo	baixa
As reações psiquiátricas aos estressores da vida podem resultar em disfunção imunológica. Esses achados são de importância etiológica, mas ainda não fornecem evidência direta para alteração no manejo clínico.[124]		
ansiedade	variável	Médias
Pode ocorrer em consequência da exposição ao trauma e sintomas resultantes. O tratamento é realizado com psicoterapias e medicamentos adequados.		
depressão	variável	Médias
Pode ocorrer em consequência da exposição ao trauma e sintomas resultantes. O tratamento é realizado com psicoterapias e medicamentos adequados.		

Complicações	Período de ocorrência	Probabilidade
psicose	variável	Médias
Pode ocorrer em consequência da exposição ao trauma e sintomas resultantes. O tratamento é realizado com psicoterapias e medicamentos adequados.		
barreiras psicológicas à terapia de exposição	variável	Médias
Raiva e irritabilidade são prevalentes e podem impedir o sucesso do tratamento. O tratamento bem-sucedido muitas vezes coincide com uma diminuição desses sintomas.^[125] Entretanto, a raiva, se for muito extrema, pode interferir na capacidade do paciente de processar a ansiedade e o medo. Sintomas dissociativos graves também podem interferir na eficácia do tratamento baseado em exposição. Uma estratégia é adiar a discussão de assuntos que geram raiva até que os componentes baseados em exposição estejam eliminados na intervenção.^[126] Os pacientes que não conseguem adiar a abordagem da raiva podem se beneficiar do aprendizado de técnicas de manejo da raiva antes de iniciar a terapia de exposição. Técnicas de relaxamento voltadas à redução da evitação podem ser úteis para pacientes com sintomas dissociativos graves.^[126] Exemplos de técnicas de relaxamento podem incluir apertar um objeto, contar itens em uma sala ou qualquer outra atividade que aumente a consciência do paciente quanto ao ambiente imediato.^[36]		
desenvolvimento de transtorno relacionado ao uso de substâncias	variável	Médias
Na tentativa de lidar com seus sintomas, muitos pacientes usam álcool, drogas, cafeína ou nicotina. Se o TEPT for a causa do uso de substâncias, o tratamento efetivo do TEPT frequentemente ajudará a reduzir esses problemas. Se a pessoa desenvolveu dependência, isso precisa ser tratado antes de a pessoa receber intervenções psicológicas focadas no trauma. Nos casos graves, pode ser necessário trabalhar de forma colaborativa com serviços especializados no uso de substâncias.		
suicídio	variável	baixa
Como em qualquer transtorno psiquiátrico, o suicídio é uma complicação potencial rara, mas importante. A avaliação inicial e contínua deve rotineiramente incluir questões para aferir a presença de risco de suicídio e, caso presente, a gravidade do risco.		
infecções com risco de vida	variável	baixa
Pacientes com TEPT apresentam aumento do risco de desenvolver várias condições de saúde. Os indivíduos com esse diagnóstico apresentam aumento do risco de infecções com risco de vida.^[127] Os médicos devem levar isso em consideração durante a avaliação e monitoramento de pacientes com TEPT crônico.		

Prognóstico

Embora a maioria das pessoas que sofre eventos traumáticos sinta uma breve resposta aguda a situações estressantes e nunca desenvolva uma reação patológica duradoura, uma menor proporção de pessoas desenvolverá TEPT, isoladamente ou complicado com transtornos comórbidos como depressão, transtorno de ansiedade generalizada ou uso indevido de substâncias.[27] [30] [114]

A transição de curta para longa duração e a evolução da doença são variadas e influenciadas por fatores de risco e de proteção. Por exemplo, a disponibilidade do tratamento, o apoio social e estratégias de enfrentamento eficazes podem influenciar a recuperação. A gravidade da exposição e perdas humanas e materiais podem estar associadas a uma evolução longa e complicada da doença.[115]

A duração média dos sintomas, se tratados, é de 36 meses, e a duração média dos sintomas entre os indivíduos não tratados é de 64 meses. Além disso, embora quase 50% apresentem redução significativa dos sintomas, mais de um terço das pessoas nunca remitem completamente.[30]

Diretrizes diagnósticas

Reino Unido

Post-traumatic stress disorder (<https://www.nice.org.uk/guidance/NG116>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2018

América do Norte

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) (<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/dsm-5>)

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação: 2022

Screening and intervention for mental health disorders and substance use and misuse in the acute trauma patient (<https://www.facs.org/quality-programs/trauma/quality/best-practices-guidelines>)

Publicado por: American College of Surgeons

Última publicação: 2022

Oceania

Guidelines for the prevention and treatment of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and complex PTSD (<https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd>)

Publicado por: Phoenix Australia; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

Última publicação: 2021

Diretrizes de tratamento

Reino Unido

Post-traumatic stress disorder (<https://www.nice.org.uk/guidance/NG116>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2018

Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder (<https://www.bap.org.uk/docsbycategory.php?docCatID=2>)

Publicado por: British Association for Psychopharmacology

Última publicação: 2014

Common mental health problems: identification and pathways to care (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG123>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2011

Europa

EPA guidance on eMental health interventions in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) (<https://www.europsy.net/guidance-papers>)

Publicado por: European Psychiatric Association

Última publicação: 2017

América do Norte

The treatment of nightmare disorder in adults: a position paper (<https://aasm.org/clinical-resources/practice-standards/practice-guidelines>)

Publicado por: American Academy of Sleep Medicine

Última publicação: 2018

VA/DOD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder (<https://www.healthquality.va.gov/index.asp>)

Publicado por: US Department of Veterans Affairs

Última publicação: 2017

Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) (<https://www.apa.org/about/policy/approved-guidelines>)

Publicado por: American Psychological Association

Última publicação: 2017

Oceania

Guidelines for the prevention and treatment of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and complex PTSD (<https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd>)

Publicado por: Phoenix Australia; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

Última publicação: 2021

Recursos online

1. US Department of Veterans Affairs (PTSD): Assessment overview (<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/overview/index.asp>) (*external link*)
2. US Department of Veterans Affairs: PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) (<http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>) (*external link*)
3. US Department of Veterans Affairs: Trauma Screening Questionnaire (TSQ) (<http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/screens/tsq.asp>) (*external link*)
4. US Department of Veterans Affairs (PTSD): Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS-5) (<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/pds.asp>) (*external link*)
5. The International Trauma Consortium. International Trauma Questionnaire (<https://www.traumameasuresglobal.com/itq>) (*external link*)
6. US Department of Veterans Affairs: Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5) (<http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp>) (*external link*)
7. US Department of Veterans Affairs: PTSD Symptom Scale - Interview for DSM-5 (PSS-I-5) (<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/pss-i.asp>) (*external link*)
8. MIND: post-traumatic stress disorder (PTSD) (http://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/about-ptsd/?o=14567#.Vr-c2o_XL4g) (*external link*)
9. US Department of Veterans Affairs: National Center for PTSD (<http://www.ptsd.va.gov>) (*external link*)
10. Post-Traumatic Stress Disorder Foundation of America (<http://www.ptsdusa.org>) (*external link*)

Principais artigos

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., text revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022. [Texto completo \(https://ebooks.appi.org/product/diagnostic-statistical-manual-mental-disorders-fifth-edition-text-revision-dsm5tr\)](https://ebooks.appi.org/product/diagnostic-statistical-manual-mental-disorders-fifth-edition-text-revision-dsm5tr)
- Phoenix Australia. Australian guidelines for the prevention and treatment of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and complex PTSD. 2021 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd\)](https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd)
- National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. Dec 2018 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/NG116\)](https://www.nice.org.uk/guidance/NG116)
- Benedek DM, Friedman MJ, Zatzick D, et al. Guideline watch (March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. 2009 [internet publication]. [Texto completo \(http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch.pdf\)](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch.pdf)

Referências

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., text revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022. [Texto completo \(https://ebooks.appi.org/product/diagnostic-statistical-manual-mental-disorders-fifth-edition-text-revision-dsm5tr\)](https://ebooks.appi.org/product/diagnostic-statistical-manual-mental-disorders-fifth-edition-text-revision-dsm5tr)
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and health related problems (ICD). 11th revision. 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://icd.who.int/en\)](https://icd.who.int/en)
- Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. J Trauma Stress. 2008 Oct;21(5):455-62. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18956444?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18956444?tool=bestpractice.bmj.com)
- De Vries GJ, Olff, M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. J Trauma Stress. 2009 Aug;22(4):259-67. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19645050?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19645050?tool=bestpractice.bmj.com)
- Hauffa R, Rief W, Brähler E, et al. Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population: results of a representative population survey. J Nerv Ment Dis. 2011 Dec;199(12):934-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22134451?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22134451?tool=bestpractice.bmj.com)

6. Mills KL, McFarlane AC, Slade T, et al. Assessing the prevalence of trauma exposure in epidemiological surveys. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011 May;45(5):407-15. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21189046?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21189046?tool=bestpractice.bmj.com)
7. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Jul;55(7):626-32. [Texto completo \(http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/204066\)](http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/204066) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9672053?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9672053?tool=bestpractice.bmj.com)
8. Galea S, Brewin CR, Gruber M, et al. Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Dec;64(12):1427-34. [Texto completo \(http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482512\)](http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482512) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18056551?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18056551?tool=bestpractice.bmj.com)
9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593-602. [Texto completo \(http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208678\)](http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208678) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837?tool=bestpractice.bmj.com)
10. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Feb;59(2):115-23. [Texto completo \(http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/206036\)](http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/206036) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11825131?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11825131?tool=bestpractice.bmj.com)
11. Williams DR, Herman A, Stein DJ, et al. Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. *Psychol Med*. 2008 Feb;38(2):211-20. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2718686\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2718686) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17903333?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17903333?tool=bestpractice.bmj.com)
12. McManus S, Meltzer H, Wessely S. Posttraumatic stress disorder. In: McManus S, Meltzer H, Brugha T, et al, eds. *Adult psychiatric morbidity in England, 2007: results of a household survey*. London, UK: The NHS Information Centre for health and social care; 2009.
13. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Oct;68(5):748-66. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11068961?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11068961?tool=bestpractice.bmj.com)
14. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, et al. Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003 Jan;129(1):52-73. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555794?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555794?tool=bestpractice.bmj.com)
15. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull*. 1986 Jan;99(1):20-35. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2871574?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2871574?tool=bestpractice.bmj.com)

16. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychol Rev.* 1996 Oct;103(4):670-86. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8888651?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8888651?tool=bestpractice.bmj.com)
17. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2000 Apr;38(4):319-45. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761279?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761279?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Gilbertson MW, Shenton ME, Ciszewski A, et al. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci.* 2002 Nov;5(11):1242-7. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819093\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819093) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12379862?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12379862?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Shin LM, Rauch SL, Pitman RK. Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Ann N Y Acad Sci.* 2006 Jul;1071:67-79. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16891563?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16891563?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Otte C, Lenoci M, Metzler T, et al. Effects of metyrapone on hypothalamic-pituitary-adrenal axis and sleep in women with post-traumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 2007 Apr 15;61(8):952-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17336940?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17336940?tool=bestpractice.bmj.com)
21. Shalev A. Acute stress reactions in adults. *Biol Psychiatry.* 2002 Apr 1;51(7):532-43. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11950455?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11950455?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Meewisse M, Reitsma JB, De Vries G, et al. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2007 Nov;191:387-92. [Texto completo \(http://bjp.rcpsych.org/content/191/5/387.full\)](http://bjp.rcpsych.org/content/191/5/387.full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17978317?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17978317?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Bisson JI. The neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry.* 2009;8:288-9.
24. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, et al. Prevalence of civilian trauma and PTSD in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol.* 1993 Dec;61(6):984-91. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8113499?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8113499?tool=bestpractice.bmj.com)
25. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, et al. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 2003 Aug;71(4):692-700. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12924674?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12924674?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev.* 2005;27:78-91. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15958429?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15958429?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Neria Y, Gross R, Olfson M, et al. Posttraumatic stress disorder in primary care one year after the 9/11 attacks. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006 May-Jun;28(3):213-22. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3622521\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3622521) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16675364?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16675364?tool=bestpractice.bmj.com)

28. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, et al. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2003 Apr;71(2):339-52. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12699028?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12699028?tool=bestpractice.bmj.com)
29. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, et al. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*. 2002 Fall;65(3):207-39. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12405079?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12405079?tool=bestpractice.bmj.com)
30. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257?tool=bestpractice.bmj.com)
31. Acierno R, Ruggiero KJ, Galea S, et al. Psychological sequelae resulting from the 2004 Florida hurricanes: implications for post-disaster intervention. *Am J Public Health*. 2007 Apr;97 (Suppl 1):S103-8. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854993\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854993) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17413067?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17413067?tool=bestpractice.bmj.com)
32. Friedman MJ, Schnurr PP, McDonagh-Coyle A. Post-traumatic stress disorder in the military veteran. *Psychiatr Clin North Am*. 1994 Jun;17(2):265-77. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7937358?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7937358?tool=bestpractice.bmj.com)
33. Hoge CW, McGurk D, Thomas JL, et al. Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *N Engl J Med*. 2008 Jan 31;358(5):453-63. [Texto completo \(https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa072972\)](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa072972) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18234750?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18234750?tool=bestpractice.bmj.com)
34. Briere J. Psychological assessment of adult posttraumatic states. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 1997:1-23.
35. Saunders BE. Understanding children exposed to violence: toward an integration of overlapping fields. *J Interpers Violence*. 2003 Apr;18(4):356-76.
36. Amstadter AB, McCart MR, Ruggiero KJ. Psychosocial interventions for adults with crime-related PTSD. *Prof Psychol Res Pr*. 2007;38(6):640-51.
37. Norris FH, Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *J Pers Soc Psychol*. 1996 Sep;71(3):498-511. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8831159?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8831159?tool=bestpractice.bmj.com)
38. Acierno R, Kilpatrick DG, Resnick RS. Posttraumatic stress disorder in adults relative to criminal victimization: prevalence, risk factors, and comorbidity. In: Saigh PA, Bremner JD, eds. *Posttraumatic stress disorder: a comprehensive text*. Boston, MA: Allyn and Baron; 1999:44-68.
39. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*. 2002 Jan 10;346(2):108-14. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11784878?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11784878?tool=bestpractice.bmj.com)
40. Acierno R, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG, et al. Risk and protective factors for psychopathology among older versus younger adults following the 2004 Florida hurricanes. *Am J Geriatr*

- Psychiatry. 2006 Dec;14(12):1051-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17035356?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17035356?tool=bestpractice.bmj.com)
41. Acierno R, Brady K, Gray M, et al. Psychopathology following interpersonal violence: a comparison of risk factors in older and younger adults. J Clin Geropsychol. 2002 Jan;8(1):13-23.
 42. Phoenix Australia. Australian guidelines for the prevention and treatment of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and complex PTSD. 2021 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd\)](https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd)
 43. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. Dec 2018 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/NG116\)](https://www.nice.org.uk/guidance/NG116)
 44. Benedek DM, Friedman MJ, Zatzick D, et al. Guideline watch (March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. 2009 [internet publication]. [Texto completo \(http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch.pdf\)](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch.pdf)
 45. Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2007 Apr 14;334(7597):789-93. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1852007\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1852007) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17431265?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17431265?tool=bestpractice.bmj.com)
 46. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Psychiatry. 2007 Winter;70(4):283-315. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18181708?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18181708?tool=bestpractice.bmj.com)
 47. Bertolini F, Robertson L, Bisson JI, et al. Early pharmacological interventions for universal prevention of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2022 Feb 10;(2):CD013443. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013443.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013443.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35141873?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35141873?tool=bestpractice.bmj.com)
 48. Bryant RA, Harvey AG. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation. Aust N Z J Psychiatry. 2002 Apr;36(2):205-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11982541?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11982541?tool=bestpractice.bmj.com)
 49. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. J Abnorm Psychol. 1998 Aug;107(3):508-19. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9715585?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9715585?tool=bestpractice.bmj.com)
 50. Carty J, O'Donnell ML, Creamer M. Delayed-onset PTSD: a prospective study of injury survivors. J Affect Disord. 2006 Feb;90(2-3):257-61. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16376993?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16376993?tool=bestpractice.bmj.com)
 51. Comijs HC, Penninx BW, Knipscheer KP, et al. Psychological distress in victims of elder mistreatment: the effects of social support and coping. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1999 Jul;54(4):P240-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12382593?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12382593?tool=bestpractice.bmj.com)

52. Gray MJ, Acierno R. Symptom presentations of older adult crime victims: description of a clinical sample. *J Anxiety Disord.* 2002;16(3):299-309. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12214815?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12214815?tool=bestpractice.bmj.com)
53. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol.* 1998 Jun;66(3):493-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9642887?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9642887?tool=bestpractice.bmj.com)
54. Cusack KJ, Frueh BC, Brady KT. Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatr Serv.* 2004 Feb;55(2):157-62. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14762240?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14762240?tool=bestpractice.bmj.com)
55. Brewin CR, Rose S, Andrews B, et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry.* 2002 Aug;181:158-62. [Texto completo \(http://bjp.rcpsych.org/content/181/2/158.full\)](http://bjp.rcpsych.org/content/181/2/158.full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12151288?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12151288?tool=bestpractice.bmj.com)
56. Foa EB, McLean CP, Zang Y, et al. Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychol Assess.* 2016 Oct;28(10):1166-71. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26691504?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26691504?tool=bestpractice.bmj.com)
57. Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, et al; US National Center for PTSD. Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5). 24 Oct 2018 [internet publication]. [Texto completo \(http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp\)](http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp)
58. Geier TJ, Hunt JC, Nelson LD, et al. Detecting PTSD in a traumatically injured population: The diagnostic utility of the PTSD Checklist for DSM-5. *Depress Anxiety.* 2019 Feb;36(2):170-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30597679?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30597679?tool=bestpractice.bmj.com)
59. Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, et al. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand.* 2018 Dec;138(6):536-46. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30178492?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30178492?tool=bestpractice.bmj.com)
60. Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress.* 2005 Feb;18(1):53-62. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16281196?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16281196?tool=bestpractice.bmj.com)
61. Foa EB, McLean CP, Zang Y, et al. Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychol Assess.* 2016 Oct;28(10):1159-65. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26691507?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26691507?tool=bestpractice.bmj.com)
62. Bondjers K, Hyland P, Roberts NP, et al. Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample. *Eur J Psychotraumatol.* 2019 Oct 4;10(1):1665617. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1080/20008198.2019.1665617\)](https://www.doi.org/10.1080/20008198.2019.1665617) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31632616?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31632616?tool=bestpractice.bmj.com)
63. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, et al. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J*

- Psychiatry. 2007 Jan;164(1):150-3. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17202557?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17202557?tool=bestpractice.bmj.com)
64. Iversen AC, van Staden L, Hughes JH, et al. The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. BMC Psychiatry. 2009 Oct 30;9:68. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2774683\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2774683) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19878538?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19878538?tool=bestpractice.bmj.com)
65. Bliese PD, Wright KM, Adler AB, et al. Timing of postcombat mental health assessments. Psychol Services. 2007;4(3):141-8.
66. Adler AB, Bliese PD, McGurk D, et al. Battlemind debriefing and battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: randomization by platoon. J Consult Clin Psychol. 2009 Oct;77(5):928-40. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19803572?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19803572?tool=bestpractice.bmj.com)
67. American College of Surgeons. Best practices guidelines: screening and intervention for mental health disorders and substance use and misuse in the acute trauma patient. Dec 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.facs.org/media/nrcj31ku/mental-health-guidelines.pdf\)](https://www.facs.org/media/nrcj31ku/mental-health-guidelines.pdf)
68. Ursano RJ, Bell C, Eth S, et al; American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 2004 Nov;161(11 suppl):3-31. [Texto completo \(http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf\)](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15617511?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15617511?tool=bestpractice.bmj.com)
69. Gartlehner G, Forneris CA, Brownley KA, et al. Interventions for the prevention of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults after exposure to psychological trauma. Comparative effectiveness review no. 109. AHRQ Publication No. 13-EHC062-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. [Texto completo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133344\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133344) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23658936?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23658936?tool=bestpractice.bmj.com)
70. Belsher BE, Beech E, Evatt D, et al. Present-centered therapy (PCT) for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Nov 18;(11):CD012898. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD012898.pub2\)](https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD012898.pub2) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31742672?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31742672?tool=bestpractice.bmj.com)
71. Bastos MH, Furuta M, Small R, et al. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 10;(4):CD007194. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007194.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007194.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858181?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858181?tool=bestpractice.bmj.com)
72. Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. Depress Anxiety. 2009;26(12):1086-109. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19957280?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19957280?tool=bestpractice.bmj.com)
73. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 13;(12):CD003388. [Texto](#)

- completo (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003388.pub4/full>)
Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24338345?tool=bestpractice.bmj.com>)
74. Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, et al. Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. JAMA. 2015 Aug 4;314(5):489-500. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241600?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241600?tool=bestpractice.bmj.com)
 75. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). Comparative effectiveness review No. 92. AHRQ publication no. 13-EHC011-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. [Texto completo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137702\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137702) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23658937?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23658937?tool=bestpractice.bmj.com)
 76. Markowitz JC, Petkova E, Neria Y, et al. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry. 2015 May;172(5):430-40. [Texto completo \(http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2014.14070908\)](http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2014.14070908) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25677355?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25677355?tool=bestpractice.bmj.com)
 77. Coventry PA, Meader N, Melton H, et al. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: systematic review and component network meta-analysis. PLoS Med. 2020 Aug;17(8):e1003262. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262\)](https://www.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32813696?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32813696?tool=bestpractice.bmj.com)
 78. Markowitz JC, Neria Y, Lovell K, et al. History of sexual trauma moderates psychotherapy outcome for posttraumatic stress disorder. Depress Anxiety. 2017 Aug;34(8):692-700. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5542864\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5542864) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28376282?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28376282?tool=bestpractice.bmj.com)
 79. Frost ND, Laska KM, Wampold BE. The evidence for present-centered therapy as a treatment for posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress. 2014 Feb;27(1):1-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24515534?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24515534?tool=bestpractice.bmj.com)
 80. Suomi A, Evans L, Rodgers B, et al. Couple and family therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2019 Dec 4;12:CD011257. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD011257.pub2\)](https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD011257.pub2) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31797352?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31797352?tool=bestpractice.bmj.com)
 81. Hetrick SE, Purcell R, Garner B, et al. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jul 7;(7):CD007316. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007316.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007316.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614457?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614457?tool=bestpractice.bmj.com)
 82. Merz J, Schwarzer G, Gerger H. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2019 Sep 1;76(9):904-13. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0951\)](https://www.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0951) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31188399?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31188399?tool=bestpractice.bmj.com)

83. Bartzokis G, Lu PH, Turner J, et al. Adjunctive risperidone in the treatment of chronic combat-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2005 Mar 1;57(5):474-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15737661?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15737661?tool=bestpractice.bmj.com)
84. Berger W, Mendlowicz MV, Marques-Portella C, et al. Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009 Mar 17;33(2):169-80. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720612\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720612) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19141307?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19141307?tool=bestpractice.bmj.com)
85. Williams T, Phillips NJ, Stein DJ, et al. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Mar 2;(3):CD002795. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002795.pub3/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002795.pub3/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35234292?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35234292?tool=bestpractice.bmj.com)
86. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015 Feb;206(2):93-100. [Texto completo \(http://bjp.rcpsych.org/content/206/2/93.long\)](http://bjp.rcpsych.org/content/206/2/93.long) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25644881?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25644881?tool=bestpractice.bmj.com)
87. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, et al. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2013 Jun;74(6):e541-50. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23842024?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23842024?tool=bestpractice.bmj.com)
88. Hoskins MD, Bridges J, Sinnerton R et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12:1. [Texto completo \(https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2020.1802920\)](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2020.1802920)
89. Forbes D, Bisson JI, Monson CM, et al, eds. Effective treatments for PTSD, third edition. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York, NY: Guilford Press; 2020.
90. Rothbaum BO, Killeen TK, Davidson JR, et al. Placebo-controlled trial of risperidone augmentation for selective serotonin re-uptake inhibitor-resistant civilian posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr;69(4):520-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18278987?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18278987?tool=bestpractice.bmj.com)
91. Krystal JH, Rosenheck RA, Cramer JA, et al. Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD: a randomized trial. *JAMA*. 2011 Aug 3;306(5):493-502. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813427?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813427?tool=bestpractice.bmj.com)
92. Davidson J, Kudler H, Smith R, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Arch Gen Psychiatry*. 1990 Mar;47(3):259-66. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2407208?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2407208?tool=bestpractice.bmj.com)

93. Kosten TR, Frank JB, Dan E, et al. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *J Nerv Ment Dis.* 1991 Jun;179(6):366-70. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2051152?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2051152?tool=bestpractice.bmj.com)
94. Davidson JR, Weisler RH, Butterfield MI, et al. Mirtazapine vs. placebo in posttraumatic stress disorder: a pilot trial. *Biol Psychiatry.* 2003 Jan 15;53(2):188-91. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12547477?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12547477?tool=bestpractice.bmj.com)
95. Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, et al. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ.* 2017 Sep 13;358:j3927. [Texto completo \(https://www.bmj.com/content/358/bmj.j3927.long\)](https://www.bmj.com/content/358/bmj.j3927.long) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28903922?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28903922?tool=bestpractice.bmj.com)
96. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, et al. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Apr 4;(4):CD010204. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010204.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010204.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27040448?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27040448?tool=bestpractice.bmj.com)
97. van den Berg DP, de Bont PA, van der Vleugel, et al. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2015 Mar;72(3):259-67. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25607833?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25607833?tool=bestpractice.bmj.com)
98. Yeh MS, Mari JJ, Costa MC, et al. A double-blind randomized controlled trial to study the efficacy of topiramate in a civilian sample of PTSD. *CNS Neurosci Ther.* 2011 Oct;17(5):305-10. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21554564?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21554564?tool=bestpractice.bmj.com)
99. Tucker P, Trautman RP, Wyatt DB, et al. Efficacy and safety of topiramate monotherapy in civilian posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry.* 2007 Feb;68(2):201-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17335317?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17335317?tool=bestpractice.bmj.com)
100. Morgenthaler TI, Auerbach S, Casey KR, et al. Position paper for the treatment of nightmare disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine position paper. *J Clin Sleep Med.* 2018 Jun 15;14(6):1041-55. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.5664/jcsm.7178\)](https://www.doi.org/10.5664/jcsm.7178) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29852917?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29852917?tool=bestpractice.bmj.com)
101. Strauss JL, Lang AJ, Schnurr PP; National Center for PTSD. Complementary and alternative medicine (CAM) for PTSD. 7 Feb 2019 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/complementary_alternative_for_ptsd.asp\)](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/complementary_alternative_for_ptsd.asp)
102. US National Library of Medicine. ClinicalTrials.gov. NightWare Open Enrollment Study (NWOES). Mar 2021 [internet publication]. [Texto completo \(https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03828656\)](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03828656)
103. Simon N, Robertson L, Lewis C, et al. Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 May 20;5:CD011710.

Texto completo (<https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub3>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34015141?tool=bestpractice.bmj.com>)

104. Difede J, Cukor J, Jayasinghe N, et al. Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *J Clin Psychiatry*. 2007 Nov;68(11):1639-47. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18052556?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18052556?tool=bestpractice.bmj.com)
105. Kothgassner OD, Goreis A, Kafka JX, et al. Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2019 Aug 19;10(1):1654782. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6713125\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6713125) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31489138?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31489138?tool=bestpractice.bmj.com)
106. Eshuis LV, van Gelderen MJ, van Zuiden M, et al. Efficacy of immersive PTSD treatments: a systematic review of virtual and augmented reality exposure therapy and a meta-analysis of virtual reality exposure therapy. *J Psychiatr Res*. 2021 Nov;143:516-27. [Texto completo \(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239562031089X\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239562031089X) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33248674?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33248674?tool=bestpractice.bmj.com)
107. Baker JF, Cates ME, Luthin DR. D-cycloserine in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Ment Health Clin*. 2017 Mar;7(2):88-94. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6007665\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6007665) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29955504?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29955504?tool=bestpractice.bmj.com)
108. Ori R, Amos T, Bergman H, et al. Augmentation of cognitive and behavioural therapies (CBT) with D-cycloserine for anxiety and related disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 10;(5):CD007803. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007803.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007803.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25957940?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25957940?tool=bestpractice.bmj.com)
109. Ramakrishnan N, Lijffijt M, Green CE, et al. Neurophysiological and clinical effects of the NMDA receptor antagonist lanicemine (BHV-5500) in PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Depress Anxiety*. 2021 Nov;38(11):1108-19. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34254405?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34254405?tool=bestpractice.bmj.com)
110. Hoskins MD, Sinnerton R, Nakamura A, et al. Pharmacological-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2021 Jan 15;12(1):1853379. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1080/20008198.2020.1853379\)](https://www.doi.org/10.1080/20008198.2020.1853379) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33680344?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33680344?tool=bestpractice.bmj.com)
111. Pollack MH, Hoge EA, Worthington JJ, et al. Eszopiclone for the treatment of posttraumatic stress disorder and associated insomnia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2011 Jul;72(7):892-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21367352?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21367352?tool=bestpractice.bmj.com)
112. Dowd SM, Zalta AK, Burgess HJ, et al. Double-blind randomized controlled study of the efficacy, safety and tolerability of eszopiclone vs placebo for the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and insomnia. *World J Psychiatry*. 2020 Mar 19;10(3):21-8. [Texto completo](#)

- (<https://www.wjnet.com/2220-3206/full/v10/i3/21.htm>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32257848?tool=bestpractice.bmj.com>)
113. Krystal JH, Chow B, Vessicchio J, et al. Design of the National Adaptive Trial for PTSD-related Insomnia (NAP Study), VA Cooperative Study Program (CSP) #2016. *Contemp Clin Trials*. 2021 Oct;109:106540. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34416369?tool=bestpractice.bmj.com>)
114. Shalev AY, Freedman S, Peri T, et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*. 1998 May;155(5):630-7. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9585714?tool=bestpractice.bmj.com>)
115. Galea S, Ahern J, Resnick H, et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med*. 2002 Mar 28;346(13):982-7. Texto completo (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa013404#t=article>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11919308?tool=bestpractice.bmj.com>)
116. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol*. 1999 Apr;67(2):194-200. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10224729?tool=bestpractice.bmj.com>)
117. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol*. 1991 Oct;59(5):715-23. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1955605?tool=bestpractice.bmj.com>)
118. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, et al. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol*. 2005 Oct;73(5):953-64. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16287395?tool=bestpractice.bmj.com>)
119. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, et al. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *J Consult Clin Psychol*. 2002 Aug;70(4):1022-8. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12182265?tool=bestpractice.bmj.com>)
120. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, et al. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Aug;70(4):867-79. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2977927>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12182270?tool=bestpractice.bmj.com>)
121. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*. 1998;5(3):126-44.
122. Song H, Fang F, Arnberg FK, et al. Stress related disorders and risk of cardiovascular disease: population based, sibling controlled cohort study. *BMJ*. 2019 Apr 10;365:l1255. Texto completo (<https://www.doi.org/10.1136/bmj.l1255>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30971390?tool=bestpractice.bmj.com>)

123. Günak MM, Billings J, Carratu E, et al. Post-traumatic stress disorder as a risk factor for dementia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2020 Nov;217(5):600-8. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1192/bjp.2020.150\)](https://www.doi.org/10.1192/bjp.2020.150) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32933591?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32933591?tool=bestpractice.bmj.com)
124. Song H, Fang F, Tomasson G, et al. Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease. *JAMA*. 2018 Jun 19;319(23):2388-400. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1001/jama.2018.7028\)](https://www.doi.org/10.1001/jama.2018.7028) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29922828?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29922828?tool=bestpractice.bmj.com)
125. Cahill SP, Rauch SA, Hembree EA, et al. Effect of cognitive-behavioral treatments for PTSD on anger. *J Cogn Psychother*. 2003 April;17(2):113-31.
126. Coffey SF, Schumacher JA, Brimo ML, et al. Exposure therapy for substance abusers with PTSD: translating research into practice. *Behav Modif*. 2005 Jan;29(1):10-38. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15557477?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15557477?tool=bestpractice.bmj.com)
127. Song H, Fall K, Fang F, et al. Stress related disorders and subsequent risk of life threatening infections: population based sibling controlled cohort study. *BMJ*. 2019 Oct 23;367:l5784. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1136/bmj.l5784\)](https://www.doi.org/10.1136/bmj.l5784) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31645334?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31645334?tool=bestpractice.bmj.com)

Imagens

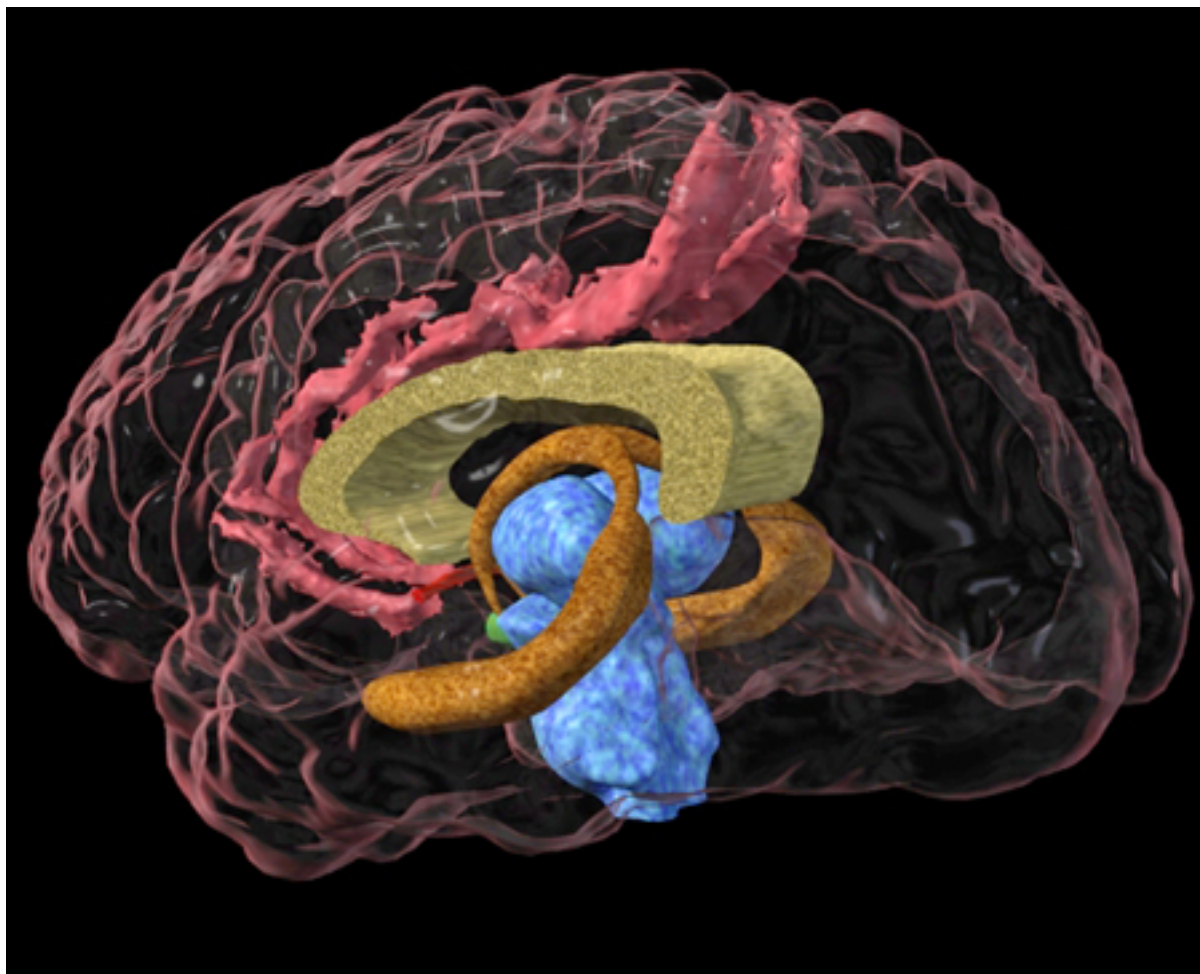


Figura 1: Ressonância nuclear magnética (RNM) tridimensional mostrando o sistema límbico, incluindo o hipocampo (marrom)

Arthur Toga/UCLA/SPL

NICE Summary

The recommendations in this Best Practice topic are based on authoritative international guidelines, supplemented by recent practice-changing evidence and expert opinion. For your added benefit, we summarise below the key recommendations from relevant NICE guidelines.

Key NICE recommendations on diagnosis

This summary covers post-traumatic stress disorder in adults (aged 18 years and over).

Ask people specific questions about re-experiencing, avoidance, hyperarousal (including hypervigilance, anger, irritability), dissociation, negative alterations in mood and thinking, and associated functional impairment when assessing for post-traumatic stress disorder (PTSD).

People with PTSD (or complex PTSD) may present with a range of symptoms (associated with functional impairment) including those mentioned above, and:

- Emotional numbing
- Emotional dysregulation
- Interpersonal difficulties or problems in relationships
- Negative self-perception (including feeling diminished, defeated or worthless).

Ask people with symptoms, and consider asking people with unexplained physical symptoms who repeatedly attend health services, if they have experienced 1 or more traumatic events (which could be experiencing or witnessing single, repeated or multiple events, and may have occurred many months or years before). Give specific examples:

- Serious accidents
- Physical and sexual assault
- Abuse (including childhood or domestic)
- Work-related exposure to trauma (including remote exposure)
- Trauma related to serious health problems or childbirth experiences (e.g., intensive care admission or neonatal death)
- War and conflict (e.g., combat-related trauma [i.e., traumatic incidents associated with military combat])
- Torture.

Comprehensively assess people presenting with clinically important symptoms of PTSD (i.e., those assessed as having PTSD on a validated scale, but who do not necessarily have a diagnosis of PTSD), including assessment of physical and psychosocial needs, and risk.

- Coordinate the person's care and determine the need for emergency physical or mental health assessment.

Consider the impact of the traumatic event on other family members. If any are suspected to also have PTSD, consider further assessment.

Consider routine use of a validated, brief PTSD screening tool as part of any comprehensive physical and mental health screen for refugees and asylum seekers at high risk of PTSD.

Pay particular attention to identifying people with PTSD in working/living environments where there may be cultural challenges to recognising the psychological consequences of trauma.

Link to NICE guidance

Post-traumatic stress disorder (NG116) December 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

Key NICE recommendations on management

Please be aware that some of the following indications for medications may not be licensed by the manufacturer (i.e., the use of the medication is 'off-label'). Refer to the full NICE guideline and your local drug formulary for further information when prescribing.

This summary covers post-traumatic stress disorder in adults (aged 18 years and over).

Establish a risk management and safety plan as part of initial treatment planning if the person with PTSD is identified to be at a significant risk of harm to themselves or others.

Be aware of the risk of continued exposure to trauma-inducing environments. Avoid exposing people to triggers that could worsen symptoms or stop engagement with treatment (e.g., noisy or restricted environments, use of restraint).

Consider social or personal factors that may have a role in the development or maintenance of PTSD (e.g., childhood maltreatment, multiple traumatic events).

If multiple family members have PTSD after experiencing the same traumatic event, consider what aspects of treatment might be usefully provided together (e.g., psychoeducation), alongside individual treatments.

Consider **active monitoring** for people with subthreshold symptoms of PTSD within 1 month of a traumatic event. Arrange follow-up contact to take place within 1 month.

Psychological interventions for prevention and treatment of PTSD in adults

A choice of therapist should be offered, considering the person's trauma experience (e.g., they may prefer a specific gender of therapist).

Do not offer psychologically-focused debriefing for the prevention or treatment of PTSD.

An individual trauma-focused cognitive behavioural therapy (CBT) intervention should be offered to **prevent PTSD** in adults who have acute stress disorder (i.e., a DSM-5 diagnosis that applies in the first month after a traumatic event, and requires symptoms to meet specified criteria) or clinically important symptoms of PTSD and have been exposed to 1 or more traumatic events **within the last month**. Individual trauma-focused CBT interventions include:

- Cognitive processing therapy
- Cognitive therapy for PTSD
- Narrative exposure therapy
- Prolonged exposure therapy.

An individual trauma-focused CBT intervention should be offered to adults with a diagnosis of PTSD or clinically important symptoms of PTSD who have presented **more than 1 month** after a traumatic event.

Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) should be considered for adults with a diagnosis of PTSD or clinically important symptoms of PTSD who have presented **between 1 and 3 months** after a non-combat-related trauma if they have a preference for EMDR.

For adults with a diagnosis of PTSD or clinically important symptoms of PTSD who have presented **more than 3 months** after a traumatic event:

- EMDR should be offered if the trauma experienced was non-combat-related
- Supported trauma-focused computerised CBT should be considered if the person prefers it to face-to-face trauma-focused CBT or EMDR, as long as they do not have severe PTSD symptoms (in particular dissociative symptoms) **and** they are not at risk of harm to themselves or others
- CBT interventions targeted at specific symptoms (e.g., sleep disturbance or anger) should **only** be considered if the person is unable or unwilling to engage in a trauma-focused intervention **or** they have residual symptoms after a trauma-focused intervention.

Drug treatments for adults

Do not offer drug treatments (including benzodiazepines) to prevent PTSD in adults.

For adults **with a diagnosis of PTSD**, consider:

- Venlafaxine or a selective serotonin-reuptake inhibitor (e.g., sertraline) if the person has a preference for drug treatment. Review this treatment regularly
- Antipsychotics (e.g., risperidone) in addition to psychological therapies to manage disabling symptoms and behaviours (e.g., severe hyperarousal or psychotic symptoms) which have not responded to other drug or psychological treatments. Antipsychotic treatment should be started and reviewed regularly by a specialist.

Care for people with PTSD and complex needs

For people presenting with PTSD **and** depression, PTSD should usually be treated first because depression will often improve with successful PTSD treatment. However, depression should be treated first if it is severe enough to make psychological treatment of PTSD difficult, or if there is a risk of the person harming themselves or others.

Do not exclude people with PTSD from treatment based solely on comorbid drug or alcohol misuse.

For people with additional needs (including those with complex PTSD):

- Build in extra time to develop trust (e.g., increase duration/number of therapy sessions)
- Consider the safety and stability of their personal circumstances (e.g., housing), and how this might affect engagement and success of treatment
- Help them to manage barriers to engagement (e.g., substance misuse, dissociation, emotional dysregulation, interpersonal difficulties, negative self-perception)
- Plan ongoing support if needed (e.g., for residual PTSD symptoms or comorbidities).

© NICE (2018) All rights reserved. Subject to Notice of rights NICE guidance is prepared for the National Health Service in England <https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights>. All NICE guidance is subject to regular review and may be updated or withdrawn. NICE accepts no responsibility for the use of its content in this product/publication.

Link to NICE guidance

Post-traumatic stress disorder (NG116) December 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

Aviso legal

O BMJ Best Practice destina-se a profissionais da área médica licenciados. A BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) não defende nem apoia o uso de qualquer medicamento ou terapia contidos nesta publicação, nem diagnóstica pacientes. Como profissional da área médica, são de sua inteira responsabilidade a assistência e o tratamento dos seus pacientes, e você deve usar seu próprio julgamento clínico e sua experiência ao utilizar este produto.

Este documento não tem a pretensão de cobrir todos os métodos diagnósticos, tratamentos, acompanhamentos, medicamentos e contraindicações ou efeitos colaterais possíveis. Além disso, como os padrões e práticas na medicina mudam à medida que são disponibilizados novos dados, você deve consultar várias fontes. Recomendamos que você verifique de maneira independente os diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos específicos para verificar se são a opção adequada para seu paciente em sua região. Além disso, em relação aos medicamentos que exijam prescrição médica, você deve consultar a bula do produto, que acompanha cada medicamento, para verificar as condições de uso e identificar quaisquer alterações na posologia ou contraindicações, principalmente se o medicamento administrado for novo, usado com pouca frequência ou tiver uma faixa terapêutica estrita. Você deve sempre verificar se os medicamentos referenciados estão licenciados para o uso especificado e às doses especificadas na sua região.

As informações incluídas no BMJ Best Practice são fornecidas "na maneira em que se encontram", sem nenhuma declaração, condição ou garantia de serem precisas ou atualizadas. A BMJ, suas licenciadoras ou licenciadas não assumem nenhuma responsabilidade por nenhum aspecto do tratamento administrado a qualquer paciente com o auxílio dessas informações. Nos limites da lei, a BMJ e suas licenciadoras e licenciadas não deverão incorrer em qualquer responsabilização, incluindo, mas não limitada a, responsabilização por eventuais danos decorrentes do conteúdo. São excluídas todas as condições, garantias e outros termos que possam estar implícitos por lei, incluindo, entre outros, garantias de qualidade satisfatória, adequação a um fim específico, uso de assistência e habilidade razoáveis e não violação de direitos de propriedade.

Caso o BMJ Best Practice tenha sido traduzido a outro idioma diferente do inglês, a BMJ não garante a precisão e a confiabilidade das traduções ou do conteúdo fornecido por terceiros (incluindo, mas não limitado a, regulamentos locais, diretrizes clínicas, terminologia, nomes de medicamentos e dosagens de medicamentos). A BMJ não se responsabiliza por erros e omissões decorrentes das traduções e adaptações ou de outras ações. Quando o BMJ Best Practice apresenta nomes de medicamentos, usa apenas a Denominação Comum Internacional (DCI) recomendada. É possível que alguns formulários de medicamentos possam referir-se ao mesmo medicamento com nomes diferentes.

Observe que as formulações e doses recomendadas podem ser diferentes entre os bancos de dados de medicamentos, nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. Deve-se sempre consultar o formulário de medicamentos local para obter informações completas sobre a prescrição.

As recomendações de tratamento presentes no BMJ Best Practice são específicas para cada grupo de pacientes. Recomenda-se cautela ao selecionar o formulário de medicamento, pois algumas recomendações de tratamento destinam-se apenas a adultos, e os links externos para formulários pediátricos não necessariamente recomendam o uso em crianças (e vice-versa). Sempre verifique se você selecionou o formulário de medicamento correto para o seu paciente.

Quando sua versão do BMJ Best Practice não estiver integrada a um formulário de medicamento local, você deve consultar um banco de dados farmacêutico local para obter informações completas sobre o medicamento, incluindo as contraindicações, interações medicamentosas e dosagens alternativas antes de fazer a prescrição.

Interpretação dos números

Independentemente do idioma do conteúdo, os numerais são exibidos de acordo com o padrão de separador numérico do documento original em inglês. Por exemplo, os números de 4 dígitos não devem incluir vírgula ou ponto; os números de 5 ou mais dígitos devem incluir vírgulas; e os números menores que 1 devem incluir pontos decimais. Consulte a Figura 1 abaixo para ver uma tabela explicativa.

A BMJ não se responsabiliza pela interpretação incorreta de números que estejam em conformidade com o padrão de separador numérico mencionado.

Esta abordagem está alinhada com a orientação do [Bureau Internacional de Pesos e Medidas](#).

Figura 1 – Padrão numérico do BMJ Best Practice

numerais de 5 dígitos: 10,000

numerais de 4 dígitos: 1000

numerais < 1: 0.25

Nosso site completo e os termos e condições de inscrição podem ser encontrados aqui: [Termos e Condições do site](#).

Fale conosco

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Mathew Hoskins, MBBCh, MSc, MRCPsych

Consultant Psychiatrist

Cardiff and Vale University Health Board, Cardiff, Wales

Declarações: MH is Principal Investigator for a Phase 2 clinical trial of MDMA-assisted therapy in PTSD, sponsored by the Multidisciplinary Association of Psychedelic Studies; he has been reimbursed for training expenses. He is a co-founder of a medical cannabis private clinic in Wales and receives payment for consultations. MH is an author of references cited in this topic.

Catrin Lewis, BSc, PhD

Research Associate

National Centre for Mental Health, Institute of Psychological Medicine and Clinical Neurosciences, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, Wales

Declarações: CL is one of the originators of Spring, a digital guided self help programme for PTSD. CL is an author of references cited in this topic.

// Agradecimentos:

Dr Mathew Hoskins, and Dr Catrin Lewis would like to gratefully acknowledge Dr Stanley Zammit, Dr Neil P. Roberts, Dr Jonathan I. Bisson, and Dr Steve Wood, previous contributors to this topic.

// Pares revisores:

Mort Rubinstein, MD

Deputy Associate Chief of Staff

Mental Health, VA New York Harbor Healthcare System, Clinical Associate Professor, New York University School of Medicine, New York, NY

Declarações: MR declares that he has no competing interests.

Neil Greenberg, MD, MRCPsych

Surgeon Commander

Royal Navy, Defence Professor of Mental Health, Visiting Professor of Psychiatry, and Co-Director, Academic Centre for Defence Mental Health, King's College London, London, UK

Declarações: NG has been principal investigator on studies with research funding greater than 6 figures USD. NG is a director of a company providing early intervention training for traumatic stress (the company does not provide PTSD treatment services).