

Transtornos relacionados a traumas e a estressores

Trauma and stressor-related disorders

Camila Maria Severi Martins-Monte Verde¹, Thalita Padovan², Mario Francisco Juruena³

RESUMO

Os Transtornos relacionados a traumas e a estressores são quadros psiquiátricos relacionados a exposição a um evento traumático ou estressante, resultando em sofrimento psicológico relevante, prejuízo social, profissional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A apresentação clínica de tais transtornos é caracterizada por sintomas de ansiedade e de medo, anedonia, disforia, externalizações da raiva, agressividade e sintomas dissociativos. De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), as categorias diagnósticas incluídas nesse espectro são Transtorno de Apego Reativo, Transtorno de Interação Social Desinibida, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Estresse Agudo e os Transtornos de Adaptação. O objetivo desta revisão é introduzir o debate sobre a conceituação clínica e as diretrizes terapêuticas dos Transtornos Relacionados a Traumas e a Estressores, direcionando a escolha do profissional pelas práticas terapêuticas adequadas relacionadas a tais categorias diagnósticas. Além disso, os autores discutem as consequências do Estresse Precoce (situações traumáticas ocorridas na infância e adolescência) na vida adulta.

Palavras chave: Trauma. Eventos Estressantes. Estresse. Estresse Emocional. Síndrome da Criança Maltratada. Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores.

ABSTRACT

Trauma and Stressor-Related Disorders are psychiatric conditions related to exposure to a traumatic or stressful event, resulting in significant psychological distress social, professional and other relevant areas of the individual's life. The clinical presentation of these disorders is characterized by symptoms of anxiety and fear, anhedonia, dysphoria, externalizations of anger, aggressiveness and dissociative symptoms. According to the 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), the diagnostic categories included in this spectrum are Reactive Attachment Disorder, Disinhibited Social Engagement Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, Acute Stress Disorder and Adjustment Disorders. The objective of this review is to introduce the debate on clinical conceptualization and therapeutic guidelines of Trauma and Stressor-Related Disorders, directing professional's choice for proper therapeutic practices related to such diagnostic categories. Also, the authors discuss the consequences of early life stress (traumatic situations that occur in childhood and adolescence) in adulthood.

Key-words: Trauma. Stressful Events. Stress. Emotional Stress. Battered Child Syndrome. Trauma and Stressor Related Disorders.

1. Terapeuta Ocupacional. Docente e Coordenadora de Curso no Claretiano Centro Universitário de Batatais.
2. Terapeuta Ocupacional. Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.
3. Docente, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da FMRP USP e Prof. Honorário do Instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociências -King's College London.

CORRESPONDÊNCIA:
Prof. Dr. Mario F. Juruena
Saúde Mental - USP
Rua Tenente Catão Roxo, 2650
CEP: 14051-140 - Ribeirão Preto/SP
e-mail: juruena@fmrp.usp.br

Recebido em 08/02/2016
Aprovado em 22/08/2016

Introdução

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou a violência como um dos maiores problemas de saúde pública, definindo-a como o uso intencional da força física ou do poder, real ou por ameaça contra a própria pessoa, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que possa resultar ou tenha alta probabilidade de causar morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação de direitos.¹

Além das situações de violência interpessoal, casos de abusos e negligência infantil, assaltos, latrocínios, estupros, graves acidentes automobilísticos, desastres e catástrofes naturais fazem parte da realidade cotidiana da sociedade contemporânea.² Tais situações ocasionam prejuízos na área da saúde, assim como geram altos custos sociais para os cofres públicos, já que suas consequências atingem a vítima da ação violenta e seus familiares, afetando ainda diferentes esferas da vida do sujeito, tais como social, biológica e psicológica.^{3,4,5}

Deste modo, diversos estudos têm sido realizados mundialmente e no Brasil para detectar a taxa de vitimização da população.⁶ O estudo de Andreoli et al.⁷ evidenciou que no Brasil mais da metade dos habitantes das cidades do Rio de Janeiro e São Paulo relataram ter vivenciado um evento traumático ao longo de suas vidas. Outra pesquisa com amostra brasileira verificou que 36% das mortes ocasionadas por eventos externos são decorrentes de homicídio.⁸

No que se refere às situações de abuso físico com crianças e adolescentes, de acordo com o estudo conduzido por Pires e Miyazaki⁹ os abusos físicos infantis constituem a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos e a segunda causa entre 1 a 4 anos. As estimativas de países de alta renda é de que 4-16% das crianças sofram algum tipo de abuso infantil e que 10-20% testemunham a violência interpessoal. O abuso sexual é vivido por 15-30% das meninas e 5-15% dos meninos.¹⁰ Essa parcela percentual importante de crianças poderá desenvolver psicopatologias graves e incapacitantes, tais como: Depressão, Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno de Abuso de Substâncias e mais especificamente sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático como entorpecimento, ansiedade crônica, desamparo, baixa auto-estima, distúrbios

de sono e/ou alimentação, entre outros, além de comorbidades, ideação e tentativas suicidas na entrada da idade adulta.¹¹⁻¹⁴

Nesse sentido, diversos estudos têm sido conduzidos demonstrando o impacto do Estresse Précoce (EP) na vida adulta.¹⁵⁻¹⁸

De acordo com a literatura científica, o EP é um conceito amplo que envolve diversas experiências traumáticas ocorridas na infância e adolescência, tais como abusos e negligências, perda parental, divórcio dos pais, cuidadores com transtornos psiquiátricos, doença infantil envolvendo hospitalizações prolongadas, ausência de cuidados básicos, abandonos, privação de alimento e abrigo adequado, falta de encorajamento e suporte, bem como violência familiar.^{19,20} Tais experiências têm sido classificadas como importantes fatores de risco para psicopatologias no adulto, ocasionando prejuízos sociais, profissionais, funcionais, ocupacionais e gerando alterações no sistema neuroimunoendócrino.²¹

Importante ressaltar que as consequências imediatas do EP vivido podem levar a um risco de problemas comportamentais, incluindo comportamentos internalizantes, os quais se refletem através de sintomas de ansiedade, depressão, queixas somáticas e inibição. Também surgem alterações comportamentais como aumento da agressividade, delinquência e problemas relacionados a comportamentos sexuais (agressão, *acting out*), todos estes referentes a presença de comportamentos externalizantes.^{22,23} Nesse sentido, a literatura científica tem demonstrado que as consequências psicológicas do EP podem afetar de forma aguda a saúde mental de uma criança até a entrada da idade adulta.^{24,25}

Entretanto muitos casos continuam na invisibilidade política e social dos sistemas educacionais e jurídicos, assim como do sistema de saúde brasileiro. Os dados estatísticos sobre violência e EP no Brasil são esparsos e os casos notificados em todo o país em delegacias, conselhos tutelares, hospitais e institutos médico-legais demonstram uma pequena parcela da realidade, que não revelam a verdadeira dimensão do problema.^{3,26}

Considerando a relevância do trauma no desencadeamento de psicopatologias na vida adulta, em 2013 foi lançada a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), na qual consta uma seção específica para caracteri-

zar os quadros psiquiátricos relacionados a traumas, denominado de *Transtornos Relacionados a Traumas e a Estressores*.²⁷ Nessa seção estão incluídas as seguintes categorias: Transtorno de Apego Reativo, Transtorno de Interação Social Desinibida, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Estresse Agudo, Transtornos de Adaptação, além do Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Não Especificado e Outro Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Especificado.²⁸

Desta forma, o objetivo dessa revisão é introduzir o debate sobre a conceituação clínica e as diretrizes terapêuticas dos Transtornos Relacionados a Traumas e a Estressores, direcionando a escolha do profissional pelas práticas terapêuticas adequadas relacionadas a tais categorias diagnósticas. Além disso, os autores discutem as consequências do Estresse Precoce (situações traumáticas ocorridas na infância e adolescência) na vida adulta.

Evolução histórica dos critérios diagnósticos relacionados a traumas

Diversos relatos na literatura científica apontam para o impacto do trauma para a vida adulta. Os estudos de Pierre Briquet (1859), Pierre Janet (1880), Jean-Martin Charcot (1887) e Sigmund Freud (1887) explicitavam que as experiências traumáticas infantis desencadeavam sintomas histéricos na vida adulta.²⁹ Além disso, as consequências psicológicas geradas nos soldados de guerra pelas duas Grandes Guerras Mundiais enfatizaram a importância dos profissionais se atentarem às respostas exageradas ao estresse de ex-combatentes quando expostos às lembranças da guerra, caracterizando o quadro denominado de "neuroses de guerra", descrito em 1941 pelo psicanalista Abram Kardiner.^{29,30,31} As pesquisas e a publicação do livro "As Neuroses Traumáticas de Guerra" deste psicanalista foram relevantes para o estabelecimento dos critérios diagnósticos para o que seria chamado de Transtorno de Estresse Pós-Traumático futuramente.²⁹ Também a prevalência, prejuízos sociais, econômicos, clínicos e alta morbidade dos quadros psicopatológicos relacionados a eventos estressores foram decisivos para as mudanças ocorridas na caracterização diagnóstica relacionados a traumas nos manuais diagnósticos, especialmente no que diz respeito à classificação americana.³²

Na primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o DSM-I de 1952, as nomenclaturas diagnósticas dadas ao transtorno relacionado a trauma eram *Distúrbio Situacional Transitório de Personalidade, Reação Maciça ao Estresse; Reação Situacional do Adulto; Reação de Ajustamento*. No entanto, não haviam critérios diagnósticos específicos para tal quadro psiquiátrico e, além disso, havia uma descrição mencionando que a reação ao trauma grave poderia ocorrer em uma personalidade normal, a qual rapidamente desaparecia na maioria dos casos. Já no DSM-II (1968), a nomenclatura diagnóstica era *Reação de Ajustamento da Idade Adulta*, caracterizando sintomas pós-traumáticos.³³

Em 1980, o quadro psicopatológico decorrente do trauma recebeu a denominação de *Transtorno de Estresse Pós-Traumático*, sendo incluído em ambas as versões do DSM-III de 1980 e DSM-III-R de 1987, havendo critérios diagnósticos ainda mais específicos para o quadro psicopatológico, tais como reexperimentação do evento, embotamento emocional e variados sintomas sem critérios de duração.²⁹

Vale mencionar que nesse período, havia um grande número de ex-combatentes das grandes guerras mundiais com problemas mentais graves, ocorrendo uma mobilização de médicos psiquiatras, especialmente de Robert Jay Lifton que já estudava as consequências da guerra no psiquismo humano, para uma categorização sistematizada dentro dos manuais psiquiátricos.³⁰ Assim, uma postura valorativa por parte dos profissionais e pesquisadores da caracterização do quadro sintomatológico decorrente de um trauma intenso permitiu uma maior visibilidade para tal transtorno.³³ Na quarta versão do DSM, de 1994, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático foi incluído na categoria dos Transtornos de Ansiedade, sendo que nesta versão também foi incluído o Transtorno de Estresse Agudo para quadros mentais decorrentes de eventos traumáticos com apresentação clínica imediata ao trauma.^{30,33}

Deste modo, o interesse de pesquisadores e clínicos pelos efeitos neurobiológicos, emocionais, sociais e das diretrizes terapêuticas do trauma na saúde do indivíduo foi crescendo exponencialmente nas últimas décadas, especialmente na população não militar.³⁴ Um efeito positivo dessa valorização foi a inclusão de uma seção específica para o diagnóstico de Transtornos Relacionados a Trauma

e a Estressores, na 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), de 2013. Neste espectro foram incluídos o Transtorno de Apego Reativo e o Transtorno de Interação Social Desinibida que são transtornos específicos da criança. Foi mantido o quadro psicopatológico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático e o Transtorno de Estresse Agudo e incluído os Transtornos de Adaptação. Vale mencionar que estes se manifestam em crianças e adultos. O DSM-5 estabelece que todos esses diagnósticos estão relacionados à exposição a um evento traumático ou estressante, resultando em sofrimento psicológico importante, prejuízo social, profissional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Ademais, a apresentação clínica de tais transtornos é caracterizada por sintomas de ansiedade e medo, anedonia, disforia, externalizações da raiva, agressividade e sintomas dissociativos.²⁸

A seguir será feita uma descrição de cada uma das categorias incluídas no espectro dos Transtornos relacionados a Traumas e a Estressores.

Transtorno do apego reativo e transtorno de interação social desinibida

Os critérios diagnósticos para o Transtorno do Apego Reativo de acordo com o DSM-IV-TR constava na seção de *Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência*, sendo sub-classificada em "Tipo Inibido" e "Tipo Desinibido". Com as modificações decorrentes no DSM-5, o "Tipo Desinibido" originou o Transtorno de Interação Social Desinibida, enquanto que o "Tipo Inibido" passou a ter denominação exclusiva do Transtorno do Apego Reativo.³⁵

O Transtorno do Apego Reativo é um quadro psicopatológico infantil caracterizado por um padrão de comportamento de vínculo extremamente perturbado e inapropriado em termos de desenvolvimento infantil, onde a criança rara ou minimamente recorre a uma figura de apego para obter conforto, proteção e carinho. Sua manifestação clínica se dá através de sintomas internalizantes, com sintomas depressivos e comportamento retraído. Sabe-se que as características clínicas deste transtorno manifestam-se de maneira semelhantes entre 9 meses e 5 anos de idade.²⁸

A prevalência do Transtorno do Apego Reativo, ainda é desconhecida, com apresentação rara em

ambientes clínicos, embora alguns estudos mostram que não é comum sua ocorrência em crianças gravemente negligenciadas, de forma que as estatísticas apontam para uma porcentagem menor de 10%. Crianças diagnosticadas com este transtorno possuem a capacidade de formar vínculos seletivos, ocasionando prejuízos significativos no modo de se relacionar com os adultos ou amigos. No que diz respeito aos fatores de risco, a negligência social grave, caracterizada como a ausência de cuidados adequados durante a infância, é apontada como o único fator de risco para este transtorno e, portanto a qualidade do cuidado vai ser decisiva no prognóstico do quadro psicopatológico.²⁸

As comorbidades deste transtorno estão associadas às condições de negligência, como atrasos cognitivos e de linguagem, estereotípias, desnutrição grave e sintomas depressivos que podem estar presentes em tal quadro psicopatológico.²⁸

Em contrapartida, o Transtorno de Interação Social Desinibida é caracterizado por um padrão de comportamento que envolve uma conduta excessivamente familiar e culturalmente inapropriada com pessoas estranhas, apresentando desinibição e comportamentos externalizantes. Ele foi descrito em crianças a partir de 2 anos de idade até a adolescência, de forma que a apresentação clínica está relacionada com a faixa etária do desenvolvimento. A prevalência deste transtorno ainda é desconhecida, mas no caso de crianças colocadas em lares adotivos temporários ou criadas em instituições, tal condição diagnóstica ocorre em 20% das crianças.²⁸

O Transtorno de Interação Social Desinibida pode ser visto em crianças com história de negligência que carecem de vínculos ou cujos vínculos com seus cuidadores variam de seguros até perturbados. Dessa forma, a negligência social grave configura-se como o principal fator de risco, sendo ainda uma exigência para caracterização diagnóstica, embora a vulnerabilidade neurobiológica seja um fator importante no desfecho do quadro. Além disso, para a realização do diagnóstico é necessário que a criança tenha capacidade de formar vínculos seletivos, por isso a criança tem que ter no mínimo 9 meses.²⁸

No que diz respeito às comorbidades, crianças com Transtorno de Interação Social Desinibida podem ser diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) concomi-

tantemente. Vale mencionar que o transtorno ocasiona prejuízos nas habilidades e relacionamentos interpessoais de crianças e adolescentes, sendo assim a qualidade do ambiente de cuidados após a negligência social grave é um fator primordial para o bom prognóstico, embora se saiba que o transtorno persiste até mesmo em crianças cujo ambiente de cuidado apresentou melhoras.²⁸

Embora a negligência social grave seja o principal fator etiológico destes quadros psicopatológicos da infância, tais transtornos apresentam diferenças significativas na apresentação clínica, manejo terapêutico e intervenção, já que o Transtorno do Apego Reativo se manifesta a partir de sintomas internalizantes e o Transtorno da Interação Social Desinibida por comportamentos externalizantes.^{28,35}

Transtorno de estresse pós-traumático

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é caracterizado pela presença de sintomas de evitação e embotamento (interesse diminuído nas atividades diárias, sentimento de alheamento e espectro restrito do afeto), reexperimentação do evento traumático, excitabilidade aumentada (insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, hipervigilância e resposta de sobressalto exagerada), presentes após a exposição a um ou mais eventos traumáticos, envolvendo experiência pessoal direta ou um evento real ou ameaçador.²⁸

Os sintomas do TEPT comumente se manifestam dentro dos primeiros três meses depois do trauma, embora possa haver um atraso de meses, ou até anos. O TEPT pode ter três apresentações clínicas: aguda com duração de 1 a 3 meses, crônica com mais de 3 meses de duração e o TEPT de expressão ou manifestação tardia em que os sintomas aparecem no mínimo 6 meses após o trauma.^{28,31} A reação e apresentação clínica do TEPT estão intimamente relacionadas com a natureza do evento traumático, a quantidade de exposições, a reação diante do estressor, vulnerabilidade genética e a rede de apoio do indivíduo após o evento.^{36,37} Além disso, o TEPT está relacionado com a dificuldade de elaborar o evento traumático vivido, já que o medo faz com que a pessoa reviva constantemente aquela situação.³⁰

O manual diagnóstico americano estabelece que a característica do trauma deve ser intensa, porém esta classificação perpassa por uma questão

individual e subjetiva e portanto entende-se que o trauma intenso está relacionado com o significado pessoal que o indivíduo atribui aquela determinada situação traumática.³⁰

Vale destacar que a principal modificação realizada no DSM-5 para os critérios diagnósticos do TEPT diz respeito à expansão do critério A, em que além do indivíduo vivenciar ou testemunhar o trauma, ele pode ter conhecimento da ocorrência do evento traumático com algum familiar ou amigo próximo, além de ser exposto a detalhes aversivos do trauma.³⁵ Além desta, foi especificado no critério D do TEPT, alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois do evento, de forma que o sintoma depressivo no TEPT passa a ser um critério importante para caracterização do quadro psicopatológico.²⁸

A prevalência do TEPT na população, de um modo geral, varia entre 1 a 14%, entretanto, estudos apontam que ela pode variar de acordo com a fase do desenvolvimento, valendo ressaltar que a maior prevalência se dá em indivíduos adultos, especialmente mulheres.²⁸ As estimativas também indicam que a prevalência está associada à ocupação do sujeito, a qual está envolvida ao risco a exposição traumática, tais como os veteranos de guerra, policiais, bombeiros, socorristas, evidenciando assim taxas de três a 58% nessas populações.³⁶

É importante considerar os fatores de risco envolvidos na etiologia do TEPT, os quais são subdivididos em pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos. Os pré-traumáticos estão associados com problemas emocionais na infância até os seis anos de idade, transtornos mentais prévios, status socioeconômico baixo, gênero feminino e idade mais jovem durante a exposição, além de exposição a estressores na infância. De modo particular, vários estudos atuais têm demonstrado associações de abusos e negligência na infância com o desencadeamento de TEPT no adulto.^{28,38,39} O estudo conduzido por Afifi et al.⁴⁰ demonstrou que indivíduos expostos à abuso físico, abuso sexual e a negligência estão predispostos a desenvolver TEPT, além de transtorno de conduta e cometer o suicídio.

Com relação aos fatores peritraumáticos, estes dizem respeito à gravidade do trauma, ameaça à vida e dissociação ocorrida durante o trauma. No que tange aos fatores peritraumáticos estão incluí-

das suporte social pobre e estressores adicionais, avaliações negativas, estratégias de enfrentamento inapropriadas e desenvolvimento do transtorno de estresse agudo.²⁸ Nesse sentido, o desenvolvimento do TEPT envolve uma complexa interação de componentes genéticos e ambientais, os quais ocasionam um desequilíbrio nos fatores de risco e na resiliência, ou seja, a capacidade de superação ou adaptação diante de uma dificuldade considerada como um risco para o indivíduo.^{30,41}

Pessoas com TEPT apresentam 80% de chances de apresentar pelo menos um critério diagnóstico de transtorno mental comórbido.⁴ Estudos de base populacional apontaram que a prevalência de comorbidades para o TEPT varia entre 60 a 88,3%.^{42,43} Entre as psicopatologias comórbidas mais comuns encontram-se os transtornos por abuso de substância, depressão, transtornos ansiosos e o transtorno de conduta.^{44,45}

As doenças clínicas comórbidas mais frequentes são a hipertensão, úlcera péptica e doenças respiratórias.⁴⁶ Sendo assim, as comorbidades psiquiátricas representam um importante fator de risco para gravidade e cronicidade do TEPT.³³

A literatura científica aponta ainda que pacientes com TEPT apresentam probabilidade de 6 vezes maior em tentar o suicídio do que a população geral.^{47,48} Deste modo, as consequências do TEPT se estendem para diferentes esferas da vida da pessoa, ocasionando incapacidades sociais, profissionais e físicas. Ocorre um empobrecimento nas relações interpessoais, faltas ao trabalho, consequentemente diminuição na renda, gerando assim, menor sucesso acadêmico e profissional, o qual está intimamente ligado com a qualidade de vida.^{28,45} Além disso, estudos apontam que indivíduos expostos a diferentes eventos estressores podem desenvolver múltiplos episódios de TEPT.⁴ Evidências adicionais sugerem que tais pacientes apresentam alterações no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) indicando assim que a resposta ao estresse está cronicamente ativada.^{49,50}

No que se refere ao prognóstico deste quadro psicopatológico, pesquisas científicas apontam que quanto mais precoce for realizada as intervenções terapêuticas maiores serão as chances do paciente apresentar um bom prognóstico.⁴⁶

A Tabela 1 descreve os critérios diagnósticos para o TEPT.

Vale mencionar que os critérios diagnósticos se aplicam para adultos, adolescentes e crianças a partir dos seis anos de idade.

Transtorno de estresse agudo

O Transtorno de Estresse Agudo (TEA) caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas de medo intenso ou sensação de impotência, típicos da reação mediante à exposição traumática. Sabe-se que a apresentação clínica é muito individualizada, mas em geral envolve uma resposta de ansiedade, incluindo reatividade ou revivência do evento traumático, onde o indivíduo passa a reviver o evento traumático a partir de sonhos, pensamentos e imagens, ocasionando prejuízos significativos. Possui duração variando de três dias a um mês após a exposição, assim, para que o quadro sintomatológico pleno esteja presente é necessário a ocorrência dos sintomas no mínimo três dias depois do evento traumático de forma que o diagnóstico só pode ser feito até um mês depois do evento.²⁸

Os eventos traumáticos devem ser violentos ou acidentais, tais como ataque pessoal violento, suicídio, acidente grave ou lesão e a gravidade deve estar intimamente relacionada com a intensidade e proximidade com o agressor. Ademais, a partir das modificações ocorridas no DSM-5, o critério diagnóstico A para o TEA foi expandido, em que além do indivíduo vivenciar ou testemunhar o trauma, ele pode ter conhecimento da ocorrência do evento traumático com algum familiar ou amigo próximo, além de ser exposto a detalhes aversivos do trauma, similarmente a modificação sofrida para o critério A do TEPT.³⁵ Assim, fica evidente que o critério diagnóstico A é uma condição necessária para a realização do diagnóstico do TEPT e TEA.³⁰

No que se refere à prevalência do TEA, esta varia de acordo com a natureza do evento e o contexto no qual é avaliado, mas as estatísticas atuais giram em torno de menos de 20% dos casos após eventos traumáticos.²⁸

Com relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do TEA, no âmbito do temperamento incluem-se histórico de transtorno psiquiátrico anterior, níveis elevados de afetividade negativa, maior gravidade percebida do evento traumático, estilo de enfrentamento evitativo, avaliações exageradas de dano futuro, culpa ou desespero.

Tabela 1: Critérios diagnósticos para o transtorno de estresse pós-traumático, de acordo com o DSM-5 (adaptado da ref. 28).

Critério A	Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma ou mais das seguintes formas: vivenciar diretamente o evento traumático, testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas, saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo, sendo um evento violento ou acidental, ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático.
Critério B	Presença de um ou (ou mais) sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência: lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático, sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e /ou sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático, reações dissociativas, nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente, sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos e externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático e reações fisiológicas intensas.
Critério C	Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos: evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático, evitação ou esforços para evitar lembranças externas que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.
Critério D	Alterações negativas em cognições e no humor associado ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, evidenciado por dois ou mais dos seguintes aspectos: incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático, crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo, cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros, estado emocional negativo persistente, interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas, sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros, incapacidade persistente de sentir emoções positivas.
Critério E	Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois ou mais dos seguintes aspectos: comportamento irritadiço e surtos de raiva geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas ou objetos, comportamento imprudente ou autodestrutivo, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, problemas de concentração e perturbação do sono.
Critério F	A perturbação (critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.
Critério G	A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
Critério H	A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (ex: medicamento, álcool) ou outra condição médica.

História de trauma anterior configura-se como o fator ambiental, enquanto que diz no fator genético e fisiológico, o DSM-5 aponta que pessoas do sexo feminino possuem mais risco de desenvolver o TEA.²⁸

Entre as principais comorbidades existente no TEA, o DSM-5 menciona que é relativamente comum que indivíduos com TEA sofram ataques de pânico dentro do primeiro mês após o evento traumático, sendo desencadeado pelas lembranças do trauma ou até mesmo de maneira espontânea.²⁸ É importante salientar que o TEA pode ainda predispor ao desencadeamento de TEPT.²⁹

Deste modo, a pessoa com TEA apresenta graves prejuízos funcionais, sociais, interpessoais e profissionais, já que os níveis extremos de ansiedade interferem no sono, nos níveis de energia e consequentemente na capacidade de realizar tarefas. Assim, o indivíduo afasta-se de situações percebidas como potencialmente ameaçadoras, originando faltas a consultas médicas, no trabalho e evitação em compromissos importantes.²⁸

O prognóstico do TEA está relacionado com diversos fatores, sendo eles: a curta duração do quadro psicopatológico, início imediato dos sintomas, apoio social, ausência de outros transtornos psiquiátricos anteriores.⁵¹

A Tabela 2 descreve os critérios diagnósticos para o Transtorno de Estresse Agudo, de acordo com o DSM-5.

Transtornos de adaptação

O Transtorno de Adaptação caracteriza-se pela presença de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor ou estressores identificáveis, sendo que o estressor pode ser um único evento ou haver múltiplos estressores. Eles podem ser

recorrentes, como crises profissionais cíclicas, ou contínuos, como por exemplo, doença dolorosa com incapacidade persistente, podendo ainda afetar um único sujeito ou a família como um todo, a exemplo das situações de desastre natural. O Transtorno de Adaptação pode ainda ser diagnosticado após a morte de um ente querido quando a qualidade, intensidade e persistência do luto exceder a expectativa normal de acordo com a cultura, religião e a idade.²⁸

O curso e desenvolvimento do transtorno começam dentro de três meses após o estressor e não dura mais que seis meses depois que o estressor cedeu. No que diz respeito à prevalência deste transtorno, o DSM-5 aponta que em contextos ambulatoriais, a taxa varia em torno de 5 a 20% dos pa-

Tabela 2- Critérios diagnósticos para o Transtorno de Estresse Agudo, de acordo com o DSM-5, (adaptado da ref. 28).

Critério A	Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violação sexual em uma ou mais das seguintes formas: vivenciar diretamente o evento traumático, testemunhar pessoalmente o evento ocorrido a outras pessoas, saber se o evento ocorreu com familiar ou amigo próximo, sendo um evento violento ou acidental, ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático.
Critério B	Presença de nove (ou mais) dos seguintes sintomas de qualquer uma das cinco categorias de intrusão, humor negativo, dissociação, evitação e excitação, começando ou piorando depois da ocorrência do evento traumático.
Critério C	A duração da perturbação (sintomas do critério B) é de três dias a um mês depois do trauma.
Critério D	A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
Critério E	A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (ex: medicamento, álcool) ou outra condição médica (ex: lesão cerebral traumática leve) e não é mais bem explicado por um transtorno psicótico breve.

cientes em tratamento, enquanto que nos serviços de consultoria psiquiátrica hospitalar a taxa pode chegar a 50%. No que diz respeito ao fator de risco, sujeitos em circunstâncias de vida desfavorável vivenciaram uma taxa elevada de estressores, estando mais suscetíveis a desenvolver o Transtorno de Adaptação. O DSM-5 aponta que tal quadro psicopatológico possui maior risco de tentativa e consumação de suicídio.²⁸

O prejuízo deste quadro psiquiátrico diz respeito à queda no desempenho profissional ou acadêmico e por meio de mudanças temporárias nas relações sociais. Além disso, o sujeito com Transtorno de Adaptação pode desenvolver a maioria dos transtornos mentais, a exemplo do transtorno obsessivo-compulsivo, sendo ainda comum a ocorrência de doenças clínicas como comórbidas.²⁸

A Tabela 3 descreve os critérios diagnósticos para o Transtorno de Adaptação, de acordo com o DSM-5.

O DSM-5 também descreve duas categorias diagnósticas, uma denominada de *Outro Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Especificado* e outra denominada de *Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Não Especificado*. A categoria *Outro Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Especificado* é utilizada para caracterizar situações onde o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer outro transtorno

relacionado ao trauma e estressores especificado. A apresentação dos sintomas causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional e/ou outras áreas importantes da vida do indivíduo, porém não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de Transtorno Relacionado a Traumas e a Estressores. Enquanto que a categoria denominada de *Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Não Especificado* (F43.9) é utilizada quando o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios diagnósticos para um transtorno específico relacionados a traumas e estressores não são satisfeitos. Os sintomas característicos não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de Transtornos Relacionados a Traumas e a Estressores.²⁸

Estresse precoce e transtornos psiquiátricos no adulto

Dada a relevância do trauma no curso do desenvolvimento do indivíduo, pesquisas recentes têm examinado suas consequências nas fases iniciais do crescimento do sujeito, apontando que quando o estresse ocorre precocemente passa a desempenhar um importante elemento na produção e exacerbação de uma variedade de modificações fisiológicas e psicológicas, acarretando em "cicatrices biológicas" e psicológicas que dificilmente irão cicatrizar.⁵² Nesse sentido, o quadro da negligência

Tabela 3: Critérios diagnósticos para o Transtorno de Adaptação, de acordo com o DSM-5
(adaptado da ref. 28).

Critério A	Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor ou estressores identificáveis ocorrendo dentro de três meses do início do estressor ou estressores.
Critério B	Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, conforme evidenciado por um ou mais dos seguintes aspectos: sofrimento intenso desproporcional à gravidade ou à intensidade do estressor, considerando-se o contexto cultural e os fatores culturais que poderiam influenciar a gravidade e a apresentação dos sintomas, prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
Critério C	A perturbação relacionada ao estresse não satisfaz os critérios de outro transtorno mental e não é meramente uma exacerbação de um transtorno mental preexistente.
Critério D	Os sintomas não apresentam luto normal.
Critério E	Uma vez que o estressor ou suas consequências tenham cedido, os sintomas não persistem por mais de seis meses.

social grave definido como a ausência de cuidados adequados durante a infância pode ser caracterizado como um trauma precoce e está intimamente relacionado com diversos efeitos negativos para a vida adulta. Assim, também é importante considerar a definição de negligência proposta por David B. Bernstein, o qual desenvolveu um instrumento considerado padrão ouro na literatura para investigação de situações traumáticas na infância e adolescência, que foram caracterizadas em cinco subtipos de EP.⁵³

Segundo esse autor, a negligência física é considerada a falha dos pais ou responsáveis em termos de fornecer necessidades básicas, tais como: alimentação, vestuário adequado, moradia, segurança, supervisão e saúde. Outro tipo de negligência, a emocional, é definida como a falha do cuidador ao fornecer as necessidades emocionais e psicológicas como o amor, motivação e o suporte.²⁰ Os abusos infantis também podem repercutir negativamente no desenvolvimento biopsicossocial de crianças e adolescentes. O abuso físico é aquela situação em que as agressões físicas cometidas por alguém mais velho, ocasionam lesões físicas importantes. O abuso emocional é caracterizado por agressões verbais e ameaças que afetam o bem estar e a moral da criança e o abuso sexual é definido como qualquer tipo de contato ou comportamento sexual entre uma criança e alguém que está em posição de poder sobre a mesma.²⁰ Dessa forma, faz-se necessário que o profissional da saúde tenha condições de caracterizar tais circunstâncias devido ao impacto que eles podem ocasionar em diferentes esferas da vida do sujeito, entre elas o aparecimento de quadros psiquiátricos na vida adulta, como depressão, transtorno bipolar, transtorno de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno abusivo de substância.^{15,16,36,54}

Uma revisão sistemática da literatura demonstrou que diferentes subtipos de EP estão associados com transtornos psiquiátricos no adulto, principalmente com os transtornos depressivos, ansiosos e transtornos de personalidade Borderline.⁵⁵ Outra revisão⁵⁶ analisou a associação direta entre os diferentes subtipos de EP com os

transtornos psiquiátricos no adulto, revelando que abuso físico, sexual e a negligência inespecífica foram associados com os transtornos depressivos e ansiosos, enquanto a negligência física foi

associada com transtorno de personalidade e que o abuso emocional foi associado com transtorno de personalidade e esquizofrenia.

Corroborando com os achados da literatura, a pesquisa realizada por Martins et al.⁵⁷ identificou associação entre o abuso emocional infantil e ocorrência de depressão na vida adulta de pacientes em regime de semi-internação psiquiátrica. Além disso, a literatura científica aponta que pacientes com EP apresentam pior resposta terapêutica.^{58,59,60}

Diferentes estudos ainda examinam a relação entre o estresse, funcionamento do eixo HPA e depressão no adulto,⁶¹ enfatizando a importância do eixo HPA como um potencial biomarcador para prever a ocorrência e recaída de quadros psicopatológicos no adulto.^{49,62}

Entretanto deve se considerar que nem todas as pessoas expostas ao EP irão desenvolver psicopatologias, sendo fundamental a compreensão das diferenças individuais na vulnerabilidade e a resiliência aos efeitos patogênicos do estresse. Assim, fatores preexistentes conhecidos para modular a capacidade do organismo de compensar, em resposta ao desafio emocional, poderia interferir em uma adaptação bem sucedida e transmitir a vulnerabilidade no desenvolvimento de tais psicopatologias.⁶³ A figura 1 exemplifica o modelo de vulnerabilidade ao EP para desencadeamento de transtornos psiquiátricos

Tratamento

A avaliação é uma parte fundamental no diagnóstico psiquiátrico, possuindo diversas funções importantes, entre elas: estabelecimento dos critérios diagnósticos, mensuração da gravidade dos sintomas, além de permitir ao clínico medir os progressos e resposta obtida ao tratamento.³¹ A revisão do DSM-5, com a inclusão de uma seção específica para os Transtornos relacionados a Traumas e a Estressores tem permitido que o profissional consiga realizar um diagnóstico mais preciso e rigoroso diante dos efeitos do trauma na saúde mental do paciente.

Considerando o predomínio de estudos sobre as diretrizes terapêuticas, para pacientes com TEPT, serão destacadas as evidências científicas na literatura atual do tratamento para pacientes com esse diagnóstico. Desse modo, no que se refere ao tratamento farmacológico, os Inibidores Seletivos da

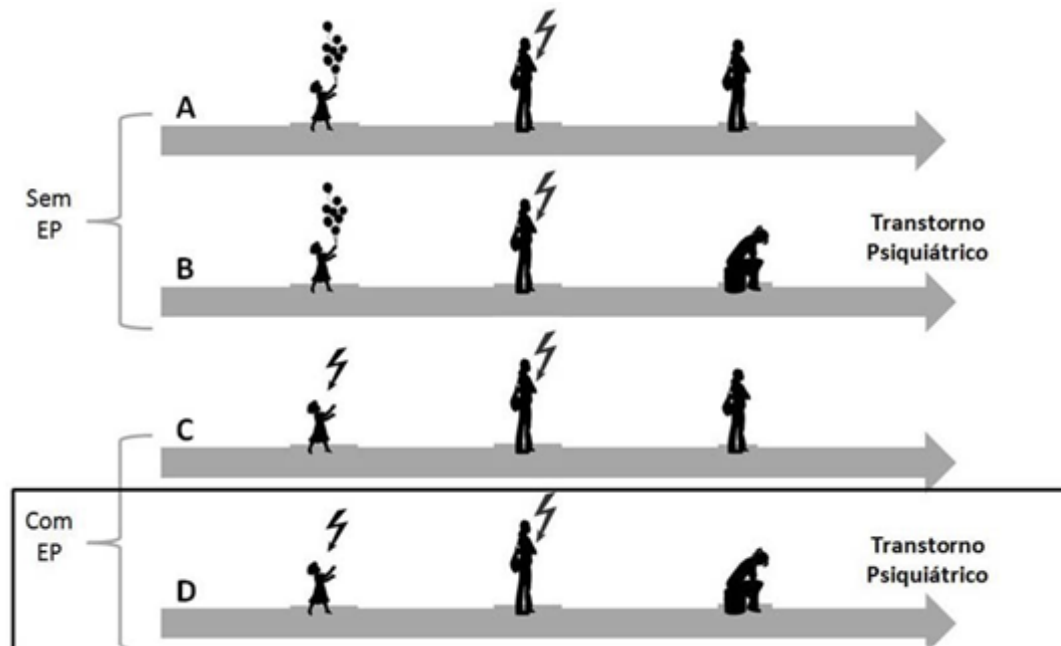


Figura 1: Modelo do Papel do Estresse Precoce (EP) nos Transtornos Psiquiátricos

(A) Adultos podem ser resilientes ao transtorno mental apesar de expostos a traumas e estresse severo; (B) A ocorrência de Estresse Precoce pode predispor o indivíduo a desenvolver transtornos psiquiátricos; (C) Nem todas as crianças e adolescentes expostos ao Estresse Precoce desenvolverão transtornos psiquiátricos, embora sejam expostas a traumas e estresse na vida adulta; (D) A exposição ao Estresse Precoce e a nova exposição a trauma e estresse na vida adulta pode dar origem a predisposição de fenótipo vulnerável para transtornos psiquiátricos no adulto. Adaptado de Raabe & Spengler .(54).

Recapitação da Serotonina (ISRS), com destaque para a paroxetina e sertralina são considerados os fármacos de primeira linha.³⁶

Já na linha das psicoterapias, os estudos indicam o uso de psicoterapias breves e pontuais para evitar a ratificação da memória traumática. Assim, são utilizadas as seguintes abordagens: Terapia de Exposição, considerada padrão ouro no tratamento para o TEPT. Existem ainda a Psicoterapia Breve de Base Dinâmica, a Terapia Interpessoal, a EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), a Terapia Cognitiva Comportamental e a Terapia Cognitiva.³⁶ A Terapia Ocupacional também se configura como uma abordagem psicossocial que realiza intervenções nos prejuízos funcionais, profissionais, emocionais e sociais através de atividades significativas e prazerosas do sujeito em sofrimento psíquico desencadeado por situações traumáticas. O trabalho deste profissional é feito a partir da organização e estruturação das atividades cotidianas,

tais como as Atividades de Vida Diária (AVD's), Atividades Instrumentais de Vida Prática (AIVD's), Lazer, Trabalho e Participação Social potencializando assim o desempenho ocupacional e os papéis ocupacionais do seu cliente.⁶⁴

A literatura aponta que o paciente com TEPT é bastante responsivo aos tratamentos oferecidos e ainda que o sucesso do tratamento está relacionado com o suporte familiar e mudanças em estilo de vida e práticas de psicoeducação sobre a doença.^{34,46} Vale mencionar que estudos atuais apontam que a combinação de diferentes abordagens terapêuticas apresenta melhor resposta ao tratamento para pacientes psiquiátricos que vivenciaram algum tipo de trauma intenso.⁶⁵

Agradecimentos

Agradecemos à FAPESP, CAPES e CNPq pelo suporte financeiro, à Vinicius Ferreira Borges e à Nyanne Beckman Bosaipo e pela revisão do texto.

Mensagens-chave

- Os Transtornos Relacionados a Traumas e Estressores são condições psiquiátricas relacionadas à exposição a um evento traumático ou estressante, resultando em sofrimento psicológico importante, prejuízo social, profissional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- O efeito do trauma e eventos estressores vem sendo estudado desde épocas remotas, havendo um interesse crescente nas últimas décadas, entre os pesquisadores e clínicos, o qual ocasionou modificações importantes nos critérios diagnósticos do DSM-5 para caracterizar os quadros psicopatológicos relacionados a traumas e a estressores.
- A negligência social grave configura-se como fator etiológico comum para o Transtorno do Apego Reativo e para o Transtorno de Interação Social, porém tais quadros psiquiátricos apresentam diferenças significativas na apresentação clínica, manejo terapêutico e intervenção.
- As principais modificações realizadas no DSM-5 para os critérios diagnósticos do TEPT dizem respeito à expansão do critério A, em que além do indivíduo vivenciar ou testemunhar o trauma, ele pode ter conhecimento da ocorrência do evento traumático com algum familiar ou amigo próximo, além de ser exposto a detalhes aversivos do trauma. Além disso no critério D, acrescentou-se alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático.
- O Estresse Precoce constitui-se como um importante fator de risco para desencadeamento de transtornos psiquiátricos graves e incapacitantes no adulto, acarretando em "cicatrices biológicas".
- As diretrizes terapêuticas para pacientes com Transtornos relacionados a Traumas e a Estressores incluem a combinação de abordagens psicossociais, tais como diversas linhas de psicoterapia, psicoeducação e terapia ocupacional associadas com psicofármacos.

Questões para debate

- 1) O que diferencia o Transtorno do Apego Reativo do Transtorno de Interação Social Desinibida?
- 2) Quais são as principais diferenças clínicas entre o TEPT e o Transtorno de Estresse Agudo?
- 3) Aponte as principais causas para o Transtorno de Adaptação?
- 4) Qual a importância do clínico avaliar a presença de Estresse Precoce na história de vida do paciente?
- 5) Quais são as diretrizes terapêuticas e farmacológicas para os Transtornos relacionados a Traumas e a Estressores?

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde. Genebra: PMS, 2002.
2. Ferreira-Santos E, Simões K. Técnicas Psicoterápicas. In: Mello MFd, Bressan RA, Andreoli SB, Mari JdJ, editors. Transtorno de Estresse Pós Traumático-TEPT-Diagnóstico e Tratamento. Barueri: Manole; 2006. p. 29-42.
3. Ferreira MHM, Azambuja MRFd. Aspectos jurídicos e psíquicos da inquirição da criança vítima. In: Azambuja MRFd, Ferreira MHM, editors. Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 48-66.
4. Solomon SD, Davidson JR. Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *J Clin Psychiatr.* 1997;58 Suppl 9:5-11.
5. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11:1163-78.
6. Ribeiro WS, Andreoli SB, Mari JdJ. Epidemiologia da Violência e sua Relação com os Problemas de Saúde Mental no Brasil. In: Fiks JP, Mello MFd, editors. *Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Violência, Trauma e Medo no Brasil.* São Paulo: Atheneu; 2011. p. 129-38.
7. Andreoli SB, Ribeiro WS, Quintana MI, Guindalini C, Breen G, Blay SL, et al. Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: the protocol for an epidemiological and genetic survey. *BMC Psychiatr.* 2009;9:34.
8. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MH, da Silva CM, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet.* 2011;377(9781):1962-75.
9. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde.* 2005;12:42-9.
10. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009;373(9657):68-81.
11. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse Negl.* 2010;34:454-64.
12. Koss MP, Bailey JA, Yuan NP, Herrera VM, Lichter EL. Depression and PTSD in Survivors of Male Violence: Research and Training Initiatives to Facilitate Recovery. *Psychol Women Q.* 2003;27:130-42.
13. Saffioti HIB. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. Violência em debate. 3 ed. São Paulo: Moderna; 1997. p. 39-57.
14. Williams LCA. Abuso Sexual Infantil. In: Guilhardi HJ, Madi MBBP, Queiroz PP, Scoz MC, editors. Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento: ESETEC; 2001. p. 155-64.
15. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *J Psychiatr Res.* 2010;44:732-40.
16. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II: associations with persistence of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatr.* 2010;67:124-32.
17. Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety.* 2007;24:256-63.
18. Bulik CM, Prescott CA, Kendler KS. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *Br J Psychiatr.* 2001;179:444-9.
19. Zavaschi MLS, Satler F, Poester D, Vargas CF, Piazenski R, Rohde LAP, et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24:189-95.
20. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003;27:169-90.
21. Mello MFd, Mello AdAFd, Juruena MF, Carpenter LL, Price LH. Psiconeuroendocrinologia no TEPT. In: Mello MFd, Bressan RA, Andreoli SB, Mari JdJ, editors. Transtorno de Estresse Pós-Traumático-Diagnóstico e Tratamento. Barueri: Manole; 2006. p. 43-59.
22. Abramovitch S, Maia MC, Cheniaux E. Transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo: associação com abuso físico na infância. *Archives of Clinical Psychiatry.* 2008;35:159-64.
23. Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH. Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo- pituitária-adrenal. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31:S41-S8.
24. Aded NLdO, Dalcin BLGdS, Moraes TMD, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Archives of Clinical Psychiatry.* 2006;33:204-13.
25. Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eat Disord.* 2007;15(4):285-304.
26. Carvalho AAd, Wada RS, Daruge Junior E, Bittar TO, Paranhos LR. Análise da conduta ética do pediatra frente a crianças vítimas de maus tratos. *HU Rev.* 2010;36:183-7.
27. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ª ed. Washington:2013.
28. APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
29. Schestatsky S, Shansis F, Ceitlin LH, Abreu PBS, Hauck S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:8-11.
30. Mello MFd, Pupo MC. A Clínica dos Transtornos de Estresse Pós- Traumático e de Estresse Agudo. In: Mello MFd, Fiks JP, editors. Transtorno de estresse pós-traumático: Violência, medo e trauma no Brasil São Paulo: Atheneu; 2011. p. 165-73.
31. Nutt D, Ballenger J. Transtornos de Ansiedade: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno de Estresse Pós- Traumático. In: Nutt D, Ballenger J, editors. Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Rio de Janeiro: MedLine; 2009. p. 143-212.
32. Sbardelloto G, Schaefer LS, Justo AR, Haag Kristensen C. Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico USF.* 2011;16:67-73.
33. Câmara Filho JWS, Sougey EB. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23:221-8.
34. Bernik M, Laranjeiras M, Corregiari F. Tratamento farmacológico do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:46-50.
35. Araújo AC, Lotufo Neto F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Rev Bras Ter Comport Cogn.* 2014;16:67-82.
36. Valente NLM, Mello MFd, Fiks JP. Transtorno do Estresse Pós Traumático. In: Mari JdJ, Pitta JcDn, editors. *Psiquiatria por meio de casos clínicos.* Barueri: Manole; 2011. p. 51-66.

37. Kapczinski F, Margis R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:3-7.
38. Heim C, Nemeroff CB. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr.* 2009;14(1 Suppl 1):13-24.
39. Neigh GN, Gillespie CF, Nemeroff CB. The neurobiological toll of child abuse and neglect. *Trauma Violence Abuse.* 2009;10:389-410.
40. Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse Negl.* 2009;33:139-47.
41. Junqueira MdFPdS, Deslandes SF. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad Saúde Pública.* 2003;19:227-35.
42. Kessler RC, Rubiow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med.* 1997;27:1079-89.
43. Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Am J Psychiatr.* 1995;152:280-2.
44. Margis R. Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:17-20.
45. Yeh MSL. O Tratamento Farmacológico do Transtorno de Estresse-Pós Traumático. In: Fiks JP, Mello MFd, editors. *Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Violência, medo e trauma no Brasil.* São Paulo: Atheneu; 2011. p. 197-204.
46. Stein AT, De Carli E, Casanova F, Pan MS, Pellegrin LG. Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2004;26:158-66.
47. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med.* 1991;21:713-21.
48. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatr.* 1999;56:617-26.
49. Baes C, Martins CM, Tofoli SM, Juruena MF. Early life stress in depressive patients: HPA axis response to GR and MR Agonist. *Front Psychiatry.* 2014;5:2.
50. Rohleder N, Joksimovic L, Wolf JM, Kirschbaum C. Hypocortisolism and increased glucocorticoid sensitivity of pro-inflammatory cytokine production in Bosnian war refugees with posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatr.* 2004;55:745-51.
51. Sadock BJ, Sadock VA. *Transtorno de Estresse Pós-Traumático.* Compêndio de Psiquiatria. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 665-73.
52. Teicher MH. Feridas que não cicatrizam: a neurobiologia do abuso infantil. *Scientific American Brasil.* 2002; 1: 83-9.
53. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 1997;36:340-8.
54. Raabe FJ, Spengler D. Epigenetic Risk Factors in PTSD and Depression. *Front Psychiatry.* 2013;4:80.
55. Martins CMS, Tofoli aMdC, Baes CVW, Juruena M. Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: a systematic review. *Psychol Neurosci.* 2011;4:219-27.
56. Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201:1007-20.
57. Martins CM, Von Werne Baes C, Tofoli SM, Juruena MF. Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202:774-82.
58. Cort NA, Gamble SA, Smith PN, Chaudron LH, Lu N, He H, et al. Predictors of treatment outcomes among depressed women with childhood sexual abuse histories. *Depress Anxiety.* 2012;29:479-86.
59. Harkness KL, Bagby RM, Kennedy SH. Childhood maltreatment and differential treatment response and recurrence in adult major depressive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80:342-53.
60. Tofoli SMC. *Depressão, Estresse Precoce, Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal e a Resposta Terapêutica: avaliações psicométricas e psiconeuroendócrinas.* [dissertação] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2013.
61. Tofoli SMC, Baes CVW, Martins CMS, Juruena M. Early life stress, HPA axis, and depression. *Psychol Neurosci.* 2011;4:229-34.
62. Holsboer F. The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacol.* 2000;23:477-501.
63. Juruena MF. *The neurobiology of treatment resistant depression: role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and glucocorticoid and mineralocorticoid receptor function* Londres: King's College London; 2007.
64. AOTA. American occupational therapy association. *occupational therapy practice framework: Domain and process.* (2ª ed.). *Am J Occup Ther.* 2008; 62, 625-83.
65. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush AJ, Schatzberg AF, et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci U. S. A.* 2003;100:14293-6.