

  
**ruep**

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa  
v. 18, n. 53, out./dez. 2021  
ISSN 2318-2083 (eletrônico)

**ANA BEATRIZ PEREIRA CARDOSO**

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

**ANA ISABEL SOBRAL BELLEMO**

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em outubro de 2021.  
Aprovado em dezembro de 2021.*

## CONHECENDO O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT): UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### RESUMO

---

O estudo teve como objetivo identificar os sinais e sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) para promoção da educação em saúde. Trata-se de uma revisão narrativa, que utilizou como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS Brasil), com uso do descritor "Transtorno de estresse pós-traumático", adotando como filtros: texto completo disponível, base de dados nacionais, em língua portuguesa e recorte temporal da última década (2010-2019). Resultados: As repercussões negativas associadas ao transtorno incluem distúrbios alimentares, uso abusivo de álcool e drogas, risco aumentado de suicídio, comportamento sexual de risco, aumento da taxa de absenteísmo e solicitações de licenças médicas no emprego. Conclusão: Verificou-se a importância de estabelecer um diagnóstico precoce e preciso, a fim de direcionar o paciente à terapêutica adequada.

**Palavras-Chave:** transtorno de estresse pós-traumático; sofrimento psíquico; pós-trauma.

## GETTING TO KNOW POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD): A LITERATURE REVIEW

### ABSTRACT

---

The study aimed to identify the signs and symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) for the promotion of health education. This is a narrative review, which used as database the Virtual Health Library Brazil (BVS Brazil), using the descriptor "Post-traumatic stress disorder", adopting as filters: full text available, national databases, in Portuguese language, and time frame of the last decade (2010-2019). Results: The negative repercussions associated with the disorder include eating disorders, alcohol and drug abuse, increased risk of suicide, risky sexual behavior, increased absenteeism rate, and requests for medical leave from work. Conclusion: The importance of establishing an early and accurate diagnosis was verified in order to direct the patient to the appropriate therapy.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder; psychic suffering; post-trauma.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa

Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150  
Boqueirão - Santos - São Paulo  
11050-071

<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep>  
[revista.unilus@lusiada.br](mailto:revista.unilus@lusiada.br)

Fone: +55 (13) 3202-4100

## INTRODUÇÃO

Originalmente segundo Nórte (2015), o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) abrangia somente situações traumáticas extremas que fogiam do cotidiano, como os cenários de guerra. Todavia, o TEPT obteve uma extensa ampliação dos eventos considerados traumáticos pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), que podem ser observados na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), entre eles, desastres naturais, violência sexual, sequestro, acidentes automobilísticos, tortura, ataque terrorista, agressão física, assalto, testemunho de agressão violenta ou morte, perda de entes queridos e exposição indireta a suicídio ou lesão grave (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Estima-se que a probabilidade da população em geral de manifestar TEPT no decorrer da vida é em torno de 6,5% (XIMENES; OLIVEIRA; ASSIS, 2009), tendo em vista de que há certa divergência nos parâmetros entre homens e mulheres quanto à natureza dos eventos traumáticos a que foram expostos e quanto à probabilidade de desenvolver o transtorno. As mulheres, que possuem uma prevalência de TEPT mais alta ao longo da vida, cerca de 10 a 12%, do que os homens, cerca de 5 a 6%, também estão em maior proporção entre os indivíduos que vem a desenvolver o transtorno (SADOCK; SADOCK, 2008).

O TEPT não se manifesta apenas na população adulta, o distúrbio expressa alta incidência no público infanto-juvenil que, normalmente, apresenta maior vulnerabilidade mediante as situações traumáticas (DUTRA; KLUWE-SCHIAVON; GRASSI-OLIVEIRA, 2013). Segundo as estimativas relatadas por Cook-Cottone (2004), aproximadamente 25% das crianças irão vivenciar um fenômeno traumático até completar 16 anos, visto que uma parcela considerável dessas crianças apresentará sintomatologia de TEPT.

O TEPT é definido no DSM-V, como um conjunto de sinais e sintomas desenvolvidos pelo indivíduo após a experiência direta, testemunho pessoal, conhecimento, quando se tratar de familiares e amigos próximos, ou exposição de forma repetida e/ou extrema a detalhes aversivos, de um evento potencialmente traumático que envolva risco de morte, lesão grave ou ameaça à integridade física de si próprio ou de outros (Critério A). Manifestam-se sintomas intrusivos (Critério B), comportamento de esquiva (Critério C), alterações negativas na cognição e no humor (Critério D) e excitabilidade aumentada (Critério E), visto que o quadro sintomático deve permanecer por mais de um mês (Critério F), ocasionando prejuízos clinicamente significativos nos diversos âmbitos da vida do indivíduo (Critério G), e não pode resultar dos efeitos de alguma substância química ou ser fruto de outra enfermidade (Critério H) (GALVÃO-COELHO; SILVA; SOUSA, 2015; REIS; CARVALHO, 2016; SBARDELLOTO et al., 2011).

Os sintomas intrusivos se caracterizam por lembranças aflitivas, recorrentes e involuntárias relacionadas ao evento traumático, assim como sonhos, pesadelos e flashbacks, no qual o indivíduo sente como se o evento estivesse ocorrendo novamente, além de apresentar sofrimento psíquico intenso e respostas fisiológicas sob estímulos com aspectos semelhantes ao trauma. O comportamento de esquiva compreende os esforços realizados na tentativa de evitar lembranças, pensamentos, sentimentos, ações, pessoas ou lugares que despertem no indivíduo a memória do evento traumático. As alterações negativas na cognição e no humor estão associadas à crenças negativas e persistentes a respeito de si mesmo e do mundo; ao sentimento de culpa, vergonha, raiva ou medo, provenientes de um condição emocional negativa; à redução significativa no interesse e na participação de atividades anteriormente satisfatórias; à incapacidade de vivenciar emoções positivas como felicidade ou afeto; e, à sintomas dissociativos como a incapacidade de evocar aspectos relevantes relacionados ao trauma e a sensação de distanciamento em relação aos outros. E por fim, o aumento da excitabilidade contempla manifestações de hipervigilância, comportamento agressivo, dificuldades de concentração, reflexo de sobressalto excessivo e desordens do sono (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

De acordo com Borges et al. (2010), as crianças e os adolescentes são mais susceptíveis que os adultos a desenvolver TEPT mediante exposição a um evento estressor traumático, em virtude de sua imaturidade cognitiva e psicológica. A vivência de um trauma logo nos primeiros anos de vida traz diversas consequências negativas, afetando o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social dessa criança, visto que muitos desses efeitos se prolongam até a vida adulta (DUTRA; KLUWE-SCHIAVON; GRASSI-OLIVEIRA, 2013).

Para Schaefer et al. (2016), um dos principais prejuízos do TEPT para o público infanto-juvenil, é o aumento da vulnerabilidade para as situações traumáticas futuras. Os indivíduos que vivenciaram traumas nos primeiros anos de vida possuem uma probabilidade cinco vezes maior de desenvolver TEPT na fase adulta frente a um evento traumático subsequente, quando comparados aos indivíduos sem antecedentes de trauma na infância.

O tipo de trauma vivenciado por uma criança pode influenciar na sintomatologia apresentada por ela posteriormente. Crianças que experienciaram eventos únicos, denominados Tipo I, apresentam lembranças íntegras e precisas do fenômeno, buscam esclarecimentos sobre o ocorrido e relatam percepções distorcidas dos acontecimentos. As crianças que experienciaram eventos crônicos ou múltiplos, denominados Tipo II, manifestam sintomas de entorpecimento psíquico, evitando lembranças ou contato com pessoas, objetos e lugares relacionados ao trauma, sintomas dissociativos, raiva e irritabilidade. E dependendo do evento traumático vivenciado, pode ocorrer a junção dos Tipos I e II, caracterizado pela manifestação de sintomas relacionados ao sofrimento psíquico e ao comportamento regressivo (BORGES et al., 2010).

O quadro sintomático apresentado também pode variar conforme a etapa do desenvolvimento na qual a criança se encontra; as crianças pequenas, por exemplo, tendem a manifestar um comportamento mais agressivo e agitado após o fenômeno traumático, contudo, os adolescentes, manifestam reações mais semelhantes aos adultos, incluindo a revivência, o entorpecimento psíquico, sintomas dissociativos e o comportamento de esquiva (HABIGZANG et al., 2010).

Quadro I - Sintomas de TEPT de acordo com a etapa de desenvolvimento infantil.

Idade	Sintomas
<b>Crianças pré-escolares (menores de 6 anos de idade)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reencenação do trauma através de brincadeiras repetitivas e desenhos;</li> <li>• Comportamentos regressivos como enurese e medo de dormir só;</li> <li>• Ansiedade de separação;</li> <li>• Queixas psicossomáticas como dores de cabeça, dor no estômago e dor abdominal;</li> <li>• Hiperatividade;</li> <li>• Impulsividade;</li> <li>• Falta de concentração;</li> <li>• Medo do escuro;</li> <li>• Pesadelos;</li> <li>• Medo de monstros;</li> <li>• Dificuldade para dormir.</li> </ul>
<b>Crianças em idade escolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reencenação do trauma através de brincadeiras repetitivas, histórias e desenhos, podendo incluir até mesmo a escrita;</li> <li>• Comportamentos regressivos;</li> <li>• Queixas psicossomáticas;</li> <li>• Prejuízos no desempenho escolar;</li> <li>• Distúrbios do sono;</li> <li>• Sentimento de futuro abreviado (sentimento de que não será possível chegar à idade adulta);</li> <li>• Presságio catastrófico (a crianças creem que são capazes de prever futuros desastres);</li> <li>• Falta de concentração;</li> <li>• Irritabilidade;</li> <li>• Sensação de estar só;</li> <li>• Perda do interesse em atividades habituais;</li> <li>• Comportamento agressivo;</li> <li>• Pesadelos sem conteúdo específico;</li> <li>• Fantasias de intervenção ou vingança.</li> </ul>
<b>Adolescentes</b>	<p>Os adolescentes apresentam reações mais semelhantes aos adultos, no entanto podem manifestar sintomas mais específicos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimentos de futuro abreviado;</li> <li>• Prejuízos no desempenho escolar;</li> <li>• Dificuldade em expressar emoções e sentimentos;</li> <li>• Perda do interesse em atividades habituais;</li> <li>• Sintomas de depressão;</li> <li>• Abuso de substâncias;</li> <li>• Comportamento agressivo;</li> <li>• Irritabilidade;</li> <li>• Delinquência;</li> <li>• Fantasias de raiva ou vingança, com risco para atos impulsivos;</li> <li>• Comportamento sexual compulsivo;</li> <li>• Comportamento imprudente.</li> </ul>

Fonte: adaptado de BORGES et al., 2010; SADOCK; SADOCK, 2008; XIMENES, 2011.

Nórte (2015) afirma que a maioria dos indivíduos submetidos a situações traumáticas não manifestam o transtorno e, mesmo para aqueles que o desenvolvem, ou seja, indivíduos que sustentaram seus sintomas por um período superior a um mês, o comum é a remissão espontânea da sintomatologia nos primeiros meses posteriores ao trauma. Desse modo, o TEPT pode ser assimilado como uma falha nos mecanismos naturais de reabilitação e uma sustentação crônica dos sintomas após uma experiência traumática, que dificulta o restabelecimento físico e mental do indivíduo afetado. Contudo, Ximenes (2011) relata que os sintomas de TEPT infantil, geralmente, não regridem espontaneamente, submetendo as vítimas ao sofrimento psíquico por um longo período transcorrido após o evento traumático.

Observa-se elevado índice de comorbidades entre o TEPT e outros transtornos psiquiátricos, relacionado, principalmente, a transtornos de humor, ansiedade e abuso de substâncias (HATZENBERGER et al., 2010). Os indivíduos com TEPT são 80% mais propensos a manifestar sintomas que preenchem os critérios diagnósticos de pelo menos algum outro distúrbio mental, do que aqueles indivíduos que não apresentam o transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Margis (2003) menciona que a explicação para a alta taxa de comorbidades entre o TEPT e outros transtornos mentais, está fundamentada em diversos motivos, dentre eles, a presença de um histórico prévio de doenças mentais, que pode aumentar a probabilidade

para o desenvolvimento de TEPT; e o contexto do próprio transtorno ser um fator de risco para a ocorrência de outras desordens.

Ainda de acordo com o autor, um achado muito frequente em pacientes com TEPT é a somatização. Esses pacientes possuem um risco mais elevado do que os outros indivíduos sem o transtorno, de desenvolver patologias clínicas, principalmente, anormalidades na função cardiovascular, desregulação no sistema endócrino e imunossupressão, além de apresentarem maior probabilidade de desenvolver comportamentos de risco, tal como o uso de drogas. O TEPT também consiste no transtorno de ansiedade mais prevalentemente associado ao risco de suicídio, na medida que indivíduos com TEPT tentam até seis vezes mais suicídio do que indivíduos normais.

Indivíduos que possuem outros transtornos comórbidos ao TEPT, constituem um grande desafio em termos de diagnóstico e tratamento. É evidente que a associação entre psicopatologias é suficiente para alterar a expressão, o curso e o prognóstico dos transtornos em questão, além de implicar em obstáculos para a determinação de um tratamento apropriado, o que denota na importância de uma análise cautelosa dos sintomas apresentados pelo paciente. Schaefer, Lobo e Kristensen (2012a) relatam que os pacientes com comorbidades exibem piora da sintomatologia a longo prazo, com sintomas de TEPT mais severos, agravo no funcionamento psíquico, além de maior necessidade de atenção terapêutica do que os indivíduos diagnosticados apenas com TEPT.

A avaliação do indivíduo pós experiência traumática possui dois objetivos fundamentais: o diagnóstico precoce de transtornos mentais e, a partir de sua constatação, a assistência terapêutica adequada. De acordo com Sbardelloto et al. (2012), como o TEPT apresenta elevada comorbidade com outros transtornos, além de precoce, é essencial que o diagnóstico seja constatado corretamente para que futuras desordens psicológicas possam ser evitadas.

Uma perturbação semelhante ao TEPT é descrita na revisão do texto da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), denominada Transtorno de Estresse Agudo (TEA). O TEPT e o TEA diferem-se basicamente devido ao período de manifestação sintomática após o evento traumático, visto que o TEPT se caracteriza por um período sintomático superior a um mês, e o TEA, por sua vez, caracteriza-se pela ocorrência de um quadro sintomático que dure de 2 dias a 4 semanas, com remissão dos sintomas em até um mês (SADOCK; SADOCK, 2008).

Além disso, tanto Forbes et al. (2007) quanto Dalgleish et al. (2008) relatam que o TEA possui certa ênfase nos sintomas dissociativos, como despersonalização, desrealização e amnésia dissociativa. A despersonalização é um sentimento de distanciamento de si mesmo, como se o indivíduo fosse espectador da própria vida; a desrealização é uma percepção distorcida do ambiente ao seu redor, como se o indivíduo estivesse desconectado do ambiente e possuísse a percepção de que os eventos transcorridos estão em câmera lenta; e a amnésia dissociativa refere-se à incapacidade de relembrar alguns aspectos relevantes do trauma (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os métodos utilizados no tratamento do TEPT têm por finalidade compreender a psicopatologia do paciente, propiciar a remissão dos sintomas a fim de reduzir o sofrimento psíquico, reorganizar a memória traumática e viabilizar a reestruturação cognitiva de crenças negativas sobre o self e sobre o mundo (MELLO et al., 2011). Conforme Romani-Sponchiado, Silva e Kristensen (2013), a adoção de intervenções ainda no primeiro mês após a exposição traumática, é eficaz tanto para prevenir o estabelecimento de TEPT quanto para minimizar o quadro sintomático do paciente. Os autores relatam ainda que, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), destaca-se entre os métodos preventivos empregados no tratamento de TEA, especialmente a técnica de terapia de exposição, evitando que o quadro evolua para TEPT e que os sintomas se agravem.

A terapia de exposição é uma técnica primordial utilizada basicamente em todas as abordagens psicoterápicas eficazes no tratamento de TEPT. Trata-se de uma reexposição à memória traumática, em um ambiente seguro, por meio de estratégias distintas, podendo ser de exposição imaginária, exposição real ou exposição prolongada, visando dessensibilizar o indivíduo à estímulos associados ao trauma e reduzir a resposta de ansiedade vinculada a este (BRUNET et al., 2014). Observa-se que a exposição contribui até mesmo para a redução dos sintomas de evitação mediante o confronto de estímulos ansiogênicos, como recordações e pensamentos que despertem o medo e o comportamento típico de esquiva (ROMANI-SPONCHIADO; SILVA; KRISTENSEN, 2013).

Concomitante ao processo da terapia de exposição, ocorre a reestruturação cognitiva, uma abordagem que auxilia na organização da memória traumática, conferindo novos significados à experiência aversiva (BRUNET et al., 2014) e, modificando algumas concepções distorcidas sobre o self e sobre mundo, que estão relacionadas de modo de direto com a sustentação do transtorno (SBARDELLOTO et al., 2012).

Os antidepressivos, em especial os antidepressivos tricíclicos e os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs), além de fármacos com efeito sedativo como os ansiolíticos benzodiazepínicos, são os principais medicamentos envolvidos na terapia farmacológica dos pacientes com o transtorno (SOARES; LIMA, 2003). Os antipsicóticos também podem ser utilizados em alguns esquemas terapêuticos, contudo, em baixa dosagem e, somente para o controle a curto prazo de agressão e agitação graves (SADOCK; SADOCK, 2008).

Enquanto a hospitalização, por sua vez, é necessária apenas para pacientes com sintomatologia grave, ou quando há risco de suicídio ou de outra forma de violência para o próprio paciente e para aqueles que estão ao seu redor (SADOCK; SADOCK, 2008).

Além do TEPT, um evento estressor traumático pode trazer diversas consequências negativas para a vida das vítimas. Entre elas, destacam-se: baixa autoestima, depressão, somatização (WALDINGER et al., 2006), ansiedade, pânico, fobias, dissociação (BROWN; SCHRAG; TRIMBLE, 2005), abuso de substâncias, compulsão sexual, suicídio e autoagressão (BRADLEY; JENEI; WESTEN, 2005).

Por conseguinte, ressalta-se a importância deste estudo como instrumento de contribuição para promoção de conhecimento sobre o TEPT visando a conscientização da população em relação as principais características do transtorno, visto que o reconhecimento prévio da sintomatologia auxilia na busca por ajuda profissional e, como material de apoio colaborando com pesquisas futuras para o aperfeiçoamento de métodos diagnósticos e intervenções terapêuticas. Desse modo, o estudo tem como objetivo identificar os sinais e sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático para promoção da educação em saúde.

## METODOLOGIA

O tipo de estudo designado para o desenvolvimento da pesquisa em pauta, consiste em uma revisão bibliográfica narrativa. Para a realização da pesquisa, utilizou-se como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS Brasil), com uso do descritor “Transtorno de estresse pós-traumático”, adotando como filtros: texto completo disponível, base de dados nacionais, em língua portuguesa e recorte temporal da última década (2010-2019), resultando em 42 artigos disponíveis, que podem ser verificados através do esquema de buscas “transtorno de estresse pós-traumático AND (collection:(“06-national/BR” OR “05-specialized”) OR db:(“LILACS” OR “MEDLINE”)) AND ( fulltext:(“1”) AND collection:(“06-national”) AND la:(“pt”) AND year\_cluster:(“2012” OR “2013” OR “2010” OR “2011” OR “2014” OR “2015” OR “2016”))”. No entanto, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão estipulados a seguir, apenas 12 artigos puderam ser aproveitados para dar prosseguimento no projeto.

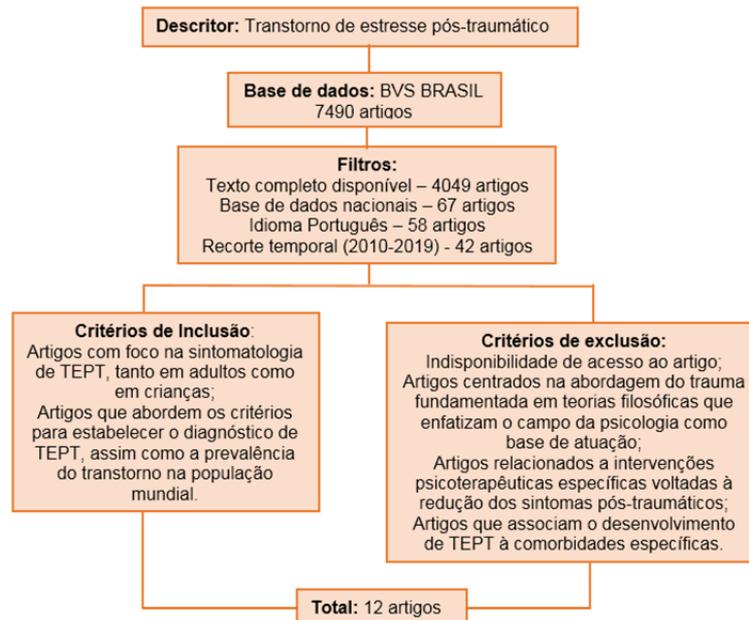
Os critérios de inclusão determinados foram: artigos com foco na sintomatologia do TEPT, tanto em adultos como em crianças; e artigos que abordem os

critérios para estabelecer o diagnóstico de TEPT, assim como a prevalência do transtorno na população mundial. E como critérios de exclusão: indisponibilidade de acesso ao artigo; artigos centrados na abordagem do trauma fundamentada em teorias filosóficas que enfatizam o campo da psicologia como base de atuação; artigos relacionados a intervenções psicoterapêuticas específicas voltadas à redução dos sintomas pós-traumáticos; e artigos que associam o desenvolvimento de TEPT à comorbidades específicas.

Os artigos selecionados foram lidos, separados e analisados manualmente, seguindo os critérios previamente determinados no método. A posteriori, serão apresentados em forma de tabela e discutidos com a literatura.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura I - Fluxograma demonstrativo da metodologia aplicada e resultados obtidos.



Fonte: Autoria própria (2020).

Quadro II - Descrição dos artigos selecionados, segundo título, autor, ano e resultados.

Nº	TÍTULO	AUTOR /ANO	RESULTADOS
1	Caracterização dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual.	HABIGZANG et al, 2010.	Comparando os dados referentes à sintomatologia de TEPT em meninas vítimas de abuso sexual mediante a utilização de dois instrumentos avaliativos distintos, uma versão adaptada da entrevista clínica DSM IV/SCID composta por um total de 16 itens no estudo I e, a versão brasileira da K-SADS-PL constituída por 20 itens no estudo II, observou-se alta prevalência de TEPT em ambos os estudos, em torno de 70%, mesmo com a presença de diferenças específicas em relação aos critérios de TEPT, visto que os critérios B (revivência) e C (esquiva e entorpecimento) obtiveram média superior no estudo I, enquanto o critério D (excitabilidade aumentada) obteve média superior no estudo II; além de pequenas distinções na estrutura e na forma de aplicação dos instrumentos.
2	Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) na infância e na adolescência: prevalência, diagnóstico e avaliação.	BORGES et al., 2010.	Analisando os critérios diagnósticos empregados para avaliação de TEPT infanto-juvenil, observa-se que os critérios exigidos pelo DSM-IV são consideravelmente limitados, dado a heterogeneidade dos sintomas apresentados por crianças e adolescentes, especialmente crianças menores. Em contrapartida, o Modelo Alternativo de Scheeringa, possui maior especificidade ao público infanto-juvenil, principalmente para crianças menores de 48 meses, ainda, que em processo de validação. Baseado nos critérios do DSM-IV, o modelo alternativo, estabelece como parâmetro, observações comportamentais da criança, sobretudo em relação às funções cognitivas. Scheeringa também sugere a introdução da observação comportamental e a entrevista clínica com pessoas fora do contexto familiar como parte dos procedimentos da avaliação de TEPT infanto-juvenil, juntamente com entrevista clínica realizada com os pais e a aplicação de instrumentos avaliativos, dentre os mais utilizados, o CPTSD-RI e o SADSPL/TEPT.
3	Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo	HATZENBERGER et al., 2010.	Mediante a avaliação de 17 mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo, a partir de instrumentos específicos de testagem neuropsicológica, bem como da entrevista clínica com as participantes, observou-se que, todas as mulheres preencheram critérios para o diagnóstico de TEPT, apresentando elevada sintomatologia pós-traumática que comprovasse a magnitude do transtorno decorrente da violência pelo parceiro íntimo. Ademais, foram constatados sintomas significativos de ansiedade e depressão, assim como déficits cognitivos específicos, na atenção, memória e nas funções executivas.

Nº	TÍTULO	AUTOR /ANO	RESULTADOS
4	<b>Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência.</b>	SBARDELLOTO et al., 2011.	Revisão crítica da literatura acerca da evolução dos critérios diagnósticos do TEPT ao longo das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), desde o reconhecimento do TEPT como um diagnóstico válido, ao ser introduzido no DSM-III, em 1980, até a concepção atual proposta pelo DSM-V, a fim de compreender as particularidades do transtorno determinadas pelo contexto histórico e social de períodos distintos, que influenciaram tanto na natureza dos traumas mais frequentemente experienciados, quanto na taxa de prevalência no decorrer da reformulação dos critérios diagnósticos, gerando repercussões significativas nos estudos epidemiológicos.
5	<b>Reações pós-traumáticas em adultos: como, por que e quais aspectos avaliar?</b>	SCHAEFER; LOBO; KRISTENSEN, 2012a.	A avaliação clínica das reações de um adulto exposto a uma determinada situação traumática, deve ser englobar alguns aspectos fundamentais para que o profissional possa atuar na prevenção, identificando fatores de risco, ou na detecção precoce associada ao planejamento de uma intervenção adequada. Essa avaliação deve ser realizada através de entrevistas estruturadas e instrumentos psicométricos, considerando fatores de risco, entre eles, os fatores pré-traumáticos, como histórico prévio de transtornos mentais, histórico familiar psiquiátrico, condições socioeconômicas e capacidade cognitiva; os fatores peritraumáticos, que estão relacionados ao tipo, a intensidade e a duração do trauma; e os fatores pós-traumáticos, como a percepção de sistemas de suporte emocional, estratégias de coping e o nível stress vivenciado no dia-a-dia; além dos sintomas pós-traumáticos apresentados, divididos em três grupos principais, revivência traumática, entorpecimento emocional e excitabilidade aumentada; e da existência de outros transtornos psiquiátricos associados, que podem contribuir para o desenvolvimento de TEPT.
6	<b>Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: Implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas.</b>	SCHAEFER; LOBO; KRISTENSEN, 2012b.	Profissionais da área da saúde, bombeiros, policiais e bancários, são os indivíduos mais frequentemente afetados pelo desenvolvimento de TEPT decorrente de acidente de trabalho, uma vez que estão expostos a diversos eventos potencialmente traumáticos, como incêndios, assaltos e agressões físicas e/ou verbais, que podem impactar sua saúde física e mental. Os danos se estendem desde implicações psicológicas, como alterações do humor, alterações do sono, abuso de substâncias psicoativas e risco elevado de suicídio; até implicações socioeconômicas e jurídicas, que estão relacionadas à repercussão do trauma psíquico nas atividades ocupacionais, como padrão de ausências, concessão de licenças para a realização de tratamentos, ou até mesmo a antecipação da aposentadoria, mas também se referem a garantia dos direitos previdenciários e trabalhistas do indivíduo, quando a relação entre a instalação da doença e o trabalho exercido é comprovada, o que no contexto dos traumas psíquicos é difícil de ser estabelecido, em virtude da ausência de uma lesão física evidente para mensurar o dano causado ao trabalhador.

Nº	TÍTULO	AUTOR /ANO	RESULTADOS
7	<b>Conceito e diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático em crianças.</b>	DUTRA; KLUWE-SCHIAVON; GRASSI-OLIVEIRA, 2013.	De acordo com Scheeringa e seus colaboradores, a baixa prevalência de TEPT em crianças expostas a traumas severos, estava associada à imaturidade cognitiva infantil e à baixa sensibilidade dos critérios diagnósticos. Desse modo, em 1995, os autores propuseram alterações acerca da inserção de aspectos relacionados ao comportamento e ao desenvolvimento infantil nos critérios diagnósticos de TEPT. Constatou-se que o modelo proposto para o DSM-5 mantém uma porção considerável das sugestões apontadas pelos autores, entre elas, a introdução da reencenação do evento traumático por meio de jogos e brincadeiras repetitivas como parte do critério de revivência (B), a inclusão de alterações do afeto como um dos critérios (D), e a exclusão do critério A2 referente à necessidade de vivenciar intenso medo ou horror durante o trauma, em virtude da imaturidade da criança em relação à compreensão da experiência traumática. À vista disso, o DSM-V apresenta uma avaliação mais precisa no tocante as manifestações clínicas do TEPT infantil se comparado ao DSM-IV-TR.
8	<b>Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e na adolescência e sua relação com a violência familiar.</b>	CUNHA; BORGES, 2013.	Verifica-se que crianças e adolescentes expostos a situações traumáticas recorrentes, apresentam maior probabilidade de desenvolver o quadro sintomático de TEPT. No contexto da violência familiar, destaca-se com maior frequência a violência física, abrangendo a faixa etária de 1 e 19 anos, sendo que os pais, pai e/ou padrasto e mãe e/ou madrasta, são considerados os principais infratores. No abuso sexual, as vítimas tendem a manifestar maior índice de somatização do que as demais acometidas por outro tipo de violência, referindo sintomas de tontura, dor no peito, tremor, taquicardia e sudorese. Além da somatização, as vítimas apresentam sintomas pós-traumáticos, preenchendo critérios diagnósticos para o TEPT, baixa-autoestima, retraimento social, comportamento regressivo, sintomas de ansiedade e depressão, e comportamento sexual inapropriado. Geralmente, crianças e adolescentes diagnosticados com TEPT, estão propensos a desenvolver outros transtornos psiquiátricos associados, visto que as comorbidades mais citadas são Transtornos de Humor, Transtornos de Ansiedade e Transtorno de Déficit de Atenção.
9	<b>Violência comunitária e transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes.</b>	XIMENES et al., 2013.	Os resultados mostram uma alta incidência de exposição a violência comunitária entre os participantes, crianças e adolescentes das escolas municipais de São Gonçalo (RJ), visto que 86,2% vivenciaram pelo menos uma de suas formas, entre as mais citadas: a convivência com tiros ouvidos na comunidade, a proximidade com bandidos, a observação do corpo de pessoas mortas e o testemunho de pessoas serem presas e espancadas no local em que moram. Verificou-se que a prevalência de TEPT nos participantes foi de 9,5%, sendo maior nas meninas (12,6%) do que nos meninos (6,5%), e que as crianças menores de 10 anos têm duas vezes mais chances de desenvolver o transtorno, posto que quanto maior a exposição à violência comunitária, maiores as chances de surgimento de sintomas de TEPT (12%).

Nº	TÍTULO	AUTOR /ANO	RESULTADOS
10	Estresse pós-traumático: o impacto psíquico das complicações pós-operatórias.	PRADO; RODRIGUES, 2014.	Constatou-se que os seis pesquisados apresentaram sintomas de TEPT em pelo menos uma das etapas avaliativas, respondendo aos critérios diagnósticos estabelecidos para considerar que a vivência de intercorrências pós-operatória pode desencadear o transtorno. Os critérios que obtiveram maior incidência entre os pesquisados foram os critérios B (revivência), principalmente, em relação as memórias recorrentes e intrusivas, e ao sentimento de aflição quanto à exposição à situações relacionadas ao trauma; e D (excitabilidade aumentada), quanto aos sintomas de hipervigilância e se assustar com facilidade.
11	Resposta ao estresse: II. Resiliência e vulnerabilidade.	GALVÃO-COELHO; SILVA; SOUSA, 2015.	Os fenótipos de vulnerabilidade e resiliência, são modulados, em parte, por fatores ambientais como a intensidade e a natureza do evento traumático e a presença ou ausência de suporte social, e em parte por fatores intrínsecos, como o temperamento (estratégia de enfrentamento), o sexo e os mecanismos genéticos desse indivíduo. Enquanto na resiliência, manifestam-se respostas adaptativas frente às adversidades; na vulnerabilidade, os indivíduos ativam os sistemas alostáticos de forma inadequada, desencadeando alterações no eixo Hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), no Sistema Nervoso Autônomo (SNA) e no sistema imunológico. Uma vez que o estresse crônico está associado ao desenvolvimento de desordens mentais, pacientes portadores de TEPT apresentam reatividade fisiológica e comportamental alterada ao estresse, manifestando hiperresponsividade do eixo HPA, hipocortisolemia basal, hiperativação simpática e concentrações elevadas de citocinas pró-inflamatórias.
12	Reações pós-traumáticas em crianças: como, por que e quais aspectos avalia?	SCHAEFER et al., 2016.	Crianças e adolescentes apresentam reações pós-traumáticas distintas aos adultos, conforme o estágio desenvolvimental em que se encontram. Crianças em idade escolar manifestam brincadeiras repetitivas relacionadas ao trauma, dificuldade de concentração, irritabilidade e pesadelos, ao passo que adolescentes manifestam depressão, sensação de futuro abreviado e comportamento de risco. Vivenciar um evento traumático na infância, resulta em consequências a longo prazo que vão desde abuso de álcool e drogas, até risco de suicídio e vulnerabilidade aumentada para desordens mentais. Além dos aspectos genéticos e ambientais que modulam as respostas de vulnerabilidade e resiliência ao estresse, existem fatores de risco, pré, peri e pós traumáticos, que aumentam a susceptibilidade do indivíduo ao TEPT. Na avaliação clínica do TEPT infanto-juvenil, é imprescindível a realização de uma abordagem multidimensional, com base nas entrevistas dos pais e da criança, separadamente, viabilizando a coleta de informações referentes ao desenvolvimento infantil e ao evento traumático, e na aplicação de instrumentos avaliativos específicos de sintomas pós-traumático, manifestações de ansiedade e depressão, cognições disfuncionais, estratégias de coping e apoio social.

Fonte: Autoria própria (2020).

Os artigos selecionados pela busca do estudo apontaram uma divergência com relação a prevalência de TEPT em gêneros, porém vale ressaltar a realidade apresentada nos estudos. Artigos de autores como Habigzang et al. (2010), Sbardelloto et al. (2011)

e Ximenes et al. (2013) evidenciaram maior prevalência de TEPT no sexo feminino, justificando que as mulheres pelo maior risco de exposição a situações potencialmente traumáticas, tem maior probabilidade de desenvolver o transtorno frente a eventos estressores ao longo da vida. O que também foi encontrado na segunda edição do Manual Conciso de Psiquiatria Clínica de Sadock e Sadock (2008), que descrevem não somente essa maior prevalência no sexo feminino bem como, uma maior proporção entre os indivíduos que vem a desenvolver o transtorno, alertando também para a influência da natureza do evento traumático como fator importante nesses índices. Contudo, a divergência surge no artigo dos autores Cunha e Borges (2013), que trazem em especial uma região do Afeganistão onde foi demonstrado maior prevalência do transtorno no sexo masculino, visto que os meninos eram expostos à violência familiar física e psicológica e presenciavam espancamentos e corpos massacrados pela cidade, enquanto as meninas ficavam enclausuradas em casa devido a limitação cultural imposta, acabando por não sofrer tanta exposição como os meninos. Tal discordância traz a reflexão sobre o cenário em particular exposto nesse estudo, por se tratar de uma região peculiarmente atormentada por conflitos culturais e em situação de guerra. Em regiões com circunstâncias semelhantes, ou seja, territórios que expõe as pessoas continuamente à conflitos sociais e políticos, a literatura ainda aponta uma alta incidência do diagnóstico de TEPT, apresentando, inclusive, comorbidade com outros transtornos, como, por exemplo, transtornos de ansiedade entre as crianças (BORGES et al., 2010).

Os estudos ainda evidenciam mudanças na categorização da sintomatologia do TEPT entre a 4ª e a 5ª edição DSM. Mudanças essas que envolvem a inclusão de alterações negativas na cognição e humor, e a reencenação do evento traumático através de jogos e brincadeiras repetitivas, como parte do critério de revivência no público infanto-juvenil, considerada diante do contexto de susceptibilidade da população infantil frente ao TEPT (SBARDELLOTO et al., 2011; DUTRA; KLUWE-SCHIAVON; GRASSI-OLIVEIRA, 2013; REIS; CARVALHO, 2016).

A reformulação dos critérios diagnósticos fundamentou-se na proposição de Scheeringa et al. (2011), que apontam a imaturidade cognitiva e psicológica da criança e a baixa sensibilidade dos critérios diagnósticos, como fatores significativos para a baixa prevalência do TEPT infantil. Além das modificações nos critérios diagnósticos, para que se tornassem mais sensíveis e apropriados ao público infanto-juvenil, Dutra, Kluwe-Schiavon e Grassi-Oliveira (2013) e Borges et al. (2010) sugerem a inserção da observação comportamental da criança à avaliação clínica de sintomas pós-traumáticos, em conjunto com a entrevista clínica realizada, separadamente, com os pais e a criança, e a aplicação de instrumentos avaliativos específicos.

Ainda assim, analisando os estudos de Habigzang et al. (2010) e Prado e Rodrigues (2014), constatou-se que os sintomas de revivência e os sintomas relacionados a excitabilidade aumentada, sobressaíram-se dentre as demais manifestações provocadas pelo transtorno. Sadock e Sadock (2008) associam ao quadro sintomatológico do TEPT alterações no sistema noradrenérgico, baixas concentrações de cortisol no plasma e na urina, hiper-regulação do eixo HPA e redução do volume hipocampal, corroborando com os estudos de Galvão-Coelho, Silva e Sousa (2015), que correlacionam as alterações neuroendócrinas à sintomatologia referida pelo paciente. Tais manifestações, como hipervigilância, reatividade exagerada da frequência cardíaca, elevação da pressão arterial e tremor, correspondem ao fenômeno de somatização.

Margis (2003) menciona que a somatização é um achado demasiadamente comum em pacientes com TEPT, visto que em seu estudo consistindo 99 mulheres, 90% com histórico de somatização, relataram alguma forma de abuso na infância. Esse estudo é reforçado por Cunha e Borges (2013) que afirmam que as crianças, principalmente aquelas que sofreram abuso sexual, tendem a apresentar maior índice de somatização, como tontura, dor no peito, tremor, taquicardia e sudorese.

Outro ponto de relevância a ser mencionado nessa discussão vai além da somatização, os autores apontam outras comorbidades associadas ao TEPT na infância,

destacando-se entre elas, Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade e Transtorno de Déficit de Atenção. Comparado aos infantes, os transtornos comórbidos mais evidentes entre os adultos são, Transtornos do Humor, predominantemente a depressão, Transtornos de Ansiedade e abuso de substâncias (HATZENBERGER et al., 2010; SCHAEFER; LOBO; KRISTENSEN, 2012a), que leva a reflexão sobre o prejuízo na qualidade de vida desses pacientes, bem como os impactos associados ao TEPT, a médio e longo prazo, que podem repercutir significativamente na vida social e ocupacional do indivíduo, descritos por Cunha e Borges (2013) como baixa-autoestima, alterações no ciclo do sono, distúrbios alimentares, problemas de relacionamento e confiança e dificuldades na concentração. Schaefer, Lobo e Kristensen (2012a; 2012b) agregam à lista o uso abusivo de álcool e drogas, risco aumentado de suicídio, comportamento sexual de risco, retraimento social, agressividade, aumento da taxa de absenteísmo e solicitações de licenças médicas no emprego, aposentadoria adiantada e aumento dos gastos para o sistema de saúde.

A dissemelhança entre crianças e adultos não se dá apenas nas comorbidades e nos critérios diagnósticos, mas também nas reações pós-traumáticas, relatadas pelos autores Schaefer et al. (2016) e Habigzang et al. (2010) e pormenorizadas na literatura. De acordo com os autores, as manifestações divergem de acordo com a faixa-etária do público em questão, crianças pré-escolas tendem a apresentar retrocesso no desenvolvimento, hiperatividade e ansiedade; crianças escolares podem manifestar dificuldade de concentração, comportamento agressivo e novos medos específicos; enquanto adolescentes tendem a manifestar reações semelhantes aos adultos, incluindo sentimento de futuro abreviado, sintomas depressivos e comportamentos de risco.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo, foi possível não somente identificar as principais características do TEPT e suas inúmeras repercussões negativas, a médio e longo prazo, mas perceber a dinâmica que envolve tal sofrimento diante das circunstâncias a qual somos todos expostos no dia a dia desse “modus operandi” de vida do homem contemporâneo, que tem vivido uma busca desenfreada pela competitividade em praticamente todos os setores de sua vida. Foi possível ainda, compreender a importância de se estabelecer um diagnóstico precoce e preciso, considerando não somente as características do sofrimento, mas também a susceptibilidade de exposição aos eventos traumáticos e os aspectos desses eventos. Direcionando assim, o paciente à terapêutica adequada, de modo a proporcionar a remissão dos sintomas pós-traumáticos e minimizar seu sofrimento psíquico.

O estudo também remete ao entendimento da divergência nas manifestações pós-traumáticas entre adultos e crianças, o que leva a reflexão sobre a violência urbana e os perigos do estilo de vida da sociedade moderna aos quais as crianças e os adolescentes são expostos, constatando-se a importância de critérios diagnósticos mais sensíveis ao público infante-juvenil. Embora seja um requisito que já vem sendo avaliado ao longo dos anos durante as reformulações DSM, em vista da criação de critérios específicos para crianças com idade igual ou menor que 6 anos, como a reencenação do evento traumático através de brincadeiras. O estudo aponta ainda, a necessidade de se levar em consideração os aspectos comportamentais durante a avaliação clínica, bem como uma atenção diferenciada a tal clientela.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014. p. 271-280.

BORGES, J. L. et al. Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) na infância e na adolescência: prevalência, diagnóstico e avaliação. *Avaliação Psicológica*, Porto Alegre, v. 9, n. 1, abr./2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712010000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000100010)>. Acesso em: 22 jul. 2019.

BRADLEY, R.; JENEI, J.; WESTEN, D. Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 193, n. 1, p. 24-31, 2005. Disponível em: <[https://pdfs.semanticscholar.org/de00/513ad063bccbd848c60c030b0ec8b2586256.pdf?\\_ga=2.16390896.793799327.1563144372-1272085108.1563144372](https://pdfs.semanticscholar.org/de00/513ad063bccbd848c60c030b0ec8b2586256.pdf?_ga=2.16390896.793799327.1563144372-1272085108.1563144372)>. Acesso em: 14 jul. 2019.

BROWN, R. J.; SCHRAG, A.; TRIMBLE, M. R. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 162, n. 5, p. 899-905, 2005. Disponível em: <<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.162.5.899>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

BRUNET, A. E. et al. Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR) para transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Juiz de Fora, v. 7, n. 1, p. 119-131, jun./2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v7n1/v7n1a11.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

COOK-COTTONE, C. Childhood posttraumatic stress disorder: Diagnosis, treatment and school reintegration. *School Psychology Review*, United States, v. 33, n. 1, p. 127-139, 2004. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/252170904\\_Childhood\\_Posttraumatic\\_Stress\\_Disorder\\_Diagnosis\\_Treatment\\_and\\_School\\_Reintegration](https://www.researchgate.net/publication/252170904_Childhood_Posttraumatic_Stress_Disorder_Diagnosis_Treatment_and_School_Reintegration)>. Acesso em: 22 jul. 2019.

CUNHA, M. P.; BORGES, L. M. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na infância e na adolescência e sua relação com a violência familiar. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 33, n. 85, p. 312-329, jul.-dez./2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94629531008>>. Acesso em: 8 fev. 2020.

DALGLEISH, T. et al. Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, v. 192, n. 1, p. 392-393, 2008. Disponível em: <[https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/C333904FFE3C954A57806D6FB299C534/S0007125000234983a.pdf/predictive\\_validity\\_of\\_acute\\_stress\\_disorder\\_in\\_children\\_and\\_adolescents.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/C333904FFE3C954A57806D6FB299C534/S0007125000234983a.pdf/predictive_validity_of_acute_stress_disorder_in_children_and_adolescents.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2019.

DUTRA, J. N.; KLUWE-SCHIAVON, B.; GRASSI-OLIVEIRA, R. Conceito e diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático em crianças. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 102-113, jun./2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n1/v6n1a08.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2019.

FORBES, D. et al. Treating adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general practice: A clinical update. *Medical Journal of Australia*, Australia, v. 187, n. 2, p. 120-123, 2007. Disponível em: <[https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/42264/1/hdl\\_42264.pdf](https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/42264/1/hdl_42264.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2019.

GALVÃO-COELHO, N. L.; SILVA, H. P. A.; SOUSA, M. B. C. Resposta ao estresse: II. Resiliência e vulnerabilidade. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 20, n. 2, p. 72-81, Apr-Jun./2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2015000200072/#aff01](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2015000200072/#aff01)>. Acesso em: 1 out. 2019.

- HABIGZANG, L. F. et al. Caracterização dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 27-44, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n2/03.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.
- HATZENBERGER, R. et al. Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. *Ciências & Cognição*, v. 15, n. 2, p. 94-110, 2010. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/277/192>>. Acesso em: 27 nov. 2019.
- MARGIS, R. Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou estresse pós-traumático: regra ou exceção? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Porto Alegre, v. 25, Supl. I, p. 17-20, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v25s1/a05v25s1.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2019.
- MELLO, P. G. et al. Considerações clínicas sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental de bancários com Transtorno de Estresse Pós-Traumático. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 4, n. 1, p. 1-7, jun./2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ccclin/v4n1/v4n1a01.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2019.
- NÓRTE, C. E. As vítimas da violência: Entre discursos científicos e biopolíticas do contemporâneo. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, jan./abr. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822015000100169](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000100169)>. Acesso em: 9 jul. 2019.
- PRADO, M. A. P.; RODRIGUES, A. L. Estresse pós-traumático: o impacto psíquico das complicações pós-operatórias. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, v. 22, n. 1, p. 49-60, jan.-jun./2014. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/4419/4358>>. Acesso em: 8 fev. 2020.
- REIS, A. M.; CARVALHO, L. F. Produção científica sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático no contexto de desastres. *Avaliação Psicológica*, Itatiba, v. 15, n. 2, p. 237-247, ago./2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v15n2/v15n2a13.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2019.
- ROMANI-SPONCHIADO, A.; SILVA, C. R.; KRISTENSEN, C. H. Psicoterapia cognitivo-comportamental para o transtorno de estresse agudo: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, v. 15, n. 2, ago./2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452013000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000200006)>. Acesso em: 21 ago. 2019.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 258-264.
- SBARDELLOTO, G. et al. Processamento Cognitivo no Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Um Estudo Teórico. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 261-269, jul-dez./2012. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/18934/20282>>. Acesso em: 1 out. 2019.
- SBARDELLOTO, G. et al. Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*, Itatiba, v. 16, n. 1, p. 67-73, Jan.-Abr./2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v16n1/a08v16n1.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2020.

- SCHAEFER, L. S. et al. Reações pós-traumáticas em crianças: como, por que, e quais aspectos avaliar? *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 112-123, jan-abr./2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/download/30294/30015>>. Acesso em: 9 out. 2019.
- SCHAEFER, L. S.; LOBO, B. O. M.; KRISTENSEN, C. H. Reações pós-traumáticas em adultos: como, por que e quais aspectos avaliar? *Temas em Psicologia*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 459-478, dez./2012a. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v20n2/v20n2a14.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2019.
- SCHAEFER, L. S.; LOBO, B. O. M.; KRISTENSEN, C. H. Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: Implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 17, n. 2, May/Aug. 2012b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2012000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000200018)>. Acesso em: 23 jul. 2019.
- SCHEERINGA, M. S.; ZEANAH, C. H.; COHEN, J. A. PTSD in children and adolescents: towards an empirically based algorithm. *Depress Anxiety*, v. 28, n. 9, p. 770-782, sep./2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6101653/>>. Acesso em: 16 out. 2019.
- SOARES, B. G. O.; LIMA, M. S. Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25, Supl. I, p. 62-66, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s1/a14v25s1.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2019.
- WALDINGER, R. J. et al. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, v. 68, n. 1, p. 129-135, 2006. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/9a69/86aa0b8cc070ceb559847b4380ac77287043.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2019.
- XIMENES, L. F. et al. Violência comunitária e transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. *Psicologia: reflexão e crítica* (online), Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 443-450, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/prc/v26n3/v26n3a03.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2020.
- XIMENES, L. F. Transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. O impacto da violência e de outros eventos adversos sobre escolares de um município do estado do Rio de Janeiro. 117 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2616>>. Acesso em: 17 out. 2019.
- XIMENES, L. F.; OLIVEIRA, R. V. C.; ASSIS, S. G. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Mar./Apr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200011)>. Acesso em: 22 jul. 2019.