

**FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

**RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA**

**ARNALDO MOREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR**

**TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: ESTUDO DE CASO**

**JOÃO PESSOA – PB**

**2023**

**ARNALDO MOREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR**

**TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Orientador: Dr. Arlindo Félix Neto

**JOÃO PESSOA – PB**

**2023**

O47t

Oliveira Junior, Arnaldo Moreira de  
Transtorno do estresse pós-traumático: um estudo de caso / Arnaldo  
Moreira de Oliveira Junior. – João Pessoa, 2023.  
29f.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. M. Arlindo Félix da Costa Neto.

Monografia (Residência Médica em Psiquiatria) – Faculdade Nova  
Esperança - FAMENE

1. Transtorno do Estresse Pós-Traumático. 2. Transtorno Mental.  
3. Psiquiatria. I. Título.

**ARNALDO MOREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR**

**TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Aprovado em:

---

Me. Arlindo Félix da Costa Neto

(Orientador – Professor de Psiquiatria na FAMENE)

---

Dr. Ricardo Henrique de Araújo

(1º Membro – Professor de Psiquiatria na FAMENE)

---

Me. Larissa Láira Rodrigues Lima

(2º Membro – Professor de Psiquiatria na FAMENE)

## AGRADECIMENTOS

Vivenciar a Psiquiatria, mais que um sonho, tornou-se um objetivo concreto com o início do programa de residência médica no ano de 2020 apesar dos percalços incomuns que experimentamos, especialmente, relacionados à pandemia da COVID 19. Mesmo com o momento crítico enfrentado pela humanidade, permanecemos firmes na busca pela evolução dos conhecimentos e da excelência na prática médica.

Nesta difícil jornada, muitos estiveram diretamente envolvidos e ofereceram verdadeiros afagos à alma por vezes sobrecarregada pelos estudos e pela labuta. Minha gratidão à Deus, força divina criadora e infinitamente sábia que me deu a oportunidade de aprender e buscar soluções para os sofrimentos do corpo, da mente e da alma.

Agradeço aos meus familiares pelo apoio incondicional, particularmente nos momentos mais amargos. Cada palavra serviu como fonte de calma e de consolo, cada gesto foi mais que acolhedor. Vocês são meu alicerce e parte importante de quem eu sou.

Agradeço aos nobres mestres pela paciência, pelo esmero e amor com que transmitiram boa parte de seus conhecimentos. Graças a cada um dos senhores, passamos a enxergar a vida e o próximo com um olhar mais complexo e acolhedor. Cada um, com seu jeito e percepção de mundo, cativou meu respeito e minha admiração.

Destaco dois nomes desta brilhante equipe: o do **Dr. Arlindo Félix Neto**, que se tornou uma grande referência para mim ainda durante a graduação no curso de medicina. Agradeço pela paciência, compreensão, por compartilhar sua sabedoria e ser sempre uma fonte de apoio e direcionamento, incluindo-se a orientação deste trabalho. Agradeço imensamente a outra exímia docente, **Mary Ellen Vallois da Mota Cândido**, que muito antes de se tornar minha preceptora, já cuidava da minha saúde mental com esmero, carinho e me fez amadurecer pessoal e profissionalmente. Gratidão por toda a preocupação, pelos ensinamentos e por acreditar em mim.

Agradeço aos meus amigos, sim verdadeiros amigos, que fizeram parte do processo da residência médica e que se tornaram parte indissociável de mim. Gratidão pelo companheirismo, compreensão, carinho e apoio. Vocês me inspiram e me fazem pensar na psiquê humana de forma ainda mais reverenciável.

## RESUMO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é conceituado como um distúrbio decorrente de uma exposição única ou prolongada a eventos traumáticos e/ou estressores, que habitualmente incluem violência, acidentes, testemunho de morte, ameaça à própria vida. Diante disso, este trabalho objetivou descrever o caso de uma paciente com TEPT observando seu curso por um período relativamente longo. A metodologia utilizada foi um estudo de caso, com a utilização de fontes de informações, como prontuário e entrevista com a paciente. O levantamento bibliográfico foi realizado entre os anos de 2020 e 2022, utilizando as bases de dados LILACS, PubMed, Scielo, Medline, através dos descritores transtorno de estresse pós traumático e transtorno mental, conectados pelo operador booleano AND. Os critérios de inclusão foram artigos publicados na íntegra, condizentes com a temática do estudo e publicados entre os anos 2016 – 2021. Posteriormente foram coletadas e analisadas as informações evidenciando que a paciente, após a invasão da sua casa, evento desencadeador do trauma, apresentou alterações acentuadas do ciclo sono vigília, modificações profundas do humor, alterações sensoriais, automedicação e tentativas de suicídio. O estudo permitiu perceber que o TEPT é um transtorno complexo, sendo necessário conhecer toda a história pregressa do paciente com a máxima riqueza de detalhes, para garantir precisão diagnóstica e terapêutica. Enfatiza-se também a preponderância da psicoterapia como importante ferramenta para o controle dos sintomas e ressignificação da experiência vivida pelo paciente.

**Palavras- chave:** Transtorno de estresse pós-traumático; Transtorno mental; Psiquiatria.

## ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is conceptualized as a result of a single or prolonged exposure to traumatic events and/or stressors, which usually include violence, accidents, testimony of death, threat to one's own life. Therefore, this study aimed to describe the case of a patient with PTSD. The methodology used was a case study, in which we can use sources of information, such as medical records and interviews with the patient. The bibliographic survey was carried out between the months of June and December 2022, using the LILACS, PubMed, Scielo, Medline databases, through the descriptors post-traumatic stress disorder and mental disorder, connected by the Boolean AND operator. Inclusion criteria were articles published in full, consistent with the study theme and published between the years (2016 - 2021). Subsequently, information was collected and analyzed, showing that the patient, after the invasion of her home, a traumatic event, presented changes in sleep, with suicide attempts and self-medication. The study made it possible to perceive that PTSD is a complex disorder, being necessary for its diagnosis to know the entire past history of the patient, as well as to identify the best therapeutic approach to the presented condition.

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder; Mental disorder; Psychiatry.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	10
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
3.1	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS – TRAUMÁTICO.....	11
3.2	AVALIANDO SINAIS E SINTOMAS TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS – TRAUMÁTICO.....	13
3.3	TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO.....	15
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>ESTUDO DE CASO.....</b>	<b>17</b>
<b>6</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) está diretamente relacionado com a exposição a algum evento traumático, podendo este se desenvolver por testemunho de uma morte, violência sexual, dentre outros acontecimentos.

De acordo com estudo desenvolvido sobre transtornos mentais, na década de 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi constatado que de quase 200 mil entrevistados, 54,8% presenciaram algum evento traumático e destes 41,2% desenvolveram algum distúrbio de saúde mental (KESSLER et al., 2009).

Pesquisas mais recentes revelam que cerca de 6 em cada 10 homens e 5 em cada 10 mulheres sofrem algum trauma na vida e que o sexo feminino está mais propenso a sofrer agressão e abuso sexual, enquanto o sexo masculino tende a sofrer mais acidentes, agressão física e testemunhar mortes (GRADUS, 2017).

Robles-García, Fresán e Yoldi (2020), publicaram um estudo demonstrando que mulheres que residem em regiões urbanas estão mais vulneráveis a desenvolver TEPT, pois acumulam fatores de risco às experiências de trauma, ou seja, são mais vulneráveis a agressões sexuais e violência doméstica. Através das pesquisas e estudos supracitados percebe-se que existe uma correlação entre o TEPT e variáveis sociodemográficas, sendo portanto necessário identificar e associar essas variáveis com o diagnóstico do TEPT.

O transtorno em estudo pode ser conceituado como decorrente de uma exposição única ou prolongada a eventos traumáticos e/ou estressores, que habitualmente incluem violência, acidentes, testemunho de morte, ameaça à própria vida. O usuário afetado apresenta uma tríade psicopatológica sendo esta formada por sintomas de evitação, intrusão ou revivência de memórias relacionadas ao trauma e hiperestimulação autonômica.

O primeiro sintoma da tríade está relacionado à fuga de estímulos associados ao evento traumático e o último está ligado à apresentação de sintomas como disforia, sudorese e taquicardia (DSM-V, 2014; SOUZA, et al, 2018). O diagnóstico é realizado por um profissional psiquiatra que identifica os indivíduos que possuem maior vulnerabilidade para o desenvolvimento desse transtorno através da aplicação de instrumentos criados para rastrear os sintomas de TEPT (DSM-V, 2014).

Diante do exposto, este estudo tem o objetivo de relatar o caso da paciente W. J. de F. M., sexo feminino, 31 anos, com histórico prévio de atendimentos psiquiátricos e psicológicos, porém sem êxito, e que foi diagnosticada com Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Neste contexto, foi realizado um acompanhamento meticoloso de seu quadro psíquico bem como uma

investigação cuidadosa acerca do processo desencadeador da enfermidade. Associada a esta descrição foi realizada uma pesquisa com o seguinte enfoque: fisiopatologia da doença (item3.1), sua apresentação sintomatológica com aprofundamento em sua psicopatologia (item 3.2) bem como o processo de abordagem terapêutica de tal distúrbio (item3.3).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Relatar o caso de um paciente com Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Ampliar a compreensão acerca do TEPT;
- Descrever o curso e a evolução da patologia ao longo do acompanhamento psiquiátrico;
- Caracterizar sinais e sintomas do TEPT.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS – TRAUMÁTICO

O Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) é caracterizado pelo desenvolvimento de uma série de sintomas específicos seguidos à exposição a um evento traumático. Estes sintomas incluem re-experimentação persistente do trauma, evitação constante de estímulos associados à experiência traumática e sintomas de crescente excitação. Estas manifestações clínicas devem persistir por mais que um mês após o evento traumático e afetar a vida social do indivíduo, a família e seu papel na sociedade (DURAN, 2015).

Embora os autores tenham descrito anteriormente reações similares em combatentes de guerra e utilizado outras denominações, o estudo das afecções psiquiátricas mais associadas aos Veteranos de Guerra do Vietnã (1959-1975) trouxe à luz o conceito de TEPT, da forma como conhecemos hoje (DIAS; CANAVEZ; MATOS, 2018).

Em 1914, um fisiologista chamado Walter Cannon descreveu o circuito neuroanatômico subjacente a resposta do estresse: observou que a secreção de adrenalina e noradrenalina da medula adrenal e dos nervos simpáticos, respectivamente, possibilitam que o animal mobilize suas forças para sobreviver a uma ameaça. Chamou essa resposta de “resposta de lutar ou fugir” (OLIVEIRA, 2017).

O estresse é o resultado de uma resposta do organismo a agressão sofrida pelo meio. Segundo Selye (1976), é resultado de uma interação entre a agressão e a resposta, o termo Transtorno do Estresse Pós-Traumático foi incorporado em 1980, na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM-III) e foi mantido com algumas modificações no DSM-IV. Em 2000, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) revisou os critérios diagnósticos do TEPT da quarta edição, criando o DSM-IV-TR (MAFFINI; CASSEL, 2020).

Dessa maneira, a validação diagnóstica do TEPT reconheceu o sofrimento de pessoas cuja história traumática não era valorizada como fator determinante de seus padecimentos – eram os ansiosos, os deprimidos, os fóbicos ou pior: “os neuróticos, os histéricos, os simuladores” prevalência do TEPT na população geral é em torno de 6,8%. (DIAS; CANAVEZ; MATOS, 2018).

Há uma distribuição desproporcional entre gêneros, com mulheres estando mais vulneráveis a desenvolver o TEPT que homens. As taxas de comorbidades são altas em pacientes com TEPT, com aproximadamente dois terços destes apresentando ao menos duas

outras doenças. Do mesmo modo que o TEPT pode aumentar o número de comorbidades, outras enfermidades podem aumentar a vulnerabilidade destas pessoas ao TEPT. Apesar da vasta literatura que trata da prevalência de comorbidades em pacientes com TEPT, poucos estudos abordam a influência do TEPT no prognóstico de doenças primárias. Além disso, poucos estudos descrevem a influência do TEPT na adesão ao tratamento farmacológico, na re-hospitalização, recidiva de doenças, qualidade de vida (QoL), intensidade dos sintomas, qualidade do sono, na morbidade e mortalidade (TECH, LIMA, 2016).

O evento traumático, por si só, não é suficiente para desenvolver o TEPT, uma vez que alguns indivíduos que já experimentaram situações estressoras não desenvolveram o transtorno. Fatores biológicos e psicossociais também são necessários para prever se indivíduo será afetado pela doença. Estes fatores incluem: traços de personalidade, um suporte social inadequado, presença de experiências traumáticas na infância, gênero, vulnerabilidade genética a doenças psiquiátricas ou experiências estressoras recentes que levaram a mudanças de vida (MAFFINI; CASSEL, 2020).

Caminha et al. (2003), explicam que, neste momento, a ansiedade se encontra em níveis exacerbados, o cérebro passa a descarregar uma carga neuroquímica de forma desorganizada e, assim, toda cognição, comportamentos e afetos trabalham de forma desorganizada. Este aumento de ansiedade pode ser tão extremo e contínuo que o indivíduo se torna vulnerável ao desenvolvimento de um Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT).

Quando essa ameaça ocorre o organismo aciona vários mecanismos sendo um deles o eixo hipotálamo – pituitária – adrenal (HPA). Para Miranda *et al* (2005), a desregulação do eixo HPA pode ser a base para a ligação entre a exposição ao trauma e a subsequente desordem psiquiátrica. O hipotálamo responde liberando o hormônio liberador de corticotropina (CRH), que é fabricado principalmente no núcleo paraventricular do hipotálamo desencadeando a liberação do hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) da porção anterior da hipófise. O CRH inibe os neurônios envolvidos na secreção de hormônios reprodutivos, levando a inibição desse processo. A hipófise libera o ACTH que flui pela corrente sanguínea desencadeando a liberação de glicocorticóides (GLUC), como o hormônio do estresse cortisol, do córtex adrenal. O hipotálamo libera também beta-endorfina que age na redução da dor, incluindo a liberação de adrenalina da medula adrenal. Esta é uma adaptação do organismo às mudanças ambientais e estímulos.

Depois da reação de alarme, o organismo entra na fase de resistência para se adaptar à nova situação e se o estressor for prolongado ou intenso, desencadeará depressão, ansiedade,

estados fóbicos e vários transtornos, dentre eles o transtorno de estresse pós-traumático (OLIVEIRA, 2017).

### 3.2 AVALIANDO SINAIS E SINTOMAS TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS – TRAUMÁTICO

Segundo a CID –10, o estado de estresse pós-traumático se caracteriza “por uma resposta retardada a uma situação ou evento estressante (de longa ou curta duração), de natureza ameaçadora ou catastrófica, que provoca sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos” (TECH, LIMA, 2016).

Os sintomas são: revivescência repetida do evento traumático sob forma de lembranças invasivas (“*flashbacks*”), de sonhos ou de pesadelos; anestesia psíquica e embotamento emocional, retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, evitação de atividades ou de situações que possam despertar lembrança do traumatismo (DIAS; CANAVEZ; MATOS, 2018).

Trauma, fundamental na concepção do TEPT, é definido como uma situação experimentada, testemunhada ou confrontada pelo indivíduo, na qual houve ameaça à vida ou à integridade física de si próprio ou de pessoas a ele afetivamente ligadas. Seriam situações essencialmente violentas, como acidentes naturais (p. ex: enchentes, incêndios, soterramentos), acidentes automobilísticos, assaltos, sequestros, estupros, entre outros. Apesar do caráter objetivo de sua descrição e critérios, sua identificação é muitas vezes difícil, e uma anamnese dirigida pode ser necessária (TECH, LIMA, 2016).

Mesmo estando o perigo afastado e confinado ao passado, o indivíduo pós-traumatizado continuamente revive o ocorrido, vivenciando-o como experiência contemporânea em vez de aceitá-lo como algo pertencente ao passado: “Incapaz de retomar o curso de sua vida porquanto o trauma constantemente está a interrompê-la: é como se o tempo parasse no momento do trauma” (DURAN, 2018).

Quase sempre ruma pensamentos de forma improdutiva sobre temas relacionados ao trauma. Estão presentes as lembranças intrusivas e recorrentes: recordações que assaltam o paciente continuamente. São lembranças fixas, que não se alteram com o tempo, de uma nitidez e vividez distintas, além de carregadas de forte componente afetivo e emocional: a lembrança trazendo angústia e sofrimento intensos. Espontâneas, involuntárias, ao surgirem não são facilmente interrompidas, parecendo “ter vida própria” (TECH, LIMA, 2016).

Muitas vezes as lembranças estão fragmentadas em forma de imagens, sons, odores, sensações físicas (náuseas, tonturas e outras) ou emoções (medo, pavor, horror) não conectadas umas às outras por força do que foi denominada dissociação primária (OLIVEIRA, 2017).

Os sintomas relativos à repetição da experiência traumática são acompanhados de considerável sofrimento, que a maioria das vítimas busca evitar, afastando-se de qualquer estímulo que possa desencadear o ciclo das lembranças traumáticas (DURAN, 2018).

Aparece, então, a esquiva ativa de pensamentos, sentimentos, conversas, situações e atividades associadas ao trauma como um mecanismo de defesa contra a ansiedade gerada pelo fenômeno intrusivo (OLIVEIRA, 2017).

Dessa maneira, por provocar tamanha angústia, o indivíduo pós-traumatizado não economiza esforços no sentido de afastar-se dela. As estratégias de esquiva podem ser óbvias ou sutis relativamente adaptativas ou manifestamente inadequadas – que vão da recusa em falar sobre o trauma, ao uso de bebidas alcoólicas ou drogas para obscurecer as memórias, até ao engajamento excessivo e compulsivo em atividades como trabalho, jogo, sexo, entre outras. Verificou-se, em estudo anterior, que, em uma população policial militar, o comportamento de esquiva relacionava-se à atividade profissional em si: recusa a portar armas, dirigir automóveis, trabalhar em presídios e até vestir a farda foram observadas (DURAN, 2018).

Em alguns casos acontece de a lembrança simplesmente ser esquecida (amnésia psicogênica ou seletiva). É sintoma de natureza dissociativa evidenciado por lacunas presentes na história lembrada e contada. O Conjunto de sintomas que representam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central e autonômico e que não se resumem apenas a condicionamentos a estímulos traumatogênicos, mas antes são reflexos de uma excitação fisiológica extrema em resposta a uma variedade ampla de estímulos (MAFFINI; CASSEL, 2020).

Tratam-se dos sintomas mais comuns e também dos menos específicos, especialmente, quando em contato com estímulos trauma afins, uma variedade de reações acompanha o humor ansioso, como taquicardia, respiração curta ou suspirosa, constrição precordial, “formigamentos”, parestesias, sudorese, extremidades frias ou também cefaléias, tonturas, sensação de “oco na cabeça”, “peso no estômago”, entre outras (OLIVEIRA, 2017).

Há a insônia, e aparecem a irritabilidade e a explosividade: sempre alertas, os pacientes passam do estímulo à ação sem o tempo para a necessária reflexão e avaliação criteriosa do estímulo provocador (TECH, LIMA, 2016).

A hipervigilância é encontrada comumente: estão sempre em guarda, esperam o pior e reagem como se estivessem sob contínua ameaça de aniquilação. Há a generalização do medo

de um mundo percebido como lugar inseguro e imprevisível. A hipervigilância se evidencia no comportamento de quem está constantemente avaliando o ambiente: o indivíduo que, após ser assaltado, continuamente fica a olhar sobre os ombros, a espreitar o ambiente de um lado a outro à procura de sinais que possam se revelar ameaçadores (MAFFINI; CASSEL, 2020).

### 3.3 TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS – TRAUMÁTICO

Vários tratamentos psicoterápicos são eficazes para adultos com TEPT. Estudos de metanálises foram insuficientes para determinar a eficácia comparativa desses tratamentos. A International Society for Traumatic Stress Studies indica como primeira escolha a farmacoterapia quando a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) não está disponível ou se a TCC não for a preferência do paciente (OLIVEIRA, 2017).

Seguindo as recomendações dos guidelines internacionais, possuem evidências para a primeira linha de tratamento: a TCC Focada no Trauma, a Terapia Cognitiva, a Terapia de Exposição, o Treinamento de Inoculação do Estresse, a Terapia de EMDR e a Terapia do Processamento Cognitivo. Como segunda linha no tratamento de TEPT recomenda-se: a Psicoterapia Psicodinâmica. Tais recomendações, porém, não devem ser aplicadas indiscriminadamente; devem ser associadas ao contexto do paciente para o julgamento e a melhor decisão clínica. Um estudo recente mostrou que, quando era dado ao paciente a escolha da sua primeira linha de tratamento, obteve-se um desfecho com melhores resultados de custo-efetividade e na qualidade de vida, quantificada por QALYs (quality-adjusted life-year), podendo escolher iniciar com Terapia de Exposição Prolongada ou Sertralina (MAFFINI; CASSEL, 2020).

O psiquiatra clínico necessita fazer a escolha da intervenção psicoterápica para o manejo dos sintomas. Na decisão clínica, porém, observamos pacientes que não estão dispostos ou motivados a realizar as terapias de recomendação grau A. Por exemplo, um paciente muito sintomático nas suas evitações pode apresentar uma forte resistência a iniciar seu tratamento pela Terapia de Exposição (DURAN, 2018).

#### 4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo de caso foi baseada numa análise de uma situação real na qual poderá adquirir conhecimento para uma tomada de decisão frente a uma situação futura. Yin (1998, p.23), conceitua esse método como “uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas”,

A partir da coleta de dados qualitativos, pôde-se descrever os fenômenos no seu próprio contexto (NAUMES,1999; YIN, 2009). Com esta metodologia utilizou-se várias fontes de informações como: entrevista com o paciente, análise de prontuário, consultas e levantamento bibliográfico.

O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de junho e julho de 2022, utilizando as bases de dados LILACS, PubMed, Scielo, Medline, através dos descritores transtorno de estresse pós traumático e transtorno mental, conectados pelo operador booleano AND. Os critérios de inclusão foram artigos publicados na íntegra, condizentes com a temática do estudo e publicados entre os anos (2018 – 2021).

A primeira etapa para a elaboração dessa pesquisa foi à leitura e estudo do prontuário, o qual contém dados sobre história da doença atual, queixas, antecedentes pessoais e familiares, posteriormente, informações obtidas foram analisadas e discutidas. Após isso foi realizado a leitura dos artigos para ser feito a correlação com o caso estudado.

## **5. RELATO DO CASO**

W. J. de F. M., sexo feminino, 31 anos (DN: 03/10/1982), natural de Bayeux - PB, ensino fundamental I incompleto, do lar, casada, prole quatro filhos, evangélica.

### **ATENDIMENTOS ANTERIORES**

05/09/2014 – “paciente foi atendida anteriormente com sintomas de choro fácil, irritabilidade e anedonia. Hoje refere melhora dos sintomas, mas ainda se sente irritada, está fazendo uso de Sertralina 50mg + Clorpromazina 25mg.

Conduta: Encaminhamento à psicoterapia e aumento da dose da Sertralina p/ 100mg/dia.

18/11/2014 – “Paciente retorna mais ansiosa, mais irritada e nervosa. Conta que seu ambiente residencial é perigoso e estressante. Queixa-se de dificuldade para dormir.”

Conduta: Manutenção da dose da Sertralina (100mg/dia) e aumento da dose da Clorpromazina p/ 50mg/noite.

### **ATENDIMENTO REGULAR**

#### **Primeira consulta - 07/08/2020**

Paciente comparece ao serviço desacompanhada referindo que foi atendida por vários psiquiatras e psicólogos, porém “nenhum deu jeito aos seus problemas”. Conta que vem fazendo uso de vários medicamentos com doses superiores às prescritas porque não consegue dormir e tem sensações persistentes de “angústia, tristeza e medo”. Não consegue trabalhar nem realizar suas atividades habituais desde que sua residência “foi invadida “por engano pela polícia durante a madrugada.”

Durante a operação policial a paciente e seus familiares foram obrigados a “ficar de costas para a parede como bandidos.” Segundo W., a partir de então nunca mais teve paz. Passou a viver trancada com seus filhos e marido que “também passaram a ficar nervosos e com medo, principalmente, à noite”. No momento afirma ter pensado em se matar “mas não tem forças nem para isso”. Paciente chora e se diz desesperada porque seus pensamentos são muito acelerados: “minha cabeça parece que vai explodir e tenho medo de enlouquecer.” Relata

ter se automutilado em alguns momentos para vencer a tristeza: “Doutor, eu não consigo parar de pensar no que aconteceu naquele dia, só me vem à cabeça a hora em que a polícia invadiu minha casa. Parece que travou tudo naquele instante e não faço mais nada da vida.” Paciente conta que vem renovando prescrições em diferentes UBSs e encontra-se utilizando as seguintes medicações:

- Zolpidem 10mg 01 comprimidos pela manhã e 02 comprimidos à noite + Clonazepam 2mg, dois comprimidos pela manhã e 02 comprimidos à noite, Amitriptilina 25mg 02 comprimidos pela manhã e 02 comprimidos à noite)

SPP: Lúcida e orientada no tempo e no espaço, humor e afeto deprimidos, fácies de tristeza, acentuada labilidade emocional, sono intensamente prejudicado, hipovigil, ntenaz, memória e inteligência compatíveis com idade e grau de escolaridade.

**Conduta:** Solicito exames laboratoriais

PSICOTERAPIA

Reduzo dosagem de Clonazepam 2mg 12/12h

Reduzo gradualmente Zolpidem p/ 01 cp à noite

Reduzo Amitriptilina p/ 50mg/ noite

Início Venlafaxina 37,5 mg com progressão p/ 75mg pela manhã

Início Quetiapina 25mg (02 cps à noite)

### **Segunda consulta: 18/08/2020**

QP: sensação de nervosismo e insônia

Paciente comparece referindo que “ao passar por qualquer estresse fica paralisada, sem falar por alguns dias, chegando a ficar meses com gagueira”. Rememora que o quadro se iniciou quando sua residência foi invadida “por engano” pela polícia durante uma ação militar na comunidade onde mora. Refere que a imagem de ter sido abordada não sai de sua mente. “Fico 24 horas assustada pensando no que aconteceu e não consigo dormir; eu me assusto com qualquer coisa e fico travada; só melhora quando me levam para o hospital e me dão injeção.” W.J. relata ter tentado se matar através da ingestão de diversos medicamentos e que em outra ocasião chegou a tomar veneno. Já tentou mudar de endereço, mas não consegue por questões financeiras. Conta ainda que após a invasão policial, toda a família passou a tomar “remédios” controlados: “eu comecei a dar remédio aos meus filhos por conta própria; eles ficaram nervosos e me deixavam mais nervosa ainda com a situação.” Paciente informa que sua tristeza

e tensão “não melhoram por medo de passar por toda a situação novamente.” No momento em uso de: Midazolam 15mg (prescrito na UBS) + 04mg de Clonazepam 12/12h + 20mg de Zolpidem + 20mg de fluoxetina 12/12h (prescritos por diferentes médicos e com alterações de esquema realizados pela própria paciente) + 25mg de Amitriptilina. (Não seguiu a prescrição feita na última consulta). Paciente conta que não se sentiu bem com a fluoxetina e que não teve condições financeiras p/ comprar a Venlafaxina.

**OSERVAÇÃO:** Dada a gravidade do quadro da paciente buscou-se saber sobre familiares e instituições que pudessem apoiar e resguardar a integridade de todos. Na oportunidade nos foi dito que o Conselho Tutelar estava visitando a residência da família.

**Conduta:** Psicoterapia,

Mantenho (temporariamente) dose de Clonazepam 2mg 12/12h,

Prescrevo Sertralina 50mg com aumento gradual para 100mg/dia

Prescrevo Quetiapina 25mg (02 cps) à noite

Suspendo Midazolam

Reduzo Zolpidem e Amitriptilina)

### **Terceira consulta - 02/10/2020**

Paciente comparece à consulta no serviço após alguns meses; refere internação no Complexo Hospitalar Juliano Moreira – CPJM por aproximadamente 30 dias, devido a tentativa de suicídio por ingestão de veneno para exterminar ratos. Na ocasião chegou a dar um suco com o mesmo composto para os quatro filhos; todos foram socorridos e levados pelo SAMU ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HTSHL

Relata que “se sente melhor após a última consulta neste serviço”, porém ainda mantém vontade de morrer e diz que tem muitos problemas com o marido. Afirma que tem grande impulsividade, chegando a tentar suicídio por 03 vezes necessitando de subsequente internação hospitalar. Diz já ter tentado matar o marido e os filhos devido a sensação de vazio e tristeza “que são muito grandes”. Paciente chora de forma copiosa e retira o lenço que usa na cabeça mostrando que raspou o cabelo durante “um impulso.” Afirma que tem usado a medicação em doses superiores às prescritas (apesar de todas as advertências realizadas). Mantém queixa de insônia e diz que não consegue esquecer o trauma que sofreu, revivendo as cenas diversas vezes “em sua mente”.

SPP: Lúcida e orientada auto e alopsiquicamente, ansiosa, trêmula, chorosa, humor e afeto deprimidos, hipobúlica, nega coragem suficiente para causar suicídio e/ou homicídio apesar dos pensamentos relacionados à morte, sono prejudicado, sem alterações sensoperceptivas no momento.

CD: Psicoterapia /

Mantenho Clonazepam 2mg pela manhã e 2mg/ noite (temporariamente),

Aumento dose da Fluoxetina p/ 60mg/dia

Aumento Carbonato de Lítio 300mg p/ 8/8h

Mantenho Clorpromazina 100mg à noite

Solicito litemia sérica (15 dias após uso do C. de Lítio) e bioquímica geral.

**OBs: As medicações mantidas foram prescritas na ocasião de alta do CPJM.**

#### **Quarta consulta - 27/10/2020**

Paciente informa que se encontra da mesma forma e que não houve progresso com a medicação prescrita. Queixa-se de dificuldades para dormir, além de tremores e pensamentos suicidas. Afirma que ainda dá medicamentos aos filhos por conta própria e diz se estressar muito com todos. Continua fechando as janelas da casa muito cedo e mantém-se trancada na maior parte do tempo por medo dos bandidos e, principalmente, da polícia devido ao ocorrido. Diz que “parece estar vivendo sempre a madrugada em que tudo ocorreu”. Refere tentativa de seguir a prescrição corretamente mas “aumentou a dose do remédio p/ ajudar a dormir, o qual foi prescrito ainda no CPJM na época de sua internação – Amplictil 100mg”

Conduta: Mantenho conduta anterior, com incremento de dose da Clorpromazina totalizando 200mg à noite (foram aventadas as outras possibilidades terapêuticas com antipsicóticos atípicos como Olanzapina e Quetiapina, porém a paciente não tinha condições de adquirir os mesmos)

#### **Quinta consulta - 24/11/2020**

Paciente retorna desacompanhada e informa que se separou do marido. “Botei ele p/ fora de casa e me sinto melhor assim com meus filhos.” Afirma que não toma as medicações conforme prescrito devido a problemas financeiros. Ainda mantém pensamentos suicidas e

toma muitos comprimidos de Clonazepam por conta própria. Paciente chora e se diz infeliz, e que, às vezes, tem sensação de que vem sendo observada e escuta “vozes” que a perturbam.

Conduta: Psicoterapia

Aumento dose do Carbonato de lítio p/ 1200mg/dia

Aumento dose da Fluoxetina p/ 80mg/dia

Início Risperidona 2mg à noite

Reduzo Clonazepam p/ 1mg pela manhã e 2mg à noite

### **Sexta consulta: 06/08/2021 (após quase nove meses da última consulta)**

Paciente se queixando de dificuldade p/ esquecer “tudo o que passou”, diz que melhorou “um pouco” especialmente após o aumento da Fluoxetina, tem dificuldade para dormir mas ainda se vê “congelada no passado” e chora de forma copiosa ao rememorar o fato traumatizante. Apresenta voz trêmula e visível aumento do estado de tensão, infere que a medicação ajuda mas não consegue resolver seus maiores medos. Conta que tem buscado conviver mais com a família e que seus filhos a apoiam apesar do ocorrido. Não tem conseguido fazer psicoterapia e frequentemente altera o esquema medicamentoso conforme suas possibilidades financeiras. Queixa-se de tontura e mal estar quando ingere a Risperidona. Continua com a sensação de ouvir algumas vozes e de ser observada.

Conduta: Psicoterapia / Exames laboratoriais

Fluoxetina 80mg/dia

Carbonato de Lítio 1200mg/dia

Olanzapina 10mg à noite (forneço amostras grátis)

Clonazepam 2mg 12/12h

Clorpromazina 100mg à noite

### **Sétima consulta - 13/07/2021**

Paciente refere melhora do quadro, diz que tem recebido apoio familiar e dos vizinhos, consegue ir à Igreja em alguns momentos mas apresenta importante quantidade de flashbacks que a fazem manter nível importante de angústia, palpitações e medo. Queixa-se de baixa qualidade do sono e diz que as vozes (de homens e de mulheres) a tem incomodado. Refere importante redução dos pensamentos de morte.

Conduta: Psicoterapia

Mantenho Carbonato de Lítio 1200mg/dia

Mantenho Fluoxetina 80mg/dia

Aumento Olanzapina p/ 10mg 12/12h

Reduzo Clonazepam p/ 2mg à noite

Mantenho Clorpromazina 100mg/noite

### **Oitava consulta – 21/10/2021**

Paciente comparece acompanhada por sua filha e conta que tem sentido melhora dos sintomas, pois “as vozes pararam e se sente mais calma”. Afirmo que mesmo tomando todos os medicamentos, não se sente sonolenta durante o dia. Repete que reiteradas vezes que, especialmente à noite, tem a sensação de escutar os gritos de espanto da família ao ser abordada “injustamente” pela polícia mas tenta se refugiar “na fé e nas orações”. W. J. diz que sua vida tem sido cheia de “altos e baixos” mas tem buscado evoluir em sua rotina.

Conduta: Mantida a conduta anterior.

### **Nona consulta – 16/11/2021**

Paciente comparece desacompanhada, informa que ultimamente seus pensamentos ficaram embaralhados porque teve uma discussão com o marido (havia voltado para casa ) que culminou com a saída do mesmo de ambiente doméstico. Após este evento, W. J. passou a ficar mais preocupada e irritada, referiu ainda aumento da frequência com que pensa nos eventos que mais lhe causaram “dor”: A invasão de sua casa e o dia em que, no auge do desespero, deu veneno aos filhos e em seguida tentou suicídio. Ao falar, a paciente chora de forma copiosa e repete diversas vezes que não aguenta mais sofrer. Nega ideação suicida. (litemia sérica de 0,9ng/Dl)

Conduta: Psicoterapia

Início troca cruzada da fluoxetina com a venlafaxina (redução de 20mg de fluoxetina por semana) - forneço amostras

Mantenho Olanzapina 10mg 12/12h

Mantenho Clonazepam 2mg à noite

Mantenho Clorpromazina 100mg à noite

Mantenho Carbonato de Lítio 1200mg/dia

**Décima consulta: 18/02/2022**

Paciente afirma melhora parcial do quadro, mantém revivências e flashbacks com frequência discretamente reduzida. Afirma que a Venlafaxina tem ajudado de forma importante, mas ainda sente anedonia, medo e sensação angustiante que tem sido menos incômoda. Apesar das medicações, mantém dificuldade p/ iniciar o sono e diz que acorda “com qualquer barulho”

Paciente apresenta tremores finos e expressa momentos de tarta-mudez

Conduta: Aumento Venlafaxina para 150mg/dia com aumento subsequente de 37,5mg  
Mantenho demais medicações.

**Décima primeira consulta 22/07/2022**

Paciente comparece desacompanhada, diz que após aumento da medicação passou a se sentir mais disposta e menos triste: “passei até a procurar um emprego e ir mais p/ a Igreja.” W.J. esboça sorrisos durante a avaliação e se mostra menos tensa. No entanto, relata que seu pensamento “ainda volta no tempo e parece que a vida fica travada naquela madrugada”. A paciente conta que ao rememorar a situação começa a sentir “calafrios e o coração dispara”. Nega ideação suicida e alterações sensoperceptivas.

Conduta: Aumento Venlafaxina p/ 225mg/dia

Reduzo Carbonato de Lítio p/ 900mg/dia

Início Lamotrigina 50mg à noite com progressão quinzenal até 200mg/dia

Mantenho Clonazepam 2mg à noite

Mantenho Olanzapina 10mg 12/12h

Reduzo Clorpromazina p/ 50mg à noite

**Décima segunda consulta – 22/10/2022**

Paciente comparece ao serviço desacompanhada, sorridente e com boa aparência. Afirma que após os últimos ajustes passou a se sentir muito bem, relata melhora do sono, da disposição e conta que os pensamentos relacionados ao trauma não estão mais dolorosos e presentes como antes. “Parece que agora minha cabeça tá encontrando paz. Tento não ficar pensando no que

aconteceu e tô fazendo de tudo p/ melhorar.” Nega sonolência diurna, nega ideação suicida bem como alterações sensoperceptivas.

Conduta: Mantida.

### **Décima terceira consulta – 17/01/2023**

Paciente comparece desacompanhada e diz que nos últimos meses não tomou todas as medicações porque não tinha amostras grátis suficientes, refere uma queda no nível de humor e retorno parcial das revivências e flashbacks. “Só fiquei tomando uma Olanzapina e uma Lamotrigina p/ economizar, mas senti diferença. Acho que fiquei chata e mais tempo no meu canto e, nessa hora, os pensamentos ruins vêm”

Apesar da oscilação do quadro, W.J. se mostrou relativamente estável, com boa aparência e postura firme.

Conduta: Reestabeleço dosagens anteriores através do fornecimento de amostras grátis.

## 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Os eventos estressores apontados como mais favoráveis para o desenvolvimento de situações traumáticas podem ser categorizados em três grandes grupos: eventos intencionais provocados pelo homem, eventos não-intencionais provocados pelo homem e eventos provocados pela natureza (SCHIRALDI, 1999).

No primeiro grupo, entre os eventos intencionais provocados pelo homem, podemos citar: guerra civil, incesto, estupro, sedução, tortura física ou emocional, assalto, crime violento sofrido pela própria pessoa ou por pessoas afetivamente significativas, terrorismo, participação em atrocidades violentas, alcoolismo e uso de drogas, suicídio, mutilação por acidente ou provocada por outro indivíduo. No segundo grupo, com relação aos eventos não intencionais provocados pelo homem, encontram-se incêndios, explosões, queda de pontes e viadutos, acidentes automobilísticos, aéreos e aquáticos e perda de parte do corpo em ambiente de trabalho. No terceiro grupo, entre os desastres naturais, incluem-se tornado, avalanche, erupção vulcânica, ataques de animais, terremoto, furacão, enchentes e epidemias (SCHIRALDI, 1999).

Dessa maneira, é possível perceber que existe uma gama de situações que podem ser consideradas traumáticas. Segundo a quarta edição revisada do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR; APA 2002)*, o evento estressor traumático pode ser definido como uma situação de estresse que foi experimentada, testemunhada ou confrontada, na qual houve ameaça à vida da pessoa ou de alguém próximo a ela. Diante desses eventos, a pessoa reage com medo e desesperança, além de tentar evitar a rememoração da experiência (SHER, 2004).

Esse quadro clínico caracteriza o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), cuja tríade de dimensões psicopatológicas são: 1) revivescência do trauma; 2) esquiva a estímulos que relembram o trauma e distanciamento afetivo; e 3) hiperestimulação autonômica.

Na revisão realizada por Sher (2004), os índices de prevalência de TEPT ao longo da vida variaram de 1% a 9%. Entre aqueles que utilizaram os critérios do DSM-III-R (APA, 1987), foram encontradas taxas de prevalência do transtorno que variaram de 7,8% a 9,2% na população geral (BRESLAU, DAVIS, ANDRESKI; PETERSON, 1991, KESSLER et al.,

1995). O estudo de Kessler e colaboradores encontrou uma distribuição variada de 10,4% nas mulheres e 5,0% nos homens. Ademais, Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders e Best (1993), após investigarem o TEPT em uma amostra de mulheres, encontraram a prevalência estimada ao longo da vida de 12,3%. Breslau e colaboradores (1991) encontraram, pelos critérios do DSM-III-R (APA, 1987), em uma amostra de adultos jovens, taxas de prevalência de 11,3% para mulheres e taxas de 6% para homens. De acordo com Kessler e colaboradores, múltiplos fatores são responsáveis pelas diferenças nos estudos envolvendo o DSM-III (APA, 1980) e o DSM-III-R (APA, 1987), incluindo as diferenças nos critérios diagnósticos, procedimentos de avaliação e outras características das amostras.

Segundo Kristensen e colaboradores (2005), um estudo pioneiro que avaliou a prevalência de TEPT na população geral, considerando os critérios diagnósticos estabelecidos no DSM-IV (APA, 1994), foi o de Breslau e colaboradores (1998). Nesse estudo, os autores verificaram um risco condicional para o TEPT em 9,2%, considerando um evento estressor selecionado aleatoriamente, e em torno de 13,6%, quando o critério de estressor foi baseado no pior evento. No estudo de replicação do National Comorbidity Survey (KESSLER et al., 2005; KESSLER, CHIU, DEMLER, JIN; WALTERS, 2005), investigou-se a prevalência dos transtornos mentais tanto ao longo da vida como nos últimos 12 meses, conforme os critérios descritos no DSM-IV (APA, 1994), estimando uma prevalência de TEPT, nos últimos 12 meses, de 3,5% nos 9.282 participantes da amostra. Já a prevalência ao longo da vida encontrada para o transtorno foi de 6,8%.

Ainda que a grande maioria dos indivíduos expostos a situações potencialmente traumáticas não desenvolva TEPT (SHER, 2004; YEHUDA; MCFARLANE, 1995), ele tem sido considerado, entre os transtornos de ansiedade, o terceiro mais prevalente ao longo da vida no estudo NCS-R (KESSLER et al., 2005), após Fobia Específica (12,5%) e Fobia Social (12,1%). Consequentemente, de forma negativa, o resultado está relacionado a consequências sociais e econômicas bastante significativas (BALLENGER et al, 2004).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo foi possível observar uma paciente com o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), sendo este caracterizado por um conjunto de sintomas manifestados após a ocorrência de um trauma.

Para o diagnóstico de TEPT avalia-se a exposição do indivíduo a um evento estressante associado à manifestação de sintomas que perduram por mais de um mês, como pensamentos negativos e impróprios, pesadelos, flashbacks, angústia emocional, maior reatividade a eventos estressantes, hiperexcitação autonômica e comportamento de esquiva.

O diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, não é, contudo, uma tarefa simples, uma vez que exige do psiquiatra uma capacidade de investigar detalhadamente a história pregressa do paciente a fim de desvendar o processo de adoecimento

Diante do exposto verifica-se a necessidade de fomento da pesquisa e do desenvolvimento de mais intervenções terapêuticas para a redução de eventos negativos associados ao quadro. É imperativo também que o acompanhamento psiquiátrico seja constante firmando-se um importante pacto terapêutico junto ao paciente e seus familiares.

Este estudo torna-se relevante pois servirá como ferramenta norteadora para o avaliador, permitindo aumento do conhecimento psicopatológico acerca do tema e maior agilidade diagnóstica. O mesmo serve também como importante ferramenta de atualização acerca da enfermidade abordada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5aed.)**. Porto Alegre, 2014.

BALLENGER; DAVIDSON; LECRUBIER; NUTT; MARSHALL; NEMEROFF; SHALEV. Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. **Journal of Clinical Psychiatry**, 2004.

DIAS, S. A. S., CANAVEZ, L. S., MATOS, E. S. Transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: prejuízos cognitivos e formas de tratamento. **Revista Valore**, Volta Redonda, v. 3, p. 597-622, 2018.

DURAN, E. **Eficácia da terapia cognitiva processual no transtorno de estresse pós-traumático**. Dissertação (mestrado). 126f. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

GRADUS, J. L. Prevalence and prognosis of stress disorders: a review of the epidemiologic literature. **Clin. epidemiol**, Oxford, n. 9, p. 251-260, 2017.

KESSLER, R. C.; USTUN, T. B. **The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders**. New York: Cambridge University Press, 2008. 580 p.

KESSLER; Chiu; Demler; Jin; Walters. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**, 2005.

MAFFINI; CASSEL. Terapia cognitivo-comportamental focada no trauma para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: revisão integrativa. **Rev. Psicol Saúde e Debate**. Jun., 2021;7(1): 327-342

MIRANDA, O., LANGELAND, W., GERSONS, P. R. The psychobiology of PTSD: coping with trauma. **Psychoneuroendocrinology**. v. 30, 974-982. 2005.

ROBLES-GARCÍA, R.; FRESÁN, A.; YOLDI, M. Posttraumatic stress disorder in urban women. **Curr opin. psychiatr.**, Philadelphia, 33, n. 3, p. 245-249, May 2020.

SCHIRALDI, G. **The post-traumatic stress disorder sourcebook: a guide to healing, recovery, and growth.** New York, 1999.

SHER, L. Recognizing post-traumatic stress disorder. **QJM: An International Journal of Medicine**, 2004.

SOUZA; VIZZOTTO; GOMES. Relationship between family violence and post-traumatic stress disorder. **Psicol Saúde Doenças**. 2018;19(2):222-33.

YEHUDA; MCFARLANE. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. **American Journal of Psychiatry**, 1995.

YIN, Robert K. (2001). **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman.