

Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências

Posttraumatic stress disorder: an evidence-based approach

Bernardo Garcia de Oliveira Soares^a e Maurício Silva de Lima^b

^aEscola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ^bCentro de Medicina Baseada em Evidências, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Resumo As intervenções usadas no manejo do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) focalizam-se em: (1) prevenção do desenvolvimento da doença após um evento traumático, (2) tratamento do quadro já estabelecido e (3) manutenção do funcionamento e da qualidade de vida em longo prazo. Uma variedade de tratamentos psicoterápicos e farmacológicos tem sido proposta para o tratamentos do TEPT. Entretanto, nem todas as modalidades de tratamento apresentam comprovação científica. No presente artigo, os autores apresentam as modalidades de tratamentos do TEPT amparadas em evidências e discutem sua aplicabilidade e limitações.

Descritores Estresse pós-traumático. Tratamento baseado em evidências. Psicoterapia. Tratamento clínico.

Abstract *The interventions used in the clinical management of posttraumatic stress disorder (PTSD) focus on: 1. Prevention of the development of the disorder, after a traumatic event 2. Treatment of the disorder, once it is already established, 3. Maintenance of long term functioning and quality of life. A variety of psychotherapies and pharmacological treatments have been proposed as therapeutic options in the treatment of PTSD. However, many of these treatment modalities lack scientific background. In this article authors present the treatment modalities of PTSD which are supported by scientific evidence and discuss its applications and drawbacks.*

Keywords *Posttraumatic stress disorder. Evidence-based treatments. Psychotherapy.*

Introdução

A abordagem do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) tem aspectos diferentes da maioria dos outros transtornos psiquiátricos. O TEPT ocorre sempre após um evento traumático importante, um trauma psicológico, logo, existe a possibilidade de prevenção do desenvolvimento do transtorno. Apesar de não haver indicadores claros de quais indivíduos desenvolvem a doença, nem da incidência precisa do transtorno após o evento estressor, estratégias de prevenção tendem a ser intervenções custo-efetivas.

Para avaliar o devido papel das diversas intervenções, tanto para prevenção como para tratamento do TEPT, os autores discutem nesse capítulo os estudos clínicos que avaliam a efetividade e a segurança dessas abordagens. O foco da discussão são as Revisões Sistemáticas de Ensaio Clínicos

Randomizados (ECR), já que se tratam do melhor nível de evidência para tomada de decisões em terapêutica. Quando da ausência desse tipo de pesquisa, os próprios ensaios randomizados são considerados a melhor fonte de informação, tendo seus resultados apresentados. Para identificação de estudos relevantes, as bases de dados Medline e Cochrane Library foram pesquisadas, sem restrição quanto a data, periódico ou língua de publicação.

Tipos de intervenções usadas no TEPT

Na abordagem do TEPT, as intervenções psicoterápicas e psicossociais, indicadas tanto para prevenção como tratamento do transtorno, têm tido enfoque especial. A atenção voltada às abordagens em questão baseia-se no fato de que nem todos os indivíduos submetidos a traumas importantes desen-

volvem o transtorno, o que pode estar relacionado a uma resposta individual ao estressor ou a uma predisposição única daquele indivíduo.

Na prevenção do TEPT, as intervenções mais utilizadas incluem: (1) *Psychological debriefing*, intervenção breve que consiste de discussão sobre o evento estressor e “normalização” das reações psicológicas associadas, realizada, geralmente, em uma única sessão; (2) Aconselhamento, com enfoque em medidas adaptativas, e não no trauma propriamente dito; (3) Terapia cognitivo comportamental (TCC), que inclui uma série de técnicas (vide Knapp & Caminha neste suplemento): exposição imaginária, em que o indivíduo conta ou imagina detalhadamente o evento estressor; exposição real, que envolve confronto com situações reais que ficaram associadas ao trauma e causam medo e tensão; terapia cognitiva, lidando com pensamentos distorcidos sobre o evento e as capacidades do paciente; exposição prolongada, em que há exposição repetida às recordações sobre o trauma e situações que vêm sendo evitadas; terapia de imagens (*imagery rehearsal therapy*), em que os indivíduos fazem exercícios com imagens agradáveis e utilizam aspectos cognitivo-comportamentais para lidar com imagens desagradáveis.

No tratamento do TEPT, temos: (1) Terapia cognitivo comportamental, com técnicas semelhantes às descritas anteriormente; (2) *Eye movement desensitisation and reprocessing*, na qual o paciente deve pensar no evento traumático e nos pensamentos negativos e emoções associados, realizando, posteriormente, movimentos seguindo demonstração do terapeuta; (3) Manejo afetivo, que consiste de uma forma de tratamento em grupo, focalizando a regulação do humor; (4) psicoterapia psicodinâmica, com enfoque nos mecanismos de defesa utilizados, interpretações e experiências anteriores do paciente (vide Meshulam-Werebe et al. neste suplemento); Hipnoterapia; (6) Relaxamento.

Dentre as intervenções farmacológicas, as drogas mais utilizadas são os antidepressivos, principalmente os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, como sertralina e paroxetina, e os antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina e imipramina. Drogas sedativas, como benzodiazepínicos e mesmo antipsicóticos em baixa dosagem também são utilizados em alguns esquemas terapêuticos (vide Bernik et al. neste suplemento).

Evidências na prevenção do TEPT

Na prevenção do TEPT, quando não há outro quadro associado, como depressão ou outro transtorno de ansiedade, são indicadas, exclusivamente, intervenções não farmacológicas. Essas intervenções podem ser indicadas imediatamente após o evento ou dentro de curto intervalo de tempo e podem ser desde procedimentos mais simples, como uma única entrevista, até intervenções psicoterápicas mais complexas.

Psicoterapias

Debriefing

Uma revisão sistemática,¹ realizada com metodologia da Colaboração Cochrane e publicada na Cochrane Library, avalia

uma intervenção precoce no manejo do PTSD: *Debriefing*. Onze ensaios clínicos randomizados (ECR) foram incluídos, com o número de indivíduos em cada estudo variando de 30 a 908. No geral, *debriefing* não preveniu o desenvolvimento do TEPT quando comparado à não intervenção. Em curto prazo, de três a cinco meses, não houve redução no risco de doença, numa metanálise de três estudos, com 249 indivíduos [Risco Relativo (RR) 1,19; 95% de Intervalo de Confiança (IC) 0,64-2,22]. Em um estudo, com 133 participantes, que avaliou a resposta em um ano após o evento, houve até um aumento do risco de TEPT naqueles que receberam *debriefing* (RR 2,91; 95% IC 1,03-8,23). Essa revisão tem limitações importantes, inerentes à baixa qualidade dos ensaios clínicos, o que já limita uma possível combinação de resultados. Os problemas incluem falta de mascaramento, falha em descrever perdas no seguimento e falta de análise por intenção de tratar, apesar da frequência de desistências do tratamento ser alta.

Um dos estudos incluídos nessa revisão² comparou *debriefing* a uma intervenção social (suporte emocional e social) e à não intervenção. Esse estudo incluiu 70 pessoas que sofreram um acidente rodoviário. Ele mostrou que o risco de desenvolvimento do TEPT foi menor com intervenção social (30%), em relação a *debriefing* (60%) e à não intervenção (87%). A redução de risco com terapia social, comparada a não tratamento, foi de 57%, com o Número Necessário para Tratar (NNT) igual a dois. Ou seja, para cada dois indivíduos que receberam terapia social, um a mais beneficiou-se do tratamento em relação aos não tratados.

Terapia cognitivo comportamental

Quatro ECR avaliaram formas de TCC orientadas para prevenção do desenvolvimento do TEPT. Um ECR incluiu 151 pessoas que sofreram acidente de trânsito³ e comparou de três a seis sessões de técnicas educacionais e cognitivo comportamentais a intervenções psicológicas. As intervenções em questão começaram no primeiro mês após o acidente. No estudo, não houve diferença na incidência de TEPT entre os grupos em seis meses de evolução.

Bryant et al^{4,5} realizaram dois ECR relevantes. O primeiro⁴ comparou cinco sessões de TCC a outras cinco de aconselhamento em 24 indivíduos com transtorno de estresse agudo, duas semanas após um acidente rodoviário ou acidente industrial. Ao fim das intervenções, o diagnóstico de TEPT foi mais frequente ($p < 0,001$) com aconselhamento (83%) do que com TCC (8%), efeito mantido em seis meses de seguimento (67% e 17% respectivamente, $p < 0,05$). No segundo estudo,⁵ 66 sobreviventes de um acidente rodoviário ou vítimas de assalto sem agressão sexual, também apresentando um distúrbio de estresse agudo, foram atendidos em cinco sessões de 90 minutos de: (1) exposição prolongada, (2) aconselhamento ou (3) associação de exposição prolongada com manejo de ansiedade. Imediatamente após o fim do tratamento, uma frequência significativamente mais baixa de TEPT foi encontrada no grupo de exposição prolongada (14%) e no grupo de associação das técnicas (20%), comparados ao grupo de aconselhamento (56%). Essas diferenças também se

mantiveram em um seguimento de seis meses (15%, 23% e 67%, respectivamente).

Em outro ECR,⁶ 132 motoristas de caminhão agredidos receberam entre uma e seis sessões de TCC ou atendimento padrão. Aos seis meses de seguimento, a presença de ansiedade e de pensamentos intrusivos foi significativamente menor no grupo tratamento, mas não houve diferença em depressão ou sintomas evitativos, entre os grupos.

Intervenção colaborativa

Uma intervenção que inclui quatro meses de aconselhamento, suporte e orientação foi comparada a não intervenção em um ECR⁷ envolvendo 34 indivíduos. Apesar de não ter mostrado diferença entre os grupos, pode ter havido um erro tipo 2.

Evidências no tratamento do TEPT

Psicoterapias

Diversas formas de tratamentos psicológicos foram avaliadas numa revisão sistemática⁸ de ensaios clínicos controlados (não é mencionado o processo de alocação dos participantes). Essa revisão incluiu 17 estudos e 690 participantes. Os estudos primários compararam várias formas de psicoterapia específicas a aconselhamento ou à não intervenção. Todos os estudos demonstraram que a psicoterapia associou-se a uma melhor resposta frente os grupos controle.

Terapia cognitivo comportamental

Dentre as formas de psicoterapia avaliadas na revisão de Sherman et al. (1998),⁸ a TCC foi avaliada em 14 dos 17 estudos incluídos. A TCC associou-se a uma significativa redução no número de pessoas com TEPT logo após a intervenção (8% com TCC comparado a 83% com aconselhamento; $p < 0,001$) e, em seis meses, 17% X 67%; $p < 0,05$.

Três ECR⁹⁻¹¹ avaliaram diversas formas de TCC e terapias associadas, incluindo: *stress inoculation*, aconselhamento, exposição prolongada, terapia cognitiva e terapia de imagens. Essas intervenções mostraram efetividade superior a relaxamento ou a não tratamento, tanto em curto como em longo prazos.

Outro ECR,¹² com 54 pessoas, demonstrou que 39% dos indivíduos continuavam a sofrer de TEPT um ano após 16 sessões de exposição imaginária ou terapia cognitiva, sem diferença entre os grupos.

Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)

Uma revisão sistemática,¹³ com data de busca em 1999, avaliou EMDR, tendo incluído 16 ECR e 563 indivíduos. Dois ECR mostraram que EMDR foi tão efetivo quanto à terapia de exposição. Mais seis estudos mostraram que EMDR foi mais efetivo que relaxamento ou lista de espera.

A importância dos movimentos oculares nessa técnica foi avaliada em cinco ECRs. Em dois estudos, a técnica com os olhos em movimento foi mais efetiva do que com os olhos fixos. Em outros três estudos não houve diferença.

Manejo afetivo

Um ECR¹⁴ com 48 mulheres, comparou manejo afetivo por 15

semanas a lista de espera. Todas as pacientes estavam em uso de medicação. O controle dos sintomas de TEPT e sintomas dissociativos foi melhor com manejo afetivo.

Outras psicoterapias

Um ECR¹⁵ com 112 indivíduos, não encontrou diferença significativa entre psicoterapia psicodinâmica, terapia de exposição e hipnoterapia. No entanto, todas essas intervenções foram melhores que lista de espera.

Quarenta e dois policiais foram investigados em um ECR de psicoterapia eclética breve (associação de alguns aspectos de TCC e psicoterapia psicodinâmica), em 16 sessões. O grupo tratamento teve uma melhor resposta em relação a lista de espera, no fim do tratamento (9% X 50% seguiram com sintomas de TEPT) e em três meses de seguimento (4% X 65% com sintomas).

Tratamento farmacológico

Uma revisão sistemática com metodologia da Colaboração Cochrane investigou a efetividade e a segurança de diversas abordagens farmacológicas no tratamento do TEPT.¹⁶ A última busca dessa revisão foi em 1999, incluindo 15 ECR. Dez estudos, com 868 indivíduos, usaram a escala *Clinical Global Impression* (CGI) como desfecho primário e foram agrupados. Essa escala avalia uma impressão subjetiva do terapeuta em relação ao estado geral do paciente comparado ao início do tratamento. Esse instrumento é uma escala categórica que, para ser analisada, costuma ser transformada em uma variável dicotômica (melhorou/ não melhorou).

As medicações avaliadas e o resultado individual para a escala CGI são apresentados na Tabela.

O resultado da metanálise, que combina o resultado de todos estudos avaliados, favorece as drogas ativas em relação ao placebo, sendo essa diferença estatisticamente significativa (RR 0,72; IC 95% 0,64-0,83). No entanto, o desempenho individual de cada medicação é ainda mais relevante que o resultado combinado, para melhor interpretação e aplicação desses dados. As medicações que isoladamente mostraram

Tabela - Resultado da escala CGI (dicotômica) dos ECR avaliados na revisão sistemática de farmacoterapia para TEPT.¹⁶

Medicação	N	RR	IC 95%
Antidepressivos tricíclicos			
Amitriptilina	40	0,56	0,24-1,31
Imipramina	41	0,48	0,26-0,90*
Antidepressivos ISRS			
Fluoxetina	53	0,39	0,14-1,08
Paroxetina	280	0,81	0,65-1,01
Sertralina	42	0,77	0,52-1,15
Sertralina	183	0,70	0,54-0,90*
Antidepressivo IMAO			
Fenelzina	37	0,44	0,21-0,90*
Outras			
Lamotrigina	14	0,67	0,29-1,54
Brofaromina	114	0,97	0,62-1,51
Brofaromina	64	0,56	0,30-1,07
Metanálise**	868	0,72	0,64-0,83*

N: número de participantes; RR: Risco Relativo; IC: Intervalo de Confiança; ISRS: inibidores seletivos da recaptação de serotonina; IMAO: inibidor da monoaminoxidase; *diferenças estatisticamente significativas; **usando um modelo de efeitos randômicos.

uma resposta melhor do que o placebo, na avaliação da impressão global pelo terapeuta, foram: imipramina, sertralina (em um dos ECR) e fenelzina. Apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos, todos os antidepressivos apresentaram uma tendência de melhor resposta. Essa falta de poder estatístico pode estar relacionada com o tamanho de amostra limitado.

No geral, os estudos não apresentaram dados sobre avaliação de aceitabilidade do tratamento e presença de efeitos colaterais. Nos estudos em que foram descritos, não há diferença significativa entre os grupos. Não foram encontrados revisões sistemáticas ou ECR de boa qualidade metodológica para avaliar o uso de antipsicóticos, benzodiazepínicos ou carbamazepina no tratamento do TEPT.

Discussão

No presente artigo, os principais resultados de pesquisas adequadas para avaliar a efetividade de intervenções no manejo do TEPT são apresentados. A partir desses dados, pode-se definir o papel claro de algumas intervenções, como a TCC, e identificar outras que, por mais que estejam inseridas no contexto diário do atendimento de indivíduos com TEPT, carecem de confirmação de sua efetividade. As principais limitações dos dados apresentados nessa revisão incluem escassez de estudos com metodologia adequada e amostras pequenas. Além disso, alguns aspectos dificultam mesmo a comparação entre os estudos, como populações diferentes e instrumentos diversos para avaliação da resposta terapêutica.

Na prevenção do TEPT, foram encontrados uma revisão sistemática de ECR e outros cinco ECR isolados. TCC e terapia de exposição prolongada parecem ser boas opções na prevenção do desenvolvimento do transtorno em pessoas que sofreram

traumas importantes. Não foram identificados estudos de análise econômica dessas intervenções, apesar de serem muito importantes na avaliação de intervenções preventivas. O resultado de um ECR sugere que uma intervenção integrada (aconselhamento, suporte e orientação) também pode ser uma opção relevante. Não se encontrou qualquer evidência de que *psychological debriefing*, uma intervenção breve numa única sessão, possa prevenir TEPT.

No tratamento do TEPT, diversas formas de psicoterapia foram avaliadas em duas revisões sistemáticas e alguns ECR e, no geral, mostraram-se efetivos no controle do transtorno. Deve ser dado enfoque especial às técnicas cognitivo-comportamentais, com um resultado de metanálise mostrando uma taxa de melhora em torno de 90% ao fim do tratamento e 85% em seis meses de seguimento. Outra revisão sistemática investigou as intervenções farmacológicas usadas no tratamento do TEPT. Dentre as medicações avaliadas, os antidepressivos foram mais efetivos que o placebo na redução de sintomas. No entanto, quando as drogas e os ECR são avaliados isoladamente, encontramos boa evidência de resposta apenas para imipramina, sertralina e fenelzina. Aspecto interessante desses estudos diz respeito à escassez do relato de efeitos colaterais que, quando descritos, não são diferentes entre medicação ativa e placebo. Outras intervenções usadas no manejo TEPT, como carbamazepina, benzodiazepínicos, antipsicóticos e associações de psicoterapia e medicação não foram adequadamente investigadas.

Estudos bem conduzidos, com avaliação em longo prazo e que incluem outras abordagens devem trazer mais luz no conhecimento das intervenções que podem modificar, ou mesmo prevenir, a evolução do TEPT.

Referências

- Rose S, Bisson J, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review). In: *The cochrane library*. Oxford: Update Software; 2003. Issue 2.
- Bordow S, Porritt D. An experimental evaluation of crisis intervention. *Soc Sci Med* 1979;13:251-6.
- Brom D, Kleber RJ, Defares PB. Brief psychotherapy of posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:607-12.
- Bryant RA, Harvey AG, Basten C, Dang ST, Sackville T, Basten C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive behavioural therapy and supportive counselling. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:862-6.
- Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counselling techniques. *Am J Psychiatry* 1999;156:1780-6.
- Andre C, Lelord F, Legeron P, Reigner A, Delattre A. Controlled study of outcomes after 6 months to early intervention of bus driver victims of aggression [in French]. *Encephale* 1997;23:65-71.
- Zatzick DF, Roy-Byrne P, Russo JE, et al. Collaborative interventions for physically injured trauma survivors: a pilot randomized effectiveness trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:114-23.
- Sherman JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress* 1998;11:413-36.
- Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioural procedures and counselling. *J Consult Clin Psychol* 1992;59:715-23.

10. Marks I, Lovell K, Noshirvani H, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:317-25.
11. Krakow B, Hollifield M, Johnston L, et al. Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:537-45.
12. Tarrier N, Sommerfield C, Pilgrim H, Humphreys L. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 1999;175:571-5.
13. Shepherd J, Stein K, Milne R. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of an emerging therapy. *Psychological Med* 2000;30:863-71.
14. Zlotnick C, Shea T, Rosen K, et al. An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress* 1997;10:425-36.
15. Brom D, Kleber RJ, Hofman MC. Victims of traffic accidents: incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychol* 1993;49:131-40.
16. Stein DJ, Zungu-Dirwayi N, van der Linden GJH, Seedat S. Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software; 2003. Issue 2.

Correspondência: Bernardo Garcia de Oliveira Soares

Av. Dr. Altino Arantes, 1132/113 Vila Clementino - 04042-005 São Paulo, SP, Brasil

E-mail: bgos@terra.com.br
