

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LISIANE NUNES ALDABE

TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO:
um desafio para a enfermagem.

Porto Alegre
2007

LISIANE NUNES ALDABE

TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO:

um desafio para a enfermagem.

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentado como requisito parcial para a aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Prof^a Dr^a Simone Algeri

Porto Alegre

2007

Dedico esta monografia aos meus pais
Wilson e Isabel e ao meu irmão Wagner.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores que colaboraram para a minha formação acadêmica, em especial a Professora Simone Algeri, minha orientadora, pela paciência, incentivo, ensinamentos e dispensados, essenciais para a elaboração e conclusão desse trabalho.

Agradeço aos meus pais, meu irmão e meu namorado, pela compreensão e paciência.

A professora Lurdes Busin e à enfermeira Beatriz Mazui, pela compreensão nos dias em que precisei me ausentar do estágio para a realização deste trabalho.

As minhas amigas e colegas de curso pelo apoio e companheirismo.

A todos aqueles que de uma maneira direta ou indireta contribuíram para a realização desta pesquisa.

RESUMO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é considerado um transtorno de ansiedade, sendo assim, compõe-se de uma gama de comportamentos inadequados a estímulos que na realidade não representam perigo algum. Ele normalmente se desenvolve quando o indivíduo sofre, presencia ou toma conhecimento de algum evento traumático, ou seja, algo que traga algum tipo de ameaça para si próprio ou mesmo para outras pessoas. Os sintomas do TEPT podem aparecer imediatamente após o evento ou, ainda, levar semanas, meses ou anos para se manifestarem. É importante a conscientização sobre a procura de ajuda, uma vez que, em alguns casos, além de uma intervenção psicoterápica, também é necessário o uso de fármacos no auxílio do tratamento. Desta forma, o presente estudo busca, com uma revisão de literatura, oferecer subsídios para acadêmicos e profissionais de enfermagem atuarem nos casos de TEPT, abordando conceitos, fatores de risco, tipos de tratamento e, principalmente, o papel do profissional enfermeiro nesses casos.

Descritores: TEPT. Transtornos de Estresse Pós-Traumático.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo geral	8
2.2 Objetivo específico	8
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
3.1 Definindo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.	9
3.2 Etiologia e Fatores de Risco.	10
3.3 Neuroimagem e Transtorno de Estresse Pós-Traumático.	13
3.4 O estresse pós-traumático em crianças e adolescentes.	16
3.5 Tratamento Farmacológico e Não-Farmacológico.	21
3.6 O Estresse Pós-Traumático e a Enfermagem.	30
4 METODOLOGIA	35
4.1 Tipo de estudo	35
4.2 Campo de estudo	35
4.3 Amostra	35
4.4 Coleta de dados	36
4.5 Análise de dados	37
4.6 Aspectos éticos	38
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE – FICHA DE LEITURA	45

1 INTRODUÇÃO

O risco de exposição a traumas tem feito parte da condição humana desde sua evolução como espécie. Percebe-se então, que com o passar dos anos, um dos fatores desencadeantes do trauma, a violência urbana, tem aumentado cada vez mais e, com ela, os casos de Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT). Nas últimas décadas têm havido um aumento da prevalência do TEPT, com taxas mais altas ainda entre crianças, adolescentes e adultos jovens. O aumento da prevalência implica num aumento real da ocorrência de TEPT durante o tempo de vida da pessoa (BALLONE, 2005), o que pode estar condicionado à dificuldade de se adaptar novamente a rotina, pois acredita-se que estes indivíduos tenham uma preocupação eminente em relação a possibilidade de reviver o trauma e o sofrimento.

Quando a mídia trata das agressões interpessoais usuais do nosso cotidiano, visível em todas as esferas, se esforça em informar corretamente acerca dos prejuízos diretos da violência. Desta forma, percebe-se que os danos determinados pelo estilo de vida violento não se reduzem somente às perdas materiais ou aos números de mortos. Essa problemática diz respeito à pessoa humana, ao seu desequilíbrio emocional, ou seja, a maneira como a violência urbana e a agressão interpessoal constituem ameaça constante à vida, à integridade física e psíquica e a qualidade de vida dos indivíduos (BALLONE, 2005), gerando assim, uma dificuldade ainda maior para do sujeito em estar integrado a sua vida social, pois certamente essa insegurança afeta o seu cotidiano, seu desenvolvimento profissional, suas relações interpessoais e sua rotina diária.

A sensação de insegurança das pessoas, de forma rotineira, e a resposta emocional sob a forma de TEPT começam a se tornar uma ocorrência freqüente. Assim, o TEPT pode ser compreendido como parte dos transtornos emocionais desencadeados pelo esforço adaptativo do indivíduo ao seu meio e, quanto mais hostil for esse meio, maior as probabilidades de transtornos emocionais (KAPLAN, 1999).

Cabe aqui salientar, também, a importância do tratamento precoce, pois acredita-se que quanto mais rápida a intervenção terapêutica, maior e mais eficiente será a reabilitação do indivíduo, uma vez que sua reinserção na sociedade, no ambiente familiar, no trabalho e atividades em geral, ocorrerá de maneira natural com o acompanhamento necessário e adequado.

Assim, a temática desse trabalho versará sobre o TEPT que, segundo Kaplan (1999), se caracteriza por ser uma perturbação psíquica decorrente e relacionada a um evento

fortemente ameaçador ao próprio paciente ou sendo este apenas testemunha de uma tragédia. A motivação para a realização desta pesquisa surgiu em função do interesse da pesquisadora pela área de Saúde Mental, quando vinculada à Pediatria, no intuito de conhecer a existência de abordagens referentes ao TEPT infantil, especificamente relacionando o Transtorno por Estresse Pós-Traumático (TEPT) com casos de violência cometida contra as crianças.

A relevância para a realização deste trabalho na área de Enfermagem reside no fato da importância de o profissional enfermeiro conhecer e saber como abordar, acompanhar e cuidar, tanto do paciente, como do familiar que se apresenta nessa situação, podendo intervir adequadamente nas necessidades das crianças expostas a eventos traumáticos, individualmente ou em grupos, principalmente no que tange ao elevado número de crianças que sofrem violência intrafamiliar no Brasil, constituindo-se um grave problema de saúde pública.

Dessa forma, refletindo sobre o contexto acima, desenvolveu-se um interesse em conhecer mais sobre o assunto e realizar este trabalho, identificando produções científicas que tratassem sobre o tema e focando, ainda, em pontos significativos como o prejuízo na vida das pessoas, as alterações de comportamento e patológicas, as dificuldades sociais enfrentadas, além da importância da realização de um tratamento adequado. Pretende-se, portanto, fornecer subsídios para acadêmicos e profissionais de Enfermagem na identificação e manejo desta situação.

2 OBJETIVOS

A seguir serão descritos os objetivos gerais e específicos que esta pesquisa se propõe a atingir.

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a existência de abordagens referentes ao TEPT em materiais publicados em periódicos indexados nas bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, nos anos de 2001 a 2006, no idioma português.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as abordagens, publicadas no idioma português, referente ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Oferecer subsídios aos profissionais e acadêmicos de Enfermagem, visando maior instrumentalização para identificar e cuidar de pacientes portadores de TEPT.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A seguir será desenvolvida a revisão de literatura proposta para o presente estudo.

3.1 Definindo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) apareceu pela primeira vez no Diagnóstico de Saúde Mental III (DSM III), em 1980. O critério para desenvolver essa categoria diagnóstica se originou principalmente através da necessidade de considerar as diferentes características e sintomas que apresentavam os veteranos americanos da guerra do Vietnã. Entretanto, diferentes pesquisadores, tais como Teicher (2002) e Caminha (2005), têm demonstrado que não só os adultos, mas também as crianças, podem desenvolver reações graves e de caráter debilitante frente a eventos traumáticos.

Assim, o TEPT adquiriu importância científica e social a partir de estudos sobre neuroses de guerra que, ao chamarem a atenção para este diagnóstico, evidenciaram ser o transtorno de estresse pós-traumático, uma psicopatologia de alta prevalência e morbidade na população em geral. Sabe-se que quanto mais brevemente são realizadas as intervenções terapêuticas, melhor é o prognóstico dos pacientes. Esse transtorno frequentemente possui um curso crônico, com a maioria das remissões sendo espontâneas, ocorrendo nos primeiros 12 meses seguintes ao início dos sintomas. Caso a psicopatologia não seja tratada, há pouca melhora no período subsequente (BALLONE,2005)

Para Maes (2004), Transtorno de Estresse Pós-Traumático é melhor definido como revivescência, pois é muito mais forte que uma simples recordação. Na revivescência, além de recordar as imagens, o paciente sente como se estivesse vivendo novamente a tragédia com todo o sofrimento que ela causou originalmente. Sendo assim, é a recorrência do sofrimento original de um trauma que, além do próprio sofrimento, é desencadeante também de alterações neurofisiológicas e mentais.

Segundo Diagnóstico de Saúde Mental IV (DSM IV), o TEPT é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um extremo estressor traumático envolvendo a experiência pessoal direta, ou de um terceiro, relacionada a evento real ou ameaçador envolvendo morte, sério ferimento ou outra ameaça a própria integridade física. A resposta ao

evento deve envolver intenso medo, impotência ou horror. Em crianças, a resposta pode envolver comportamento desorganizado ou agitado. Os sintomas característicos resultantes da exposição a um trauma extremo incluem uma revivência persistente do evento traumático, esquiva persistente de estímulos associados com o trauma, embotamento de responsividade geral e excitação aumentada persistente. O quadro sintomático completo deve estar presente por mais de um mês e a perturbação deve causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Assim, ao longo da história da Psiquiatria, os fenômenos traumáticos foram estudados, desde as primeiras descrições de casos clínicos de histerias, como os clássicos trabalhos de Freud, por exemplo, buscando conexões psicológicas entre os sintomas apresentados e o evento traumático vivido pelo paciente. Se em primeira instância houve uma ênfase na experiência subjetiva vivenciada pelo paciente, posteriormente houve um reconhecimento sobre a intensidade dos estressores traumáticos. Nesse sentido, o que parecia ser um fenômeno restrito apenas à guerra, originando as chamadas “neuroses de guerra”, mostrou-se muito mais amplo e inespecífico. Atualmente, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático traz um conceito que avalia o quão ameaçador foi determinado evento, assim como os sintomas apresentados pelo paciente e, parece ser, ainda, um conceito com o qual se deve, cada vez mais, saber lidar em um mundo embrutecido pela violência que expõe todos às suas conseqüências (SCHESTATSKY *et.al*, 2003).

3.2 Etiologia e Fatores de Risco

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático é uma psicopatologia da memória capaz de desencadear uma grande alteração neural em quem a desenvolve, com diferentes aspectos e grau de impacto em crianças e adultos (CAMINHA, 2005). Sabendo-se que nem todos os indivíduos que sofrem algum tipo de trauma desenvolvem um Transtorno de Estresse Pós-Traumático, a identificação dos fatores etiológicos e de risco torna-se um aspecto imprescindível para um mais aprofundado estudo sobre o assunto. Dentro desta lógica serão discutidos alguns dos pontos fundamentais para que ocorra a formação dos sintomas de TEPT.

A ansiedade é um padrão de resposta incondicionado, caracterizando-se por um conjunto de reações fisiológicas referentes à emissão de comportamento de luta, fuga ou *freezing*, diante de situações perigosas. Sob a ótica darwiniana são respostas adaptativas que evitam que o organismo reconheça e não se exponha a situações potencialmente perigosas, estando, nesse sentido, ligada a preservação da vida e conseqüentemente pode estar relacionada com respostas de esquiva, conseguindo, assim, seu maior controle ou redução. Esse referencial teórico pauta-se nos modelos comportamentais e não explica completamente o fenômeno, porém, é indispensável para uma compreensão e entendimentos amplos do TEPT. Os modelos comportamentais deixam de fora os processos cognitivos, dentre eles uma das principais funções cognitivas que possui papel fundamental tanto na formação, quanto no tratamento de TEPT, a memória (CAMINHA, 2005).

A necessidade de estudar as alterações comprovadamente ocorridas na mente humana, frente a eventos estressantes, fez com que novas teorias aparecessem, desta forma, as mudanças cognitivas passaram a ser consideradas e avaliadas juntamente com as alterações comportamentais, o que contribuiu de maneira eficiente e importante para um melhor entendimento sobre os fatores de risco e as causas do desenvolvimento do transtorno.

O modelo de Horowitz trouxe à tona uma novidade, mostrando que a formação dos esquemas geradores de esquiva e ansiedade no TEPT seria resultante da incapacidade do indivíduo de processar a informação adequadamente, ou seja, os processos cognitivos estariam agindo como se não conseguissem “encarar” a situação traumática. Assim, Horowitz considera dois pontos fundamentais na formação dos sintomas: os sintomas de revivescência, que é a tentativa de processar e integrar o evento traumático, tendo como produto a ativação da emoção; e os sintomas de esquiva e diminuição da responsividade, que agiriam na tentativa de controlar o processamento da informação (CAMINHA, 2005).

Outro modelo explicativo foi proposto por Lang (1977), e foi denominado Teoria do Processamento Emocional. Nessa ótica, novos pontos são considerados e acredita-se que o processamento emocional ocorre a partir da rede de informações que o sujeito possui na memória sobre determinadas situação temida e respostas comportamentais emitidas normalmente naquela e, ainda, sobre os significados que lhe são atribuídos e aos comportamentos emitidos.

Mais recentemente outras teorias foram desenvolvidas e então passou-se a cogitar sobre o modelo cognitivo-comportamental, que aborda a influência do ambiente no comportamento humano, ou seja, o indivíduo é moldado através da seqüência “estímulo-resposta” e seu comportamento é resultado de sua aprendizagem. Assim, os problemas e os

sintomas vão ocorrer decorrentes de alguma aprendizagem inadequada, o que torna necessária uma reeducação que vai lhe permitir a reconstrução de esquemas comportamentais mais adequados e funcionais. Nesse sentido, Creamer *et al* (1992) sugere que o sucesso na recuperação da exposição a um evento traumático depende do processamento e da integração do ocorrido nos esquemas cognitivos comportamentais já existentes, descrevendo, assim, cinco etapas para que ocorra a formação de respostas consideradas patológicas:

- A exposição objetiva, que requer o acontecimento de um evento traumático;
- O acionamento da rede de informações preexistentes, incluindo percepções subjetivas e significados atribuídos ao evento ocorrido;
- A revivência, que é a tentativa de resolver e integrar o ocorrido, gerando o processamento da informação;
- A esquiva, que surge na tentativa de diminuir a ansiedade provocada pelos sintomas de revivência e situações condicionadas ao trauma e;
- O sucesso ou fracasso na formação do TEPT, que depende da capacidade de ocorrência do processamento da informação, ou seja, se o processamento foi completado ou assimilado.

Existe, ainda, um quarto grupo que reúne sintomas ligados a hiperexcitabilidade autonômica, que englobariam mais do que apenas estímulos traumatogênicos e incluiriam, também, reflexos de uma excitação fisiológica em resposta a diferentes estímulos, conforme destaca a teoria de Jones & Barlow (1990), que considera necessária a ocorrência dos seguintes fatores:

- Evento traumático que seja imprevisível e incontrolável;
- Predisponibilidade autonômica;
- Hipervigilância, que geraria respostas hiperativas naturais pós-trauma;
- Foco seletivo de atenção às informações ameaçadoras, reais ou presumíveis e;
- Esquema condicionado de revivência do trauma.

Sabe-se da importância do apoio social e, nesse sentido, salienta-se que pode ser determinante tanto no surgimento quanto na reabilitação de pacientes com TEPT. O suporte terapêutico é importante para que as pessoas com as quais o sujeito convive, saibam da necessidade de ouvi-lo e valorizar suas queixas, sem críticas, estando dispostas a tranquilizá-lo em relação aos seus sintomas, prestando sempre atenção nas diferentes e possíveis alterações que possam ocorrer.

Para Caminha (2005), quanto maior a plasticidade social de um sujeito, maior a sua condição de reparar os efeitos de estresses ambientais circunstanciais. E isso vale tanto para

os efeitos da violência doméstica sofrida por crianças e adolescentes, quanto para uma doença psiquiátrica como a depressão na vida adulta. Os pacientes que possuem amparo social durante um tratamento psicológico apresentam melhores resultados em terapias, comparado àqueles que não o possuem ou possuem muito pouco. Portanto, o amparo social, além de significativo para a remissão dos sintomas de estresse, é também preventivo.

3.3 Neuroimagem e Transtorno de Estresse Pós-Traumático

As descobertas funcionais e estruturais da neuroimagem sugerem que a dificuldade em sintetizar, categorizar e integrar a memória traumática em uma narrativa, pode estar relacionada ao volume diminuído do hipocampo, à relativa diminuição na ativação do hemisfério esquerdo e à diminuição na atividade do córtex pré-frontal, do cíngulo anterior e da área de Broca. Os níveis mais baixos de cortisol também podem influenciar a formação e o processamento da memória traumática. É de extrema importância entender a fisiopatologia do trauma, para saber o porque de determinados indivíduos desenvolverem TEPT após uma exposição traumática; e outros aparentarem resiliência aos mesmos eventos estressores (PERES; NASELLO, 2005).

Assim, a pesquisa retrata uma breve abordagem sobre processos neurobiológicos do TEPT e suas alterações identificadas através da neuroimagem.

Os processos de percepção e memória estão diretamente relacionados à geração de comportamentos adaptativos, sendo a percepção um processo de inferência que pode ser influenciada pelas estratégias funcionais e adaptativas do passado, que afetam os padrões atuais de comportamento por meio de prognósticos com base nos bancos de memória. Sabe-se que a reconstrução de memórias, emocional e traumática, é contínua e dinâmica. Desta forma, a neurociência demonstra que o encéfalo não armazena registros baseados em fatos, mas sim traços de informações que serão utilizados para reconstruir as memórias, porém, nem sempre representando fielmente o que foi vivenciado no passado. Para que esse processo ocorra, é necessário que diferentes partes do encéfalo comportem-se como nódulos neurais que codificam, armazenam e recuperam as informações que serão usadas para recuperação das memórias. Portanto, um evento traumático ou emocional, quando recuperado, pode ser submetido a uma mudança cognitiva, fazendo com que múltiplos sistemas de memória sejam ativados simultaneamente, podendo agir em diferentes ocasiões. As memórias declarativas, ou

verbalmente acessíveis, alinhadas a atitudes resilientes, como aprendizagem positiva das experiências, autoconfiança e tranquilidade em lidar com dificuldades, podem fazer parte desse repertório e conseqüentemente participar do processo (PERES; NASELLO, 2005).

Alguns estudos de neurociência mostraram que os reguladores mais importantes na aquisição, formação e evocação de memórias, são as emoções e os níveis de consciência. A recuperação de memórias traumáticas, sejam elas espontâneas ou provocadas, ocorre em um estado alterado da consciência, com importante expressão emocional. Se o estado de consciência for alterado por meio da indução de relaxamento, a percepção do mesmo evento também sofrerá mudanças e, em conseqüência desse processo, ocorrerá uma nova interação e relacionamento com o contexto que a vítima do trauma está enfrentando.

Considerando as informações anteriores, descreve-se as evidências da neuroimagem, identificando os estudos estruturais, que buscam por alterações anatômicas das estruturas encefálicas, e os estudos funcionais, que investigam alterações da dinâmica do fluxo sanguíneo encefálico e o aumento ou decréscimo de ativação nas estruturas e circuitos neurais (PERES; NASELLO, 2005).

A neuroimagem estrutural utiliza-se de duas técnicas, as quais são consideradas principais: a tomografia computadorizada (CT) e a ressonância magnética (MRI). Os estudos de neuroimagem estrutural possibilitam testar hipóteses de uma associação entre TEPT e perda da massa encefálica como conseqüência neurotóxica, assim como identificação de fatores de predisposição ao desenvolvimento do TEPT. Além disso, demonstram uma diminuição do hipocampo, nos casos de TEPT crônico (PERES; NASELLO, 2005).

Os autores supracitados indicam que a maioria dos estudos sugere que a diminuição do hipocampo, seja ela unilateral ou bilateral, em indivíduos expostos a experiências traumáticas, pode ter associação com o aumento dos sintomas de dissociação. Entretanto, também acredita-se que estudos adicionais se fazem necessários para que possa ocorrer uma exclusão dos fatores que prejudicam a interpretação dos resultados, tais como a co-morbidade psiquiátrica e o abuso de substâncias. O número de estudos desenvolvidos, até o momento, não permite determinar se as mudanças no volume hipocampal são concomitantes com o desenvolvimento do TEPT, ou se representam a expressão de uma vulnerabilidade preexistente ao transtorno, após a exposição ao trauma.

Para concluir a abordagem estrutural, Peres e Nasello (2005), citam o artigo de Gilbertson *et. al* (2002), que reforça a idéia de que o volume hipocampal, diminuído em comparação ao volume encefálico total, é um fator predisponente ao TEPT para indivíduos que vivenciaram algum trauma severo. Exemplifica com um estudo onde foram avaliados

com MRI estrutural, gêmeos homozigóticos, os quais apenas um dos irmãos participou de combates de guerra. Assim, os indivíduos que participaram da guerra e que manifestaram o TEPT, tinham volume hipocampal diminuídos, exatamente como seus irmãos, enquanto que os indivíduos combatentes que não manifestaram TEPT, tinham seu volume hipocampal normalizados, também idênticos a seus irmãos. Esse estudo mostra evidências de que o volume hipocampal diminuído pode preceder o trauma e predispor ao desenvolvimento de TEPT. Por outro lado, não descartam a hipótese de que a exposição contínua a agentes estressores e a neurotoxicidade dos glicocorticóides, pode atrofiar o hipocampo.

A neuroimagem funcional utiliza como tecnologia para a visualização do encéfalo, a tomografia por emissão de fóton único (SPECT), a tomografia por emissão de pósitrons (PET) e a ressonância magnética funcional (fMRI). Tanto o SPECT, quanto o PET utilizam radioisótopos que propiciam a marcação de alterações metabólicas regionais do fluxo sanguíneo encefálico, além de medirem a dinâmica da perfusão capilar no encéfalo e o metabolismo da glicose como indicador de atividade neuronal. São utilizados, ainda, em estudos de receptores e neurotransmissores envolvidos no TEPT, por permitirem o emprego de marcadores distintos. Já a fMRI, é um método não-invasivo e combina a estrutura anatômica em alta resolução, com as alterações do fluxo sanguíneo encefálico, marcando as respostas hemodinâmicas por meio das mudanças de oxigenação do sangue e usando propriedades paramagnéticas da desoxihemoglobina (PERES; NASELLO, 2005).

A partir dos estudos desenvolvidos sobre a neuroimagem, muitos apresentam consonância em recomendar que se utilize a neuroimagem funcional para estudar o TEPT, uma vez que seus sintomas podem ser provocados por diferentes estímulos exteriores. Além disso, o fato de ter a memória traumática como componente central, faz com que esse transtorno seja o alvo principal dos estudos com neuroimagem. Os sintomas do TEPT têm sido induzidos por roteiros dirigidos de imagens, aparelhos de realidade virtual, sons, paradigmas cognitivos de ativação e agentes farmacológicos ansiogênicos, com o intuito de mediar a função do encéfalo controlado para os sintomas e estados mentais manifestados mais freqüentemente em tal psicopatologia. Os métodos de provocação de sintomas estão subdivididos em três grupos que utilizam a visão e a audição como canais sensoperceptivos para o disparo dos sintomas: apresentação de figuras ou filmes, apresentação de ruídos e sons e apresentação de roteiros gerais ou personalizados para a evocação de memórias. Os resultados que apresentam alguma significância, mostrando aumento ou diminuição da atividade neuronal, são obtidos por meio da subtração entre a condição de ativação (sintoma) e a condição controle (estado neutro) dos sujeitos com TEPT. São utilizados indivíduos saudáveis

e indivíduos que sofreram traumas e não desenvolveram a patologia, para a comparação das ativações obtidas com indivíduos TEPT que desempenham tarefas idênticas (PERES; NASELLO, 2005).

3.4 O estresse pós-traumático em crianças e adolescentes.

Os estudos sobre TEPT em crianças, durante a última década, têm aumentado consideravelmente. Isso se deve tanto pelo desenvolvimento de técnicas para que o diagnóstico seja feito, como pela progressiva exposição de crianças a situações traumáticas, tais como criminalidade ou violência doméstica e social (MONTT, 2001). Acredita-se que as influências familiares e a própria personalidade colaboram de maneira significativa para o desenvolvimento de patologias associadas a eventos traumáticos, e que indivíduos que já passaram por experiências traumáticas, e possuem certa predisposição, podem estar mais vulneráveis, assim como as crianças, que podem ter seu desenvolvimento de personalidade e sua conduta diretamente afetados. Além disso, um evento traumático pode ter um impacto muito grande, variando de acordo com a sua natureza e apresentando-se como importante fator de risco para o desenvolvimento de muitas patologias psiquiátricas.

As elevadas taxas de exposição a eventos traumáticos que evidenciam o TEPT em crianças, indicam que os profissionais da saúde devem estar preparados para reconhecer nas crianças as reações pós-trauma que requerem uma intervenção terapêutica rápida, com o objetivo de oferecer um tratamento eficaz e no tempo adequado. O DSM IV descreve três grupos de sintomas para TEPT, já citados anteriormente. Entretanto, ressalta que em crianças, a revivência pode acontecer através de jogos repetitivos que incluem aspectos relacionados com o trauma. Também acredita-se que pesadelos podem ter um conteúdo muito mais generalizado do que específico em relação ao trauma. Para mascarar uma experiência traumática, é comum que crianças e adultos se mostrem mais introspectivos, evitando interagir ou até mesmo hiperativos, podendo melhorar em poucos dias ou semanas. Para que o diagnóstico possa ser estabelecido é importante que estejam presentes, por pelo menos um mês, um sintoma de revivência, três sintomas de evitação e dois sintomas de hiperatividade, que devem causar desconforto, dificuldades e alterações funcionais significativas. Quando os sintomas permanecem por um período inferior a um mês, é feito o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo (KAMINER, 2005).

Diferentes são os sintomas encontrados e a maneira como se desenvolvem. Além disso, podem variar de acordo com a idade, conforme Montt e Hermosilla (2001), que descrevem a ampla variedade de reações ao trauma, apresentadas por crianças, incluindo condutas de regressão, ansiedade, medos, somatizações, depressão, problemas de conduta, déficit de atenção e transtornos do sono, destacando que normalmente a criança volta a apresentar episódios de enurese e encoprese, passando, também, a solicitar auxílio para realizar atividades que já dominava. Algumas tornam-se agressivas, enquanto outras mais passivas. Na fase escolar são mais comuns os sintomas somáticos, os transtornos de aprendizagem e conduta, havendo alguns casos a depressão. Já na adolescência, esta última e o consumo de substâncias químicas ganham destaque. Ainda dentro desse mesmo contexto, alguns estudos, como os de Castillo (2000) e Ballone (2005), indicam que o desenvolvimento dos sintomas pode estar relacionado a pessoas próximas e não diretamente ao indivíduo que os desenvolve, o que torna relevante a citação do autor acima, quando relata que filhos de veteranos da Guerra do Vietnã desenvolveram sintomas traumáticos muitos anos depois da experiência vivida por seus pais e que eles ocorrem normalmente porque há uma identificação e internalização da experiência do familiar por influências sociais e culturais e, também, por ouvirem relatos freqüentes da experiência de seus pais.

Tendo o TEPT diferentes maneiras de manifestação, é necessário salientar um fator importante quando se trata de eventos traumáticos ocorridos na infância e que se faz presente de uma forma muito significativa no nosso cotidiano. Porém, muitas vezes não são adequadamente discutidos, o que impossibilita uma intervenção eficaz, com resultados satisfatórios. Trata-se da violência cometida contra à criança, a qual sabe-se que muitas vezes é mascarada devido ao medo que ela tem de expor o ocorrido. Isso porque, na maioria dos casos, o agressor faz parte do grupo de pessoas com as quais convive, ou até mesmo é membro da própria família.

Kantorski e Souza (2003) destacam que existem várias formas de vitimizar uma criança ou um adolescente e que, em geral, esse fenômeno é dividido em quatro categorias: abusos físico, sexual, psicológico e negligência, enfatizando que em uma mesma criança pode ser encontrado mais de um tipo de abuso.

Para uma melhor compreensão da temática abordada, faz-se necessário um maior esclarecimento sobre os diferentes tipos de agressão, assim, baseado nos estudos de Araújo (2005), temos as seguintes definições:

- Abuso físico: é qualquer ação intencional que provoque, ou potencialmente possa provocar, dor e dano físico. Abrange qualquer tipo de agressão corporal. Salienta-se

ainda, que a punição corporal tem sido justificada, e culturalmente aceita, como método disciplinador de crianças e adolescentes. Entretanto, Azevedo e Guerra (2004), destacam que essa idéia vem sendo combatida por se tratar de um método que causa danos a criança e adolescentes e que geralmente está associado a práticas abusivas.

- Abuso sexual: é o envolvimento de crianças e adolescentes em atividades sexuais que eles não compreendem por completo, às quais são incapazes de dar um consentimento informado e que violam os tabus sociais dos papéis familiares. Nesse caso, o adulto também pode valer-se de violência física, coação ou abuso de confiança.
- Violência psicológica: representa uma situação em que a criança ou o adolescente é desqualificado em suas qualidades e em suas capacidades, potencialidades, desejos e emoções, ou cobrado excessivamente por pessoas significativas. Segundo Gomes et.al (2002) e Araújo (2002), abrange hostilidade verbal em forma de insulto, desprezo, crítica, depreciação, desrespeito, discriminação, cobrança exagerada ou ameaça de abandono, bem como constante bloqueio das iniciativas de interação da criança, desde o evitamento, até o confinamento.
- Negligência: caracteriza-se pelo descuido ou simples omissão da tarefa de oferecer o mínimo necessário ao desenvolvimento normal da criança ou do adolescente, tanto no seu aspecto físico, quanto emocional e social. Seu diagnóstico é dificultado, uma vez que essa forma de abuso freqüentemente está associada às condições econômicas, tornando-se difícil distinguir a participação da família na negligência.

A autora acima complementa, descrevendo outra modalidade de violência, que é a Síndrome de "Münchausen por Procuração", caracterizada como uma situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas ou sinais inventados pelos pais e que levam a intervenções e investigações desnecessárias e danosas à criança. Os pais ou responsáveis infligem, repetidamente, doenças ou ferimentos em seus filhos.

Salienta-se que todo e qualquer tipo de agressão contra a criança ou adolescente, pode trazer conseqüências bastante graves, afetando todo o seu desenvolvimento e podendo gerar mais tardiamente, ou até na idade adulta, algum tipo de transtorno psiquiátrico, comprovando o impacto neurológico que podem causar.

Assim, Teicher (2002) relata que até o início dos anos 90, profissionais da saúde acreditavam que as dificuldades emocionais e sociais ocorriam principalmente por meios psicológicos e que os maus tratos na infância eram causadores do desenvolvimento de mecanismos de defesa intra-psíquicos, responsáveis pelo fracasso do indivíduo na idade adulta, que eram danos tratáveis simplesmente com terapia e que podiam ser apagados da

memória. Entretanto, quando realizou um trabalho juntamente com outros colegas, no McLean Hospital, em Belmonte, e na Harvard Medical School, observou que como o abuso ocorre durante o período formativo crítico em que o cérebro está sendo fisicamente esculpido pela experiência, o impacto de extremo estresse pode deixar uma marca indelével em sua estrutura e função; e que além disso, o abuso induz a uma cascata de efeitos moleculares e neurobiológicos que alteram de modo irreversível o desenvolvimento neuronal.

Nesse sentido, cabe aqui algumas considerações sobre as alterações neurobiológicas que ocorrem, quais conseqüências podem trazer para o desenvolvimento, e o quanto podem alterar o comportamento de uma criança que sofre maus tratos.

Caminha (2005) também relaciona a presença de TEPT com atrofia neuronal, questionando se são decorrências anteriores ao trauma, provocadas pelo trauma, ou conseqüências do transtorno de estresse seguido ao trauma.

Algumas hipóteses foram relatadas. A primeira delas seria a de que um hipocampo pequeno poderia preceder o trauma e predispor o indivíduo a desenvolver TEPT. Sendo assim, fatores de risco, como déficit de atenção e hiperatividade, problemas de aprendizagem, baixos níveis de QI, história familiar de psicopatologia e maus-tratos infantis, poderiam corroborar com essa hipótese de vulnerabilidade prévia ao evento traumático desencadeante do transtorno.

Uma segunda hipótese descreve a relação entre a atrofia neuronal e o trauma, afirmando que somente depois o indivíduo desenvolveria o TEPT, ou seja, o trauma provocaria alterações no tecido cerebral, o tornando suscetível a desenvolver alguma patologia. Nessa linha, destaca-se o estudo do Dr. Martin Teicher, que discorre sobre o efeito do abuso infantil, podendo se manifestar de várias formas e em qualquer idade, e que numa perspectiva neurobiológica, o estresse precoce assumiria um papel disruptivo no desenvolvimento normal da criança, alterando o estado neuroendócrino e modificando algumas estruturas cerebrais definitivamente. Algumas dessas alterações incluem sensibilização da hipófise anterior e contra-regulação adaptativa do córtex adrenal, redução do tamanho do corpo caloso, atenuação do desenvolvimento do neocórtex esquerdo, hipocampo e amígdala, aumento da irritabilidade elétrica nas estruturas límbicas e redução da atividade do vermis cerebelar (CAMINHA, 2005).

Entende-se que para uma melhor compreensão dessas alterações, é relevante uma pequena abordagem de como ocorre o neurodesenvolvimento, quais as alterações e adaptações e como de fato as células nervosas são afetadas ou se modificam frente a diferentes eventos, sejam eles traumáticos ou não. Nesse contexto, Oliveira *et.al* (2005),

descreve que as células progenitoras nascem, diferenciam-se e migram para suas localizações finais. Além disso, as redes neuronais são formadas pela arborização dendrítica que dá origem às conexões sinápticas, responsáveis pela codificação de todas as nossas informações. Essas conexões são produzidas em grande quantidade e eliminadas durante dois períodos evolutivos: imediatamente após o nascimento e durante a transição da infância e da adolescência à idade adulta. Essa atividade neurogênica é especialmente aumentada nos dois primeiros anos de vida, quando se observa um crescimento seqüencial, uma extraordinária proliferação e uma superprodução de axônios, dentritos e sinapses nas diferentes regiões do cérebro. Sabendo que esse é um processo genético e que as células nervosas são perfeitamente adaptáveis às necessidades humanas, os autores acima reforçam que algumas das conexões sinápticas formadas deixam de existir em razão da falta de uso, enquanto outras são formadas em decorrência de uma necessidade de sua existência. Esse fenômeno é denominado plasticidade. Salienta-se, ainda, que durante a infância e adolescência, o neurodesenvolvimento é particularmente influenciado pelo ambiente, sendo estas fases as de maior plasticidade neuronal. Entende-se assim, que durante essas fases, os indivíduos estão mais suscetíveis, podendo todo e qualquer estímulo, seja negativo ou positivo, ser determinante de alterações neurológicas futuras e até mesmo responsável pelo desenvolvimento de algumas psicopatologias importantes, como as referenciadas por Teicher (2003), que são: TEPT, transtorno de personalidade anti-social, borderline, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Neste sentido compreende-se que eventos traumáticos podem afetar de maneira muito significativa, seja a criança, o adolescente ou o adulto, as alterações neurológicas, podendo gerar um grande impacto na totalidade do indivíduo, modificando suas rotinas, seu comportamento e, até mesmo, sua auto-imagem, sua visão em relação às outras pessoas e as suas perspectivas. Acredita-se que as crianças estão mais vulneráveis e por isso entende-se que seja qual for o tipo de abuso a elas relacionado, certamente pode ser considerado um importante fator de risco para o desenvolvimento de TEPT e que um tratamento precoce é a melhor maneira de prevenir danos maiores a longo prazo.

De acordo com o exposto acima, destaca-se Engelhardt (2004), que cita como conseqüências resultantes da experiência com a violência, a auto-imagem negativa, a inapropriada vazão aos impulsos agressivos, a falta de confiança em outros, a dificuldade de se relacionar com os pais e companheiros, o isolamento social, a falta de empatia para com os pares, os problemas alimentares graves, os distúrbios do sono, os problemas de atenção, as desordens de comportamento, as condutas anti-sociais e, por fim, a depressão e a tentativa de

suicídio. Ressalta-se, ainda, que a neurobiologia revela que em fases muito precoces do desenvolvimento, o impacto da violência pode alterar de modo intenso, e muitas vezes irreversível, o desenvolvimento neural da criança.

Sabe-se da complexidade do assunto quando se analisa abuso contra a criança ou o adolescente e ainda dos inúmeros fatores que devem ser levados em conta, quando abordado o assunto, seja com a vítima ou com os seus cuidadores, que em alguns casos podem também ser os agressores, como confirma Souza e Silva (2002), citando que pesquisas em centros de atendimento à violência contra a criança e adolescente, confirmam a maior incidência de maus-tratos dentro do núcleo familiar, principalmente gerada pelos próprios pais biológicos, em especial a mãe. Completa referindo que a estrutura familiar das sociedades em geral, da brasileira em particular, cabe à mulher a educação dos filhos, sendo ela a pessoa que despende maior tempo e assume maior responsabilidade no desenvolvimento e nas atividades infantis. Aponta ainda a circularidade da violência como fator desencadeante dos maus-tratos infantis, pois muitas vezes essa mãe agressora é vítima de violência por parte do marido. Por fim, expõe uma pesquisa sua, onde constatou que nas casas dos adolescentes nas quais existia violência entre os pais, a mãe praticou violência contra os filhos, numa frequência três vezes maior do que numa família em que não havia brigas conjugais.

Por derradeiro, entende-se que mesmo a mãe tendo um contato mais freqüente e direto com a criança, não se pode desconsiderar a ocorrência de agressão por parte de outros familiares, pois verifica-se diariamente, através de jornais, revistas, noticiários e outros meios de comunicação, relatos freqüentes de abuso contra a criança e o adolescente, concretizando a idéia de que não existe regra para que a violência ocorra, podendo estar em qualquer lugar, independente da constituição, da idade, do sexo, da etnia ou da classe social das famílias.

3.5 Tipos de Tratamentos

Inúmeras são as formas que o TEPT pode se manifestar no indivíduo. Os sintomas correspondem a respostas biológicas e psicológicas a um agente estressor. O sistema neurobiológico pode ser largamente afetado e por isso a necessidade de um conhecimento abrangente sobre um tratamento psicofarmacológico eficaz.

Pacientes com TEPT dificilmente procuram tratamento, devido ao grande desconforto psicológico que apresentam com as recordações da experiência traumática. Cabe salientar que

o diagnóstico precoce é muito importante, pois caso não seja tratado, poderá evoluir para um TEPT crônico, acarretando importante prejuízo social e ocupacional. Para um tratamento eficaz é necessário conhecer a complexidade do transtorno, além da necessidade de um tratamento multidimensional. Desta forma, considera-se a farmacoterapia muito relevante no alívio dos sintomas, mas não descarta-se a importância da psicoterapia, pois uma abordagem terapêutica mais eficaz é aquela onde estão associadas a farmacoterapia e a psicoterapia, especialmente a cognitivo-comportamental. Os indivíduos podem apresentar diferentes alterações neurobiológicas, assim como diferentes respostas à medicação. Por isso, os pacientes podem necessitar de fármacos específicos no decorrer do tratamento, dependendo dos sintomas mais proeminentes, nos diferentes casos (MAURAT,2001).

As medicações podem ter diferentes papéis no tratamento: regular a resposta ao estresse e permitir ao indivíduo um retorno às suas atividades de vida normal; possibilitar uma melhor resolução da experiência traumática, em conjunto com o tratamento psicoterápico; controlar sintomas de ansiedade generalizada, hiperexcitação autonômica, psicoses breves, descontrole de impulsos e insônia; e evitar recaídas de condições comorbidas (BERNIK, 2003). A seguir, será realizada uma revisão sobre as intervenções farmacológicas e psicoterápicas utilizadas no tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Conforme Maurat (2003), existem 13 ensaios clínicos randomizados sobre o tratamento farmacológico do TEPT, onde foram utilizados antidepressivos tricíclicos (ADT), inibidor da monoaminoxidase clássico (IMAO), inibidor da monoaminoxidase tipo A, inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), benzodiazepínicos (BZD), anticonvulsivantes (AC) e precursor dos segundos-mensageiros (P. 2º mens). Para uma melhor compreensão dos ensaios, a autora, organizou a tabela ilustrativa que segue abaixo:

Tabela 1 – Ensaios clínicos randomizados no TEPT – fármaco X placebo

Autor / Ano	N	Classe do Fármaco	Eficácia	Eficácia Fármaco-placebo	Diferença Fármaco - Placebo
Reist, 1989	18	ADT	Desipramina (-)	2% - 0% * 4% - 1% **	2% 3%
Davidson, 1990	46	ADT	Amitriptilina (+)	47% - 19%	28%
Kosten, 1991	60	ADT e IMAO clássico	Imipramina (+) Fenelzina (+)	65% - 28% 68% - 28%	37% 40%
Shestatzky, 1988	13	IMAO clássico	Fenelzina (-)	35% - 36%	0%
Katz, 1994/95	45	IMAO tipo A	Brofaromina (+)	52% - 29%	23%
Baker, 1995	113	IMAO tipo A	Brofaromina (-)	60% - 40%	18%
Van der Kolk, 1994	64	ISRS	Fluoxetina (+)	15% - 10% *** 41% - 21% ****	5% 20%
Connor, 1999	53	ISRS	Fluoxetina (+)	85% - 62%	23%
Brady, 2000	187	ISRS	Sertralina (+)	55% - 35%	20%
Davidson, 2001	208	ISRS	Sertralina (+)	60% - 38%	22%
Braun, 1990	10	BZD	Alprazolam (-)	14% - 4%	10%
Hertzberg, 1999	15	AC	Lamotrigina (+)	50% - 25%	25%
Kaplan, 1996	13	P. 2º mens	Inositol (-)	11% - 0%	11%

Fonte: MAURAT, Ana Maria; FIGUEIRA, Ivan. Como diagnosticar e tratar o Transtorno de estresse pós-traumático: vantagens e desvantagens do tratamento farmacológico

Legenda: *IES (escala do impacto dos eventos) – sintomas de esquiva; **IES (escala do impacto do evento) – sintomas de revivescência; ***Militares; ****Civis

Como pode-se visualizar na tabela, alguns fármacos se mostraram eficazes quando comparados ao placebo, enquanto outros apresentaram uma diferença pequena ou até mesmo nula. Sendo assim, cabe, neste momento, uma breve discussão sobre as vantagens e desvantagens do uso dessas medicações.

Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina são considerados, atualmente, a primeira escolha para o tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. E isto se deve à eficácia demonstrada em diversos estudos clínicos controlados, à segurança quando ingeridos em doses excessivas e à eficácia no tratamento de co-morbidades como transtorno depressivo, abuso de substâncias, transtorno do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo

(CAMINHA, 2005). Sabe-se que agem nas três dimensões psicopatológicas do TEPT (revivescência, esquiva e hiperestimulação autonômica), além de serem os únicos fármacos que até o momento demonstraram ser efetivos na dimensão relacionada à esquiva, a qual representa o grupo de sintomas com maior resistência ao tratamento. Apesar destas vantagens, essas medicações apresentam algumas desvantagens importantes que também devem ser consideradas, tais como disfunções sexuais e ganho de peso, tendo o primeiro uma prevalência de 40% a 70%, e o segundo não possui estudo adequado pra aferir uma taxa correta (MAURAT, 2003).

O papel dos IMAOs no tratamento do TEPT, assim como o dos antidepressivos tricíclicos, não foi suficientemente estudado, pois os poucos estudos disponíveis apresentam sérios problemas metodológicos. Os IMAOs tradicionais devem ser usados somente em pacientes com TEPT em condições especiais, tais como casos graves e comprovadamente refratários às diversas estratégias farmacológicas e psicoterápicas existentes (Figueira, 2005). A fenelzina, o fármaco mais utilizado nos estudos, demonstrou eficácia principalmente nas memórias intrusivas, pesadelos e flashbacks. Já no caso dos antidepressivos tricíclicos, a maior vantagem foi o alívio da recordação aflitiva. Os dois tipos de medicamentos não apresentam eficácia na dimensão psicopatológica relacionada à esquiva e ao distanciamento afetivo. Os IMAOs ainda não respondem bem nos casos de hiperestimulação autonômica e nos sintomas ansiosos, porém, na utilização de antidepressivos tricíclicos, deve-se atentar para o risco de mortalidade por tentativa de suicídio, devido à elevada toxicidade cardíaca que podem causar quando administrados em altas doses (MAURAT, 2003).

Ao analisar a descrição dos estudos com BZDs apresentados na tabela, percebe-se que o único estudo realizado apresentou resultado negativo, por isso, atualmente, recomenda-se que sejam utilizados para tratar sintomas alvo como a insônia, hiperestimulação e ansiedade intensas e que sejam usados por pouco tempo (Figueira, 2005), pois apesar de possuírem a vantagem do início de ação rápido, o uso de BZDs por alguns pacientes com TEPT pode levar ao abuso e a dependência física.

A lamotrigina foi o primeiro anticonvulsivante utilizado em um ensaio clínico e observou-se melhora dos sintomas de revivescência, esquiva e distanciamento afetivo em metade dos pacientes, contra 25% dos que receberam placebo. São fármacos úteis em casos que predominam a agitação psicomotora, agressividade e irritabilidade. Ensaio abertos têm mostrado que são eficazes na redução da hiperestimulação autonômica, entretanto, podem causar alguns efeitos indesejáveis como hepatotoxicidade, discrasias sanguíneas e rash cutâneo, o que limita a sua utilização (MAURAT, 2003).

Conforme Caminha (2005), não é recomendável o uso rotineiro de qualquer agente farmacológico para prevenir o desenvolvimento de TEPT, pois não existem evidências suficientes a respeito. Por isso, trata-se de um tema polêmico e controvertido, porém relevante e carente de pesquisas metodologicamente adequadas sobre a questão de sua eficácia. Assim como outros transtornos psiquiátricos há evidências no Transtorno de Estresse Pós-Traumático da necessidade de uma fase de consolidação da resposta terapêutica após o controle agudo dos sintomas, e é recomendável que pacientes sintomáticos sejam tratados continuamente, por pelo menos um ano, pra reduzir a chance de recidiva.

Não se deve descartar a importância do tratamento não-farmacológico, que muitas vezes é de extrema relevância que esteja vinculado ao farmacológico com o intuito de agilizar a recuperação do paciente. Sendo assim, segue uma breve discussão sobre quais as opções psicoterápicas disponíveis nos casos de TEPT, como se desenvolvem e quais os seus reais benefícios do tratamento.

Ainda para Caminha (2005), as modalidades de tratamento mais discutidas são as que envolvem terapia cognitivo-comportamental, mas a dessensibilização e reprocessamento por meio de movimentos oculares (EMDR) e o debriefing também podem ser utilizadas e, por esse motivo, vale descrevê-las, brevemente, na presente revisão.

A terapia cognitivo comportamental é, atualmente, a abordagem com maior suporte empírico para o tratamento de Estresse Pós-Traumático e objetiva uma reestruturação cognitiva, a respeito da situação traumática e uma reorganização e modificação das memórias relacionadas ao trauma (MALAGRIS, 2003). Acredita-se que avalia a maneira como o indivíduo se comporta e como organiza seus pensamentos frente ao evento traumático e, ainda, colabora para uma melhor compreensão das dificuldades emocionais vividas, auxiliando na mudança de comportamento, o que facilita a sua reabilitação social.

É fundamental no tratamento do TEPT a cessação da exposição ao evento estressor, caso contrário, torna-se impossível desenvolver um tratamento que funcione para a patologia. Além disso, é essencial um vínculo forte entre paciente e terapeuta, pois as pessoas expostas a eventos traumáticos tendem a evitar falar sobre o assunto ou lembrar o acontecimento. A terapia cognitivo-comportamental faz uso da memória para recriar a cena traumática. Um aspecto importante dentro do tratamento é a coleta de dados sobre outros problemas, comorbidades e a disponibilidade de apoio social, sendo esta de fundamental importância para o suporte emocional do paciente. Quando possível, além do paciente, deve-se tentar integrar, também, a família no tratamento para que possam conhecer melhor como se desenvolve o transtorno (CAMINHA, 2005).

Percebe-se, portanto, que no momento em que um vínculo forte se estabelece entre paciente e terapeuta, e o processo trauma-paciente não está mais ocorrendo, é possível desenvolver um trabalho com benefícios importantes, mas que também terá seus resultados dependentes da gravidade da exposição e do tempo de resposta de cada paciente. Então, para uma maior compreensão, e conforme descrito na literatura, as técnicas comportamentais e as cognitivas, serão abordadas separadamente, sendo utilizadas conjuntamente dentro de um mesmo contexto psicoterápico.

Sobre as técnicas comportamentais para tratamento, inicialmente descreve-se a Técnica de Exposição, que segundo Schreiner (2005), é composta por duas etapas. A primeira delas é a Imagística, onde são feitas coletas de dados referentes ao trauma e onde ocorre uma educação referente ao TEPT, ou seja, fala-se sobre seus sintomas e seu desenvolvimento. Nesse primeiro momento, o sujeito deve contar a situação traumática relatando todos os detalhes a respeito da cena, inclusive as lembranças olfativas, gustativas, auditivas, visuais e táteis, assim como o que sentiu e como reagiu. Esse relato deve ser gravado e, juntamente com registros escritos, deve ser passado ao paciente para que ouça e leia em casa. Esse processo é descrito como eficaz por integrar as memórias traumáticas com representações mentais já existentes. Dessa forma, o evento traumático continuará ativo na memória até que ele seja assimilado e integrado aos esquemas preexistentes. Intervenções que remetem à situação traumática por meio de exposições controladas têm sido eficazes na diminuição dos sintomas.

A segunda etapa compreende uma exposição *in vivo*, onde o paciente quando não sente mais ansiedade importante ao relatar o evento, é exposto a situações das quais se esquivava após o evento traumático. Observa-se que é muito comum que as vítimas evitem locais, pessoas e situações que relembrem o trauma, mesmo porque não querem experimentar novamente as emoções dolorosas. Assim, a exposição *in vivo* é feita pela hierarquização das situações de esquiva, iniciando pela que causava menos ansiedade e terminando com a que causava mais. Entretanto, as situações somente são mudadas quando o paciente não mais apresenta sintomas referente àquela que está sendo experienciada. Nessa etapa, o terapeuta deve proporcionar apoio ao paciente e auxiliá-lo a identificar e avaliar crenças acerca do evento evitado. Acredita-se que a exposição altera, de maneira gradual, o comportamento, a fisiologia e a cognição por meio da habituação e que, ao término do tratamento, o paciente deverá estar habituado às situações que antes geravam ansiedade (SCHREINER, 2005).

O controle da ansiedade, nos casos de TEPT, é fundamental para o sucesso do tratamento e certamente demanda um esforço importante por parte do paciente, uma vez que

eventos traumáticos podem deixar fortes marcas. Assim, seguindo no contexto comportamental, destaca-se, também, a Técnica de Manejo de Ansiedade, que visa melhorar o auto-controle em situações de estresse e diminuir a ansiedade. Conforme Caminha e Borges (2003), algumas estratégias como treino de relaxamento e respiração, técnicas de auto-instrução, biofeedback, treino de habilidades sociais e técnicas de distração, são importantes para conseguir o manejo da ansiedade. Ainda destacam que a técnica de auto-instrução permite uma reavaliação e correção das distorções cognitivas geradas pelas generalizações da memória. Portanto, o paciente torna-se capaz de identificar, avaliar e ressignificar o esquema disfuncional acionado e, por isso, deve estar preparado para substituir essas memórias por memórias positivas, além de usar técnicas de relaxamento e respiração para o controle da ansiedade.

A abordagem cognitiva que trabalha com a consciência, caracterizando um processo de aprendizado, se faz necessária e, assim, como importante técnica desta, destaca-se a Reestruturação Cognitiva.

A busca por uma explicação para o evento traumático acaba gerando atribuições e percepções errôneas a respeito do ocorrido. É muito comum sentimentos de culpa e percepções distorcidas de si mesmo e do mundo. Baseados nesses fatores, a técnica de reestruturação cognitiva busca identificar e modificar os esquemas disfuncionais que desenvolvem, mantêm e reforçam os sintomas do TEPT (SCHREINER, 2005). É importante a valorização dessa técnica, uma vez que toda percepção que o indivíduo tem de si, das outras pessoas e do mundo, podem ser a base para moldar seu comportamento e suas atitudes, assim como estruturar seu emocional.

Existem três fatores que são considerados essenciais para um processamento bem sucedido do evento traumático: um engajamento emocional com a memória traumática, a organização da história do acontecimento e a correção dos pensamentos disfuncionais que normalmente ocorrem após o trauma. Assim, o objetivo da reestruturação cognitiva é fazer com que os pacientes relatem suas crenças sobre o significado do evento e as atribuições dadas a ele a fim de identificar os pensamentos e as emoções mal adaptadas e modificá-las, provocando a redução dos sintomas. O paciente é ensinado a identificar pensamentos disfuncionais, gerar pensamentos alternativos racionais por meio de questionamento de evidências, argumentação e avaliação dos prós e contras (CAMINHA, 2005).

Salienta-se, mais uma vez, que as técnicas descritas nessa pesquisa são utilizadas em conjunto, ou seja, constituem a terapia cognitivo-comportamental, onde se trabalha o comportamento, a emoção e o pensamento, buscando o equilíbrio funcional do ser humano.

Esse tipo de abordagem busca identificar e corrigir pensamentos conscientes e inconscientes que por algum motivo estão influenciando de maneira negativa a vida do indivíduo.

Compreendendo-se que as terapias cognitivo-comportamentais são aquelas onde são utilizadas técnicas de mudança de crenças e técnicas comportamentais, e baseada nas leituras realizadas, destaca-se, Caminha e Knapp (2003), que descrevem o Treinamento da Inoculação do Estresse (TIE) como uma das técnicas possivelmente mais utilizadas nos casos de TEPT. Segundo os autores, ela pretende dar ao paciente um domínio sobre seus medos através da ressignificação da memória traumática e do ensino de habilidades de manejo frente às situações temidas.

Assim, Deffenbacher (2002), divide essa técnica em três fases e enfatiza as relações entre afeto, fisiologia, comportamento cognição e aspectos sociais e ambientais. A primeira fase é a Reconceitualização, onde o paciente, juntamente com o terapeuta, trabalha para desenvolver uma boa relação terapêutica. É quando deve se sentir compreendido e respeitado. Os problemas são definidos, verificados quanto a sua gravidade, frequência e magnitude da resposta, duração, amplitude, conseqüências e resultados. Com esses dados, e através de uma análise e compreensão situacional do problema, inicia-se um tratamento voltado para a ação, utilizando o auto-registro e a exposição imaginística. A segunda fase é denominada Aquisição e Ensaio de Habilidades. Neste momento, são desenvolvidas habilidades de enfrentamento, quando pode começar a mudança e a reorganização ambiental. Intervenções cognitivas também são realizadas e variam entre a reestruturação cognitiva, relaxamento para a ativação emocional e fisiológica, solução de problemas, treinamento de auto-eficácia e auto-reforço, treinamento de habilidades deficitárias, dentre outras, que variam conforme cada paciente. A última fase chama-se Aplicação e Consolidação, quando o paciente vai colocar em prática, nas situações do seu dia-a-dia, as habilidades de enfrentamento adquiridas na terapia. Quando o desenvolvimento dessa fase é bem sucedido, a manutenção e prevenção de recaída começam a ser trabalhadas.

Essa técnica demonstra-se bem completa, pois aborda de maneira seqüencial as possíveis dificuldades enfrentadas pelos pacientes, possibilitando uma reorganização de pensamentos, além de um desenvolvimento de habilidades de enfrentamento que certamente auxiliam na recuperação total, evita ndo ou prevenindo uma posterior recaída.

Existem ainda dois outros tipos de tratamento, que são abordados de maneira sucinta. O primeiro deles é a Dessensibilização e Reprocessamento por meio de movimentos Oculares, uma forma relativamente nova de tratamento para TEPT e que, conforme Schreiner (2005), consiste, basicamente, na indução de uma série de movimentos rápidos e rítmicos designados

a facilitar as mudanças cognitivas e diminuir a ansiedade. Nesse processo, os olhos são movimentados verticalmente e horizontalmente por aproximadamente 20 segundos, seguindo os dedos do terapeuta. O paciente deve ativar memórias negativas e cognições associadas ao trauma e trocá-las por pensamentos positivos. Assim, reflete sobre as imagens e sentimentos experimentados, enquanto movimenta os olhos, procedimento que continua até que as memórias traumáticas sejam minimizadas. Após cada movimento, o paciente deve relatar o quanto acredita nas crenças mais positivas. O segundo é o *Debriefing* Psicológico, que a mesma autora descreve como uma técnica desenvolvida como intervenção imediata, após o trauma, e objetiva ajudar a lidar com o estresse inicial com a diminuição de ocorrência de patologias associadas ao trauma ou de seqüelas psicológicas. Normalmente é realizado em grupo, dentro de 48 horas após o incidente, com o objetivo de facilitar o processamento da informação, a ventilação das emoções, fornecer apoio grupal, iniciar o luto, reduzir a idéia de ser o único a vivenciar tal situação e educação quanto aos sintomas físicos, emocionais e cognitivos. Conforme Devilly et al. (2003), esse processo é realizado por meio da reconstrução narrativa da experiência e da ventilação catártica de seus impactos penosos.

Dentro do contexto desse estudo, e encerrando-se as abordagens realizadas em adultos, verifica-se a necessidade de uma abordagem sobre a terapia cognitivo-comportamental em crianças, como se desenvolve e quais os diferentes processos empregados.

Entende-se que as crianças estão em um processo particular de crescimento e desenvolvimento, sofrendo constantes modificações, seja no seu crescimento físico ou psicológico. Então, concorda-se quando Caminha (2005) cita que as manifestações específicas da desordem podem variar de acordo com a faixa etária do paciente e que o tratamento com uma criança é bastante diferente do tratamento realizado com um adulto ou mesmo com um adolescente. Por isso, deve-se levar em conta aspectos como a linguagem, o desenvolvimento cognitivo, o suporte social, entre outros. Segue afirmando que os efeitos da experiência traumática não dependem somente das características do incidente, mas da vulnerabilidade e da resiliência da criança, pois são constantemente influenciadas pelo temperamento, reatividade neurológica e grau de ligação familiar. Existem, ainda, os fatores de risco e proteção, que incluem os recursos sociais e financeiros disponíveis para auxiliar a criança a lidar com o trauma.

As descrições acima ressaltam o grau de dependência das crianças e, nesse sentido, acredita-se na necessidade e importância do tratamento junto com os pais, pois são quem melhor podem falar sobre a dinâmica familiar e, em alguns casos, relatar com maior

especificidade o que desencadeou tal transtorno na criança, facilitando ao terapeuta focar seu trabalho nas reais necessidades da criança.

Conforme Schreiner (2005), crianças pequenas têm dificuldades em relatar seus sintomas, uma vez que sua autopercepção, vocabulário e habilidades metacognitivas ainda estão em desenvolvimento. A ajuda de pais, cuidadores e professores é de extrema valia na identificação do problema e na contextualização do caso. Além disso, fornecer terapia cognitivo-comportamental aos pais, resulta em uma melhora dos sintomas depressivos das crianças, bem como uma melhora nas habilidades parentais desses pais. Esses resultados dão suporte à intervenção do terapeuta tanto com as crianças quanto com os pais, quando não responsáveis pelo trauma. Dessa forma, o tratamento do TEPT em crianças não visa somente a uma melhora e diminuição da intensidade dos sintomas, mas também a uma prevenção, tanto de uma possível vitimização a respeito do incidente, como de futuros problemas comportamentais.

A partir do contexto descrito até o momento, compreende-se a terapia cognitivo-comportamental como uma intervenção que objetiva mudar determinadas interpretações equivocadas que alteram nosso ciclo de vida e, dessa forma, acaba por promover mudanças importantes que contribuem de forma decisiva para um aumento da auto-estima e uma maior aceitação pessoal, além de fornecer melhores condições para o enfrentamento dos problemas, deixando o sujeito mais a vontade para exteriorizar suas emoções e manifestar seu comportamento.

3.6 O Estresse Pós-Traumático e a Enfermagem

Ao se analisar o papel da Enfermagem, relacionando-o com a atenção às necessidades básicas do paciente, objetiva-se a promoção, manutenção e recuperação da sua integridade física e mental. Sendo assim, discute-se em uma abordagem mais específica, como devem ser desenvolvidas as ações de enfermagem, frente à pacientes com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático e quais os reais benefícios que as intervenções podem trazer nesse contexto.

São características como a sensibilidade e a empatia que permitirão ao enfermeiro realizar um cuidado da enfermagem baseado nas reais necessidades do indivíduo. Salienta-se a importância de qualquer tipo de comunicação estabelecida com o paciente, uma vez que,

geralmente esse indivíduo se encontra emocionalmente abalado em consequência das situações traumáticas vivenciadas, o que acaba por bloquear suas capacidades de comunicação e interação, alterando inclusive seu comportamento.

Conforme Schmitz (2002), pacientes que sofrem de transtornos de ansiedade, em geral permanecem em contato com a realidade e por isso reconhecem seu comportamento inadequado, porém, não conseguem evitá-lo. Para destacar a importância da aproximação do profissional de enfermagem, Stuart e Laraia (2001), enfatizam que tanto a objetividade quanto o distanciamento demonstram que o profissional está indiferente, inacessível, impessoal e até mesmo alienado em si, o que prejudica qualquer ação terapêutica. Saliendam, ainda, que o enfermeiro deve oferecer uma base para o relacionamento, a qual envolve sinceridade e consideração positiva ao indivíduo e que é através da compreensão em forma de empatia que o paciente irá manter um senso de identidade como pessoa e, que a partir desse momento, pode vir a mudar seu auto-conceito, alterando, também, seu comportamento e provendo a si mesmo resultados positivos na terapia.

Sabendo-se que a adequada comunicação é base para a enfermeira colocar em prática suas ações, pois somente assim, pode tomar conhecimento das dificuldades enfrentadas pelo paciente, destaca-se Correa (2002), quando expõe que o vínculo terapêutico é favorecido quando o profissional tem atitudes que propiciam segurança e confiança. Assim, essa situação deve ser mantida desde os primeiros momentos do contato. Existem algumas regras que devem ser consideradas e que, se forem seguidas, poderão ser de grande valia no tratamento uma vez que o enfermeiro deve observar as ações do paciente para fazer uma leitura do seu estado e, então, através de ações terapêuticas baseadas na relação e na comunicação, trazer alívio e melhora do seu sofrimento.

Corroborando com a idéia da autora supracitada, se estabelecem algumas atitudes relevantes e benéficas durante o processo terapêutico com o paciente. São elas:

- Buscar vínculo com o paciente, deixando-o confiante e seguro desde o primeiro contato, sabendo ouvi-lo e mostrando que compreende seus atos e que quer orientá-lo.
- Manter um canal de comunicação aberto, o qual deve estar disponível para verificar e atender às reais necessidades do paciente.
- Respeitar pausas silenciosas, pois durante os relatos o paciente pode ter seu sofrimento aumentado, necessitando de uma pequena paralisação para reordenar e equilibrar o pensamento.
- Não completar frases para o paciente, mas estimulá-lo a concluir seus pensamentos.
- Focalizar e centrar o assunto no paciente.

- Dar espaço para o paciente perguntar, deixando que ele tire dúvidas e peça orientações.
- Evitar mentir ao paciente, pois uma mentira descoberta pode acarretar sentimentos de traição e o rompimento do vínculo, e ainda,
- Deve-se evitar ser ríspido, agressivo e julgar o paciente.

Durante suas ações terapêuticas à pacientes com TEPT, o enfermeiro deve ter como objetivo a ajuda na erradicação da ansiedade, a fim de desenvolver e promover adaptações frente a essa ansiedade instalada. É importante procurar integrar o paciente de forma positiva ao ambiente em que vive, o ajudando a melhorar sua percepção de si mesmo e promover seu bem-estar. Para o sujeito com TEPT, é muito importante a dedicação do profissional, sua simpatia e principalmente empatia, mostrando ao paciente que ele precisa de ajuda e que é capaz de enfrentar esse estresse vivenciado. O fato de ser um transtorno que não apresenta sinais específicos, muitos profissionais, inclusive enfermeiros, não dão o devido apoio e atenção, fazendo com que esses indivíduos se sintam desencorajados a falar sobre seus sentimentos, seus medos e também suas conquistas diárias frente a uma recuperação. Na relação enfermeiro-paciente é importante que haja compartilhamento de pensamentos, idéias e também emoções. A partir disso, a empatia do enfermeiro será mais facilmente alcançada, envolvendo a sensibilidade para com os sentimentos que o paciente vivencia no momento e a verbalização da compreensão por parte do profissional (SCHMITZ, 2002).

Acredita-se que o profissional deva procurar desenvolver um trabalho terapêutico, onde além de estabelecer uma relação de confiança, consiga ensinar ao paciente maneiras de ajudar na própria recuperação e de superar e lidar com as situações estressantes, trazendo como consequência um restabelecimento onde o indivíduo possa voltar a sua rotina, ou seja, passar a desenvolver todas as atividades que já realizava antes do incidente.

Com um enfoque mais direcionado para o tratamento com crianças e adolescentes, algumas considerações também se fazem necessárias e. para tanto, cita-se Bennet (2001) quando ressalta que o enfermeiro deve ter um marco organizador para conceituar, implementar e pesquisar cuidados efetivos para crianças com alterações psíquicas, pois o profissional é desafiado a criar objetivos realistas e bem definidos, responder às complexas necessidades sociais da criança, compreender e defender a criança e desenvolver um plano abrangente de tratamento que identifique e integre suas necessidades e recursos. Esse trabalho deve ser feito pautado no comportamento da criança, que é baseado na cultura e que deve ser visto sob uma perspectiva sócio-cultural.

Ainda conforme a autora citada acima, o enfermeiro precisa ser capaz de focar seus cuidados com a preocupação de modificar as respostas de enfrentamento das crianças e reforçar suas habilidades de enfrentamento. Por isso, as intervenções de enfermagem precisam de uma ampla avaliação, tendo seus resultados medidos pela capacidade da criança em adaptar-se e funcionar na vida.

Sabe-se da importância que os pais têm na vida das crianças, uma vez que são referências para os filhos durante parte do seu desenvolvimento. Assim, cabe esclarecer que o enfermeiro deve sempre conversar com a criança sobre suas qualidades e, posteriormente, discutir quais delas precisam ser mais desenvolvidas. Nesse sentido, as estratégias utilizadas no ensino dessas habilidades podem ser explicadas à criança e aos pais, o que fará com que se tornem participantes ativos no planejamento do atendimento de enfermagem. As crianças se sentirão mais motivadas para cooperar se forem encorajadas a assinar uma cópia do seu plano de atendimento depois de devidamente explicado e, mesmo não sabendo escrever, uma simples marca representando seu nome já é suficiente para assimilar sua participação no processo. As intervenções de enfermagem podem melhorar as respostas desadaptadas e, no mesmo processo, ensinar as habilidades que as acompanham (BENNETT, 2001).

Compreende-se todas as adaptações que as crianças vão sofrendo para entrar na fase da adolescência e, conseqüentemente, sabe-se também das diferentes alterações sofridas durante esse período, uma vez que os adolescentes estão em constante busca de identidade, querendo identificar-se com papéis impostos pela sociedade e pelo próprio meio onde vivem. Por isso, em casos de trauma psicológico, onde todo o seu comportamento e postura podem estar alterados, é importante uma intervenção de qualidade, que busque um melhor entendimento dos seus problemas e a maneira mais adequada de enfrentá-los.

Nesse sentido, utiliza-se a abordagem de Redson-Iselin (2001) quando descreve que a adolescência é um estágio evolutivo com características peculiares, onde ocorrem mudanças no desenvolvimento e na aprendizagem. Sendo assim, as tarefas evolutivas que surgem nesse período ameaçam as defesas do indivíduo, podendo estimular novos modos adaptados de lidar ou enfrentar a regressão e as respostas desadaptadas de enfrentamento.

Entretanto, essas alterações biológicas, sociais e emocionais, que ocorrem durante a adolescência, podem desencadear conflitos psicológicos e, quando atreladas a algum evento traumático, podem dificultar ainda mais a passagem do indivíduo por essa fase, o que conseqüentemente fará com que o mesmo, ou até seus pais, busquem ajuda para resolução desses conflitos. Cabe aqui, então, uma breve discussão sobre como a enfermagem pode atuar em benefício desse indivíduo.

O atendimento de enfermagem para adolescentes começa por uma avaliação completa de seu estado de saúde. Sugere-se que seja feita uma coleta de dados sobre o funcionamento prévio e atual dos aspectos da vida do paciente, para identificar até que ponto eles podem alterar o comportamento do mesmo. Os comportamentos que impedem o crescimento e desenvolvimento podem exigir uma intervenção de enfermagem. O conhecimento do desenvolvimento normal do adolescente é necessário para diferenciar o comportamento esperado das respostas desadaptadas. Ao trabalhar com adolescentes, é importante que o enfermeiro tenha o primeiro contato diretamente com o jovem paciente e, posteriormente, sendo necessário, também com os pais, pois muitos pacientes, inicialmente, preferem não ter a presença de familiares (REDSON-ISELIN, 2001).

Corroborando com o autor supracitado, o enfermeiro deve, também, oferecer informações sobre o funcionamento emocional saudável, além de trabalhar no manejo do estresse e ansiedade e na busca de atividades pessoalmente significativas. Dessa forma, aponta-se como resultados importantes no manejo de estresse: habilidades e motivação para manejar estressores de vida e estressores diários recorrente; habilidades para solucionar problemas e manejo emocional; flexibilidade pessoal e capacidade de atender às exigências de variados tipos de estresse. Já, bons resultados no envolvimento em atividades importantes no âmbito pessoal incluem: habilidades e motivação para engajar-se em atividades utilitárias e expressivas, além de atividades e comportamentos vistos como autônomos e autodeterminados.

Ressalta-se aqui, que o enfermeiro deve trabalhar os pacientes, sejam eles crianças, adolescentes ou adultos, mas sem esquecer que muitas vezes são importantes também intervenções com as famílias e outros membros das comunidades, pois são eles quem passam maior parte do tempo com esses indivíduos e, algumas vezes, podem estar diretamente relacionados com os problemas que impossibilitam a harmonia do comportamento do paciente. Acredita-se que o compartilhamento de experiências e a busca por soluções em um ambiente que oferece apoio podem ser de extrema importância para todas as partes envolvidas.

4 METODOLOGIA

Abaixo será descrita a metodologia utilizada para a confecção deste estudo.

4.1 Tipo de Estudo

O estudo realizado foi do tipo qualitativo, descritivo e desenvolvido por meio de uma Pesquisa Bibliográfica, conforme metodologia descrita por Gil (2002). Segundo este autor, a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de materiais já elaborados, sendo estes livros e artigos científicos principalmente. A fundamental vantagem deste tipo de pesquisa é permitir ao pesquisador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela pesquisada diretamente.

4.2 Campo de Estudo

A pesquisa foi realizada em Bibliotecas Virtuais e em Acervo Bibliográfico. Verificou-se os periódicos indexados nas bases de dados BDEnf, Medline, Scielo, Lilacs e em acervo bibliográfico no período de 2001 a 2006, no idioma português, referentes ao transtorno do estresse pós-traumático.

4.3 Amostra

Verificou-se os periódicos indexados nas bases de dados disponíveis na página eletrônica da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), tais como: BDEnf, *Lilacs* e *Medline*, e na Biblioteca Virtual *Scielo (Scientific Electronic Library Online)*, no período de 2001 à 2006, no idioma Português, referentes a temática do Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

4.4 Coleta de Dados

Foi utilizado para a coleta de dados um plano provisório, o qual consistiu na organização sistemática das diversas partes do objeto de estudo. Esse processo envolveu 6 (seis) etapas que serão descritas a seguir:

- Escolha do tema: a seleção do assunto foi feita baseada no interesse em obter um maior conhecimento sobre o transtorno de estresse pós-traumático e saber como o profissional enfermeiro deve intervir nesses casos, considerando que inúmeras são as alterações ocorridas nas vidas das pessoas e o quanto é importante uma intervenção adequada para a solução do problema.
- Levantamento bibliográfico preliminar – por ser um estudo de cunho exploratório, sua finalidade é proporcionar uma familiaridade com a temática do Transtorno de Estresse Pós-Traumático e relacionar esse tema com abuso infantil e enfermagem.
- Formulação do problema: conhecer as abordagens referentes ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático e fornecer subsídios para acadêmicos e profissionais de enfermagem no manejo e identificação dessa situação.
- Elaboração do plano provisório do assunto: inicialmente, a organização da pesquisa consistiu em abordar conhecimentos gerais sobre o TEPT, buscando definir em que consiste o transtorno. Num segundo momento, foram descritos os fatores de risco e as causas que podem levar ao desenvolvimento do TEPT. Posteriormente, a abordagem centrou-se nas crianças e adolescentes vítimas de violência, seguindo com tratamento farmacológico e não farmacológico, suas vantagens e desvantagens, sendo finalizada com as intervenções de enfermagem, ou seja, o papel da enfermeira dentro do contexto do estresse pós-traumático.
- Identificação das fontes: nesta etapa, buscou-se materiais de diferentes fontes, desde livros, teses, periódicos indexados e até informações de acesso via internet.
- Obtenção do material: foi realizada uma busca bibliográfica com intuito de encontrar os artigos de periódicos indexados nas bases de dados disponíveis na página eletrônica da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações e Ciências da Saúde), tais como: Scielo, BDEnf, *Lilacs* e *Medline*. Foi encontrado um total de 100 artigos, publicados no período de 2001 a 2006, no idioma Português, utilizando-se os descritores Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos e TEPT. Desses artigos, nenhum foi encontrado na base de dados *Medline*, 64 foram encontrados na base de dados

Lilacs e 26 na base de dados *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*). A leitura dos resumos desses trabalhos gerou a seleção final dos textos relevantes para esta pesquisa, perfazendo um total de 83 artigos. Estes foram selecionados na íntegra, por meio da biblioteca virtual *Scielo*, Portal dos Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), ou ainda, em alguns casos, por meio da comutação bibliográfica. Esses artigos foram lidos de forma analítica e interpretativa, conforme Gil (2002), para atingir os objetivos aos quais essa pesquisa se propôs. Como critério de inclusão para a seleção dos artigos utilizados, após o uso dos descritores relacionados, foram levados em consideração os trabalhos sobre Transtorno de Estresse Pós-Traumático, que contivessem dados pertinentes a respeito da história, definição, etiologia e fatores de risco, tratamento farmacológico e não-farmacológico, ações de enfermagem nesses casos, além de uma abordagem relacionada a crianças e adolescentes. As informações sobre Estresse Pós-Traumático foram, ainda, complementadas por meio de materiais extras, encontrados em acervos bibliográficos, totalizando 6 (seis) livros consultados.

Após a obtenção do material, foi iniciada a leitura que consistiu na verificação do quanto as obras consultadas interessam à pesquisa, determinando o material que de fato interessava. Assim, ordenaram-se as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema e relacionou-se o que o autor afirma com o problema para o qual se propõe uma solução (GIL, 2002). Concluída essa etapa, foram confeccionadas fichas de leitura de apontamentos e bibliográfica, que tiveram como objetivo identificar as obras consultadas, registrar os conteúdos das obras, registrar os comentários acerca das obras e ordenar os registros, conforme o modelo que encontra-se no apêndice A. (GIL, 2002).

4.5 Análise de dados

Conforme proposto por Gil (2002), a análise de dados foi realizada por meio da leitura do material selecionado para a pesquisa. As leituras foram dos tipos exploratória, seletiva, analítica e interpretativa. As informações sobre o transtorno do estresse pós-traumático, obtidas na coleta de dados, foram ordenadas e relatadas no sentido de identificar os aspectos relevantes do TEPT para relacioná-los com os objetivos da pesquisa, de maneira que se

conseguisse oferecer subsídios aos profissionais e acadêmicos de Enfermagem, para o reconhecimento e manejo deste transtorno.

4.6 Aspectos Éticos

Os dados utilizados na realização desta pesquisa, para manter os princípios éticos, foram devidamente referenciados no final do trabalho conforme o preconizado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), para preservar o caráter ético dos direitos autorais (GOLDIN, 2000).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização dessa pesquisa bibliográfica, percebe-se a importância e necessidade da continuidade do desenvolvimento de estudos sobre esse assunto, pois somente um conhecimento aprofundado sobre o transtorno pode oferecer subsídios para um reconhecimento precoce sobre a instalação do problema e, conseqüentemente, um tratamento eficiente e qualificado, principalmente no que tange ao prosseguimento de estudos relacionando TEPT e Enfermagem.

Entende-se que um evento traumático pode gerar uma significativa perturbação psíquica e, conseqüentemente, uma grande desarmonia na vida do indivíduo, pois inúmeras são as alterações decorrentes do trauma. Sabe-se ainda, que todos estão vulneráveis, ou seja, qualquer pessoa pode desenvolver TEPT, tanto crianças, quanto adultos. Os sintomas podem aparecer imediatamente, depois de alguns meses ou, até mesmo, anos após o evento traumático, assim como a recuperação, que pode ser rápida ou os sintomas perdurarem por anos.

Acredita-se que intervenções terapêuticas são necessárias e que devem incluir tanto tratamento farmacológico, quanto psicoterápico, de acordo com a avaliação do profissional especializado. Nesse mesmo contexto, destaca-se o papel do enfermeiro, pois espera-se que, através de seus cuidados, consiga despertar no paciente modos mais adaptados de enfrentar o estresse e, que para tanto, desenvolva um relacionamento de confiança, auto-conscientização e proteção do paciente, além do incentivo para o retorno de uma vida mais saudável.

Recomenda-se ao enfermeiro a busca rotineira pelo conhecimento, no intuito de ajudar seus pacientes na recuperação total, assim como se recomenda ao paciente, a busca imediata por ajuda, no intuito da cura do que lhe incomoda, pois somente um trabalho conjunto, com objetivos comuns, trará resultados satisfatórios para as partes.

Conclui-se, então, que ética e responsabilidade são fundamentais no trabalho de qualquer profissional e, por isso, cabe citar Stuart (2001) quando refere que as crenças individuais sobre as pessoas e sobre a sociedade podem servir como diretrizes conscientes para a ação e, que relacionada ao senso de ética dos enfermeiros, está a necessidade de assumir a responsabilidade pelo próprio comportamento, o que envolve um conhecimento sobre as próprias limitações e pontos fortes e poder contar com eles. Como membro de uma equipe de assistência à saúde, o enfermeiro tem pronto acesso aos conhecimentos e aos

conselhos de outras pessoas, cabendo a ele utilizar esses recursos de maneira apropriada e em benefício dos seus pacientes.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Alessandra. **Violência contra crianças e adolescentes: aspectos relativos ao atendimento do Hospital de Clínicas de Uberlândia e do Centro de Referência à Infância e Adolescência Vitimizada, Uberlândia – MG.** 2005. 135. Mestrado em Ciências da Saúde – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

Associação Americana de Psiquiatria. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV).** 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviana N. **Porque abolir no Brasil a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes?**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em: < <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/> >. Acesso em 25.09.2007

BALLONE, Geraldo J - **Transtorno por Estresse Pós-Traumático** - in. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br>, revisto em 2005. Acesso em 02.05.2007.

BENNETT, Carole F. Enfermagem Psiquiátrica com Crianças. *In:* STUART, Gail W; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática.** Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2001. 958p. p787-811.

CAMINHA, Renato Maiato. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva.** 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 237p

CASTILLO, Ana Regina. et al. **Transtornos de Ansiedade.** São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1516-4446&script=sci_serial. Acesso em 05.06.2007.

CORREA, Sandra. **O Papel Humanizante da Enfermagem na unidade de Psiquiatria para Tratamento de Farmacodependência em um Hospital Geral.** 2002. 40 Especialização em Enfermagem Psiquiátrica. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. 2002.

CREAMER, Mark; BURGESS, Paul; MCFARLANE, Alexandat. **Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being.** Cambridge: Cambridge Journals. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=86451> Acesso em: 07.07.2007.

DEVILLY, Grant; WRIGHT, Renée; GIST, Richard. **A função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma**. São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000500010&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em 25.09.2007

ENGELHARDT, Elias. Violência na Infância – Aspectos Neurobiológicos. *In*: PIZÁ Graça; BARBOSA Gabriela. **A Violência Silenciosa do Incesto**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004. p 78-91

FIGUEIRA, Ivan; MARQUES, Carla,; MENDLOWCIZ, Mauro. Tratamento farmacológico do TEPT. *In*: CAMINHA, Renato Maiato. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 2005. 237 p . p.185-184

GOMES, Romeu *et.al*. **A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde**. Ciência e saúde coletiva, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10247.pdf>> Acesso em: 01.10.2007.

ISELIN-REDSTON, Audrey. Enfermagem Psiquiátrica com Adolescentes. *In*: STUART, Gail W; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2001. 958p. p 812-838.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **Tratado de Psiquiatria**. 6. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1999. 2312p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GILBERTSON, bertson, M. W., SHNTON, M. E., CISZEWSKI, A., KASAI, K., LASCO, N. B., ORR, S. P. & PITMAN, R. K. **Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma**. Nature Neurocience, 2002 5.ed, p. 1242-1247.

GOLDIM, José Roberto. **Breve histórico das diretrizes, normas e leis em pesquisa em saúde**. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001 Disponível em : <http://www.ufrgs.br/bioetica/projeto.htm>. Acesso em 02.05.2007.

KANTORSKI, Luciane; SOUZA, Gabriela Lobato. **Maus tratos na infância**. Paraná: Universidade Federal do Paraná, 2003. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/search/advancedResults>>. Acesso em 20.09.2007

MAES, Michael. **Transtorno de estresse pós-traumático**. Rio de Janeiro. Dr. Rodrigo Marot, 2004. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/tra/ans/estrespos.htm>. Acesso em 05.06.2007.

MAURAT, Ana Maria; FIGUEIRA, Ivan. **Tratamento farmacológico do transtorno de estresse pós-traumático**. São Paulo: Revista de Psiquiatria Clínica, 2007. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/index.html>>. Acesso em: 25.09.2007

MAURAT, Ana Maria; FIGUEIRA, Ivan. **Como diagnosticar e tratar o Transtorno de estresse pós-traumático: vantagens e desvantagens do tratamento farmacológico**. São Paulo: Revista Brasileira de Medicina, 2005. Disponível em: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3007>. Acesso em: 01.10.2007

OLIVEIRA, Rodrigo G; PERGHER, Giovanni K; STEIN, LÍlian M. Cicatrizes Neurobiológicas do TEPT. In: CAMINHA, Renato Maiato. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 237p. p 55-64

PERES, Julio Fernando P; NASELLO, Antonia Gladys. **Achados da Neuroimagem em Transtorno de Estresse Pós-Traumático e suas Implicações Clínicas**. São Paulo: Revista de Psiquiatria Clínica, 2007. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>>. Acesso em: 20.10.2007.

PERES, Julio Fernando P; NASELLO, Antonia Gladys. Neuroimagem e Transtorno de Estresse Pós-Traumático. In: CAMINHA, Renato Maiato. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 2005. 237 p . p.65-94.

SCHESTATSKY, Sidney; SHANSIS, Flávio; CEITLIN, Lucia Helena; ABREU, Paulo; HAUCK, Simone. **A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático**. São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s1/a03v25s1.pdf>. Acesso em 05.06.2007.

SCHMITZ, Ursula Vogel. 11 de setembro de 2001 : vivenciando o transtorno de estresse pós-traumático. In: **Seminário sobre o Ensino de Enfermagem Psiquiátrica do Estado do Rio Grande do Sul**. Ijuí, 2. p. 262-263, 2003.

SCHREINER, Simone. Técnicas Psicoterápicas para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. In: CAMINHA, Renato Maiato. **Transtorno do Estresse Pós-Traumático**

(TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 237p. p.185-196.

STUART, Gail W., LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

APÊNDICE – FICHA DE LEITURA

FICHA DE LEITURA

INFORMAÇÕES

Autor: _____

Obra/Título: _____

Editora / Ano / Local: _____

- Conteúdo / Citação: _____
- Idéias secundárias: _____
- Anotações: _____
- Opinião pessoal / Conclusões: _____