

SAÚDE MENTAL

Edição XXIII

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna

Capítulo 12

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO: DESAFIO NO DIAGNÓSTICO, MANEJO E TRATAMENTO

ANA CLÁUDIA DE SOUZA COZZOLINO¹
LAURA PEREIRA DEL'ARCO¹
ISABELA COIMBRA LADEIRA MORAIS¹
EDGAR BRENO BEZERRA GALVÃO¹
EDUARDO MOREIRA DOS SANTOS¹
JOÃO CARLOS AMORELLI BOHRER DE ANDRADE FIGUEIRA¹
PAULO HENRIQUE ALVES DA COSTA¹
ALEXANDRE XAVIER GOMES DE ARAÚJO²

¹Discente - Medicina da Universidade Federal Fluminense.

²Docente – Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal Fluminense.

Palavras-Chave: TEPT; Trauma; Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

DOI

10.59290/978-65-6029-228-4.12

EDITORA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) publicado em 2013 (APA, 2014), a exposição de um indivíduo a evento traumático ou estressante pode ser responsável por grave sofrimento psicológico, caracterizado por fenótipos bastante variados, que incluem desde sintomatologia ansiosa e fóbica a anedonia, disforia, dissociação e externalização de raiva. No século XXI, o ataque terrorista de 11 de setembro, o tsunami de Tohoku em 2011 e a pandemia de COVID-19 de 2020 são alguns dos eventos estressantes que deixaram muitos indivíduos com graves e duradouros sintomas psicológicos.

As descrições de casos como esses na literatura são muitas. Durante as guerras revolucionárias francesas e napoleônicas (século XVII e XVIII), por exemplo, alguns soldados passaram a apresentar o que foi nomeado como a síndrome do “*vent du boulet*”, condição em que os indivíduos entravam em estupor prolongado após verem a passagem de uma bala de canhão, apesar de não estarem feridos fisicamente. Nessa mesma época, Philippe Pinel, renomado psiquiatra francês do século XVIII, chamou de “neurose cardiorrespiratória” a condição de pacientes com sintomatologia psiquiátrica em decorrência dos eventos da Revolução Francesa. Ao longo das décadas seguintes, outros cenários traumáticos causaram sintomatologia semelhante em diversas pessoas e receberam nomenclaturas variadas, incluindo a “coluna ferroviária” durante a Revolução Industrial Inglesa (século XVIII), “neurose traumática” após a Guerra Russo-Japonesa no séculos XIX e “reações após o combate” após a Segunda Guerra Mundial no século XX (ZHOU *et al.*, 2021).

Já no século XX, foram criados os DSMs como tentativa de padronizar a definição e os

critérios diagnósticos de vários transtornos psiquiátricos. Em 1952, quando foi publicado o DSM-1, os chamados transtornos de estresse relacionados a traumas faziam parte da categoria de reação de estresse bruto. Em 2013, o DSM-5, DSM mais atual, passou a agrupar certos transtornos psiquiátricos desencadeados pela exposição a eventos catastróficos e/ou aversivos na categoria: Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores, a qual inclui o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O TEPT é caracterizado por sintomas de evitação, revivescência, hiperexcitabilidade e dissociação após um evento traumático. Outros exemplos de distúrbios relacionados ao trauma e estressores, elucidados no DSM-5, são: transtorno de apego reativo, transtorno de interação social desinibida, transtorno de estresse agudo e os transtornos de adaptação (ZHOU *et al.*, 2021; APA, 2014).

O diagnóstico de TEPT pelos critérios do DSM-5 é complexo por exigir a exposição a um evento traumático como causa, enumerar uma longa lista de potenciais sintomas em resposta a esse trauma, que são comuns a outros transtornos psiquiátricos facilitando o sobrediagnóstico, e por estar associado à alta prevalência de comorbidades. Ainda, a definição de evento traumático sofreu mudanças através das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, desde o aparecimento do TEPT na terceira edição em 1980 até sua definição atual no DSM-5 (ROSEN *et al.*, 2008)

O objetivo deste capítulo foi sintetizar o que há de mais significativo e atual relativo ao TEPT, seus fatores de risco e proteção, os critérios diagnósticos pelo DSM-5, comorbidades associadas, tratamento e prognóstico, discutindo também a indução de quadros clínicos semelhantes ao TEPT por exposições que não estão especificadas como trauma no DSM-5, como filmes de terror e terrorismo na mídia.

MÉTODO

Para a composição deste capítulo, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre o TEPT. Foram usados como base o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais de 2013 (DSM-5) e artigos publicados entre os anos de 2015 e 2025, encontrados nas bases de dados PubMed e SciELO por meio de operadores booleanos e descritores específicos como: “*stress disorders*”; “*ptsd*”; “*dsm-5*”; “*history*”; “*clinical report*”; “*treatment*”; “*guideline*”. Também buscou-se nessas mesmas bases de dados pelos descritores “*terrorism*”, “*television*”, “*media*” e “*ptsd*”, dessa vez com filtro para artigos de revisão e metanálise de 11/09/2001 até 2025. Os resumos dos artigos foram analisados pelos autores e os mais adequados à proposta do capítulo foram selecionados para leitura na íntegra, cujas referências também foram consultadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores de risco e proteção

Os fatores de risco do TEPT dividem-se em 3 categorias: pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos. Os fatores pré-traumáticos, por sua vez, podem ser divididos também em 3 categorias: genéticos/fisiológicos (história familiar psiquiátrica, ser do gênero feminino e ser jovem no momento da exposição ao trauma), temperamentais (problemas emocionais até os 6 anos de idade e transtornos mentais prévios) e ambientais (baixo status socioeconômico e grau de instrução, exposição prévia a evento estressante, adversidades na infância, características culturais, deficiência intelectual e fazer parte de uma minoria étnica). Já os fatores peritraumáticos são ambientais e incluem a gravidade do trauma, ameaça percebida à vida, presença de lesão pessoal e violência interpessoal e, para militares, ser um perpetrador e/ou testemunhar

atrocidades. Por fim, os fatores pós-traumáticos são temperamentais (avaliações negativas do ocorrido, estratégias de enfrentamento inadequadas e presença de transtorno de estresse agudo) e ambientais (exposição a lembranças do evento repetidamente, trauma seguido de eventos de vida adversos e perdas significativas relacionadas ao evento). Outro fator de risco para a dissociação durante e após o evento é o desenvolvimento de TEPT. O apoio social antes e depois do trauma é fator protetor ao desenvolvimento de TEPT (APA, 2014).

O diagnóstico do TEPT pelo DSM-5

O DSM-5 define e estipula critérios para o diagnóstico dos TEPT. Segundo o manual, os critérios diagnósticos se dividem entre aqueles que são adequados a indivíduos acima de 6 anos de idade e com 6 anos ou menos (APA, 2014).

Os critérios referentes a indivíduos acima dos 6 anos são:

- Exposição a episódios traumáticos, como ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual, vivenciando o evento, testemunhando o evento ocorrido com outros, sabendo que o evento ocorreu com familiar ou amigo próximo ou sendo exposto repetidamente/de forma extrema a detalhes aversivos do evento (não inclui exposição de mídia eletrônica, a menos que a exposição esteja relacionada ao trabalho);
- Apresentação de sintomatologia intrusiva associada ao evento estressante, iniciados após sua ocorrência, como: lembranças intrusivas aflitivas e recorrentes (em crianças, pode estar presente em brincadeiras repetitivas); pesadelos recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento são relacionados ao evento; reações dissociativas nas quais o indivíduo sente como se o evento estivesse ocorrendo novamente (em crianças, a reencenação pode ocorrer na brincadeira); grave sofrimento psicológico e/ou reação fisiológica após exposição a situações que se assemelham a algum aspecto do evento;

- Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, como: esforços para evitar recordações ou sentimentos aflitivos associados ao evento; esforços para evitar estímulos externos que despertem recordações ou sentimentos angustiantes associados ao evento;

- Alteração negativa persistente na cognição e no humor associadas ao evento estressante começando ou piorando depois da ocorrência do evento, evidenciado por dois (ou mais) dos sintomas: incapacidade de recordar aspectos importantes do evento; crenças negativas e exageradas acerca de si, dos outros e do mundo; cognição distorcida a respeito da causa ou consequência do evento (indivíduo a culpa a si mesmo ou os outros); estado emocional negativo; interesse reduzido em atividades significativas; sentimentos de alienação em relação a outras pessoas; incapacidade de sentir emoções positivas;

- Alteração marcante na excitação e reatividade associadas ao evento traumático, com início ou piora após o evento, evidenciado por dois (ou mais) dos sintomas: comportamento irritadiço/surtos de raiva; comportamento imprudente/autodestrutivo; hiperexcitação; exagerada resposta de sobressalto; capacidade de concentração reduzida; sono alterado;

- A perturbação dura mais de um mês;

- A perturbação causa grave sofrimento e prejuízo de áreas importantes da vida do indivíduo;

- A perturbação não é causada por uso de substância ou por outra condição médica.

Os critérios referentes a indivíduos com 6 anos ou menos são bastante semelhantes àqueles considerados para indivíduos mais velhos e são (APA, 2014):

- Exposição a episódios traumáticos, como ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual, vivenciando o evento, testemunhando o

evento ocorrido com outros (especialmente cuidadores primários) (não inclui eventos testemunhados somente em mídia eletrônica), sabendo que o evento ocorreu com cuidador;

- Apresentação de sintomatologia intrusiva associada ao evento estressante, iniciados após sua ocorrência, como: lembranças intrusivas aflitivas e recorrentes (podem não parecer angustiantes e podem estar presentes como reencenação em brincadeiras); pesadelos recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento são relacionados ao evento (pode não ser possível comprovar associação do conteúdo ao evento); reações dissociativas nas quais o indivíduo sente como se o evento estivesse ocorrendo novamente (a reencenação pode ocorrer na brincadeira); grave sofrimento psicológico e/ou reação fisiológica após exposição a situações que se assemelham a algum aspecto do evento;

- Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, como: esforços para evitar recordações ou sentimentos aflitivos associados ao evento; esforços para evitar estímulos externos que despertem recordações ou sentimentos angustiantes associados ao evento. Alteração negativa em cognição, que inclui: maior frequência de estados emocionais negativos e menor frequência de emoções positivas; interesse diminuído em atividades significativas; comportamento retraído.

- Alteração na excitação e reatividade associadas ao evento estressante, com início ou piora após o evento, evidenciado por dois (ou mais) dos sintomas: comportamento irritadiço/surtos de raiva; hiperexcitação; exagerada resposta de sobressalto; capacidade de concentração reduzida; sono alterado;

- A perturbação dura mais de um mês;

- A perturbação causa grave sofrimento, altera comportamento na escola ou prejudica a relação com cuidadores, familiares, amigos

- A perturbação não é causada por uso de substância ou por outra condição médica.

- Para indivíduos maiores de, menores de ou com 6 anos de idade, é importante diferenciar qual o subtipo de TEP que o paciente apresenta (APA, 2014):

- Com sintomas dissociativos: dispersonalização (experiências de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo); desrealização (experiências de irrealidade do ambiente ao redor que não pode ser causada por uma substância ou outra condição médica).

- Com expressão tardia: Se todos os critérios de diagnóstico não aparecerem até seis meses depois do evento estressante.

Existem ainda algumas características que não se enquadram como critérios diagnósticos, mas podem contribuir para a identificação de um caso de TEPT, como a regressão do desenvolvimento (perda da fala em crianças pequenas), pseudoalucinações auditivas e ideias paranoides (APA, 2014).

Considerando os critérios e características supracitados e tendo em vista o diagnóstico e tratamento dos pacientes, é necessário saber os diagnósticos diferenciais do transtorno. Assim, o TEPT pode se assemelhar a outras disfunções psiquiátricas, tais quais transtornos de adaptação, outros transtornos pós-traumáticas (como transtorno de estresse agudo), transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno depressivo maior, transtornos da personalidade, transtornos dissociativos e transtornos psicóticos ou até neurológicas, como transtorno conversivo e lesão cerebral traumática (APA, 2014).

Prognóstico e comorbidades associadas

Com relação ao prognóstico do TEPT, é importante destacar que os diferentes sintomas e sua predominância relativa podem variar ao

longo do tempo. A duração do transtorno também é variável, sendo que aproximadamente metade dos adultos apresenta recuperação completa em três meses. Recordações do evento, estressores no presente ou experiências de novas situações aversivas podem levar à intensificação e/ou recorrência do quadro. No caso de idosos, deve-se estar atento à deterioração da saúde, à piora da cognição e ao isolamento social, porque podem exacerbar os sintomas do transtorno. O desenvolvimento de TEPT está associado a ideação suicida e tentativas de suicídio, níveis elevados de incapacidades social/profissional/física, custos econômicos consideráveis e altos níveis de utilização de serviços médicos (APA, 2014).

Ademais, indivíduos com TEPT têm 80% mais chance de apresentar outros transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, bipolaridade ou uso de substâncias (APA, 2014). Ainda, propõe-se que a dor crônica e o TEPT estejam intrinsecamente relacionados. A prevalência de TEPT na população geral é de 7% a 12%, enquanto quando observamos grupos de pessoas com dor crônica é possível identificar que 10% a 50% irão apresentar sintomatologias vistas no TEPT. Estudos mostram que dor crônica é o sintoma físico mais recorrente em bombeiros com TEPT e sobreviventes de acidente automobilístico que apresentam dor crônica também têm maior propensão a desenvolverem TEPT. Ademais, foi visto que a dor crônica é a forma mais comum de somatização em pacientes com TEPT (SHARP *et al.*, 2004).

Tratamento

Os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRSs) são o tratamento farmacológico de primeira linha indicado para o TEPT nos principais guidelines, assim como a venlafaxina (75 a 375 mg/dia), um inibidor da recap-

tação da serotonina e noradrenalina (IRSN) eficaz no TEPT mas que deve ser usado com cuidado em pacientes hipertensos (VA/DOD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, 2023). Quando todos os ISRSs foram agrupados e comparados ao placebo, um pequeno efeito positivo foi observado. Entretanto, evidências atuais indicam um maior benefício quando usadas a paroxetina (20 a 50 mg/dia) ou fluoxetina (20 a 60 mg/dia) em relação a outros ISRSs (HOSKINS *et al.*, 2015). Estudos recentes indicam também eficácia no uso do antipsicótico quetiapina (50 a 800 mg/dia) como medicação de primeira linha, reduzindo os sintomas de hiperexcitabilidade e revivescência do trauma (ZHANG *et al.*, 2023).

Na diretriz da Organização Mundial da Saúde (OMS), os antidepressivos tricíclicos (ATCs) também foram recomendados como uma opção farmacológica de primeira linha, embora nesta diretriz o tratamento farmacológico seja recomendado apenas na indisponibilidade ou falha das abordagens psicoterapêuticas ou caso haja depressão grave como comorbidade (OMS, 2013). A evidência para ATCs é considerada inferior aos ISRS e a venlafaxina na maioria das diretrizes e os tricíclicos também são menos recomendados devido a seus efeitos adversos mais intensos (MARTIN *et al.*, 2021). Alguns exemplos de efeitos colaterais dos antidepressivos em geral são: risco aumentado de suicídio especialmente em crianças e jovens, disfunção sexual, tontura, sintomas gastrointestinais, síndrome serotoninérgica e síndrome da secreção inapropriada de hormônio antidiurético cursando com hiponatremia. Em caso de necessidade de descontinuação da farmacoterapia para TEPT, esta não deve ser feita de forma abrupta a fim de evitar sintomas de abstinência (VA/DOD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, 2023).

Além da OMS, outros guidelines também recomendam a psicoterapia como tratamento de primeira linha do TEPT, em vez de farmacoterapia, sendo esta contraindicada para menores de 18 anos (NICE GUIDELINE NG116, 2018). Tal recomendação é apoiada por uma meta-análise recente comparando as duas abordagens, a qual encontrou maiores tamanhos de efeito positivo para psicoterapias focadas em traumas em comparação às medicações (LEE *et al.*, 2016). No entanto, essa recomendação não é apropriada a todos os pacientes por motivos como custo do tratamento, a disponibilidade da psicoterapia adequada, existência de comorbidades como depressão ou mesmo a preferência do paciente pela medicação à psicoterapia. Nesses casos, os médicos devem usar o julgamento clínico para determinar o curso de ação a ser adotado (MARTIN *et al.*, 2021).

A terapia cognitivo comportamental (TCC) é o tratamento psicológico de primeira linha para o TEPT recomendado nos principais guidelines. A TCC é um termo amplo que pode abranger várias terapias específicas, como terapia de processamento cognitivo e terapia de exposição prolongada, que têm foco em técnicas de processamento cognitivo, comportamental e emocional (MENDES *et al.*, 2008). Várias diretrizes para tratamento de TEPT indicam as chamadas "psicoterapias focadas no trauma", que incluem a TCC e também a terapia de dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR), na qual estímulos sensoriais bilaterais são aplicados durante a recordação do trauma, ambas com evidências comparáveis de segurança e eficácia (MARTIN *et al.*, 2021). Ainda, com a TCC e EMDR, a melhora dos sintomas se sustenta mesmo após o ponto final do tratamento, que geralmente é concluído com 8 a 12 sessões, podendo ser indicadas mais a critério clínico (MAVRANE-

ZOULI *et al.*, 2020; NICE GUIDELINE NG116, 2018).

Em relação ao tratamento direcionado aos distúrbios do sono no TEPT, evidências fortes apontam que a farmacoterapia com prazosina, antagonista alfa-1 adrenérgico, pode reduzir a gravidade dos pesadelos (HUANG *et al.*, 2024). A dose inicial de prazosina deve ser de 1 mg por noite ao deitar, a ser titulada até a resposta clínica, sendo a dose terapêutica entre 3 a 20 mg/noite, com atenção ao risco aumentado de hipotensão e síncope (VA/DOD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, 2023). Os guidelines também recomendam a terapia de ensaio de imagem (TRI), método que consiste na reescrita e repetição dos sonhos pelos próprios pacientes substituindo seus elementos negativos, para tratamento direcionado de pesadelos no TEPT. O tratamento mais eficaz, porém, foi a TRI em combinação com a TCC para insônia, que mostrou melhora significativa na qualidade do sono quando comparado a prazosina ou TRI aplicados isoladamente (MARTIN *et al.*, 2021).

O trauma para além do DSM-5

O DSM 5 (2013) especifica que o conceito de trauma não inclui a exposição indireta não profissional por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotos. No entanto, é possível observar casos que fogem desse padrão. Uma revisão da literatura científica realizada por Araújo *et al.* em 2019, 13 relatos de casos de síndrome semelhante ao TEPT induzida por filmes de terror foram encontrados. Concluiu-se que assistir a filmes de terror pode desencadear sintomas similares aos do TEPT em espectadores vulneráveis, embora o critério do trauma pelo DSM-5 para TEPT não seja preenchido, e eventos violentos testemunhados em filmes podem ser sentidos como angustiantemente reais e podem presumivelmente induzir danos psicológicos.

Há também casos documentados de TEPT relacionados ao terrorismo na mídia. Foi observado que, após os atos terroristas de 11 de setembro, parte da população americana desenvolveu sintomas de TEPT. Constatou-se que, quanto mais próximo geograficamente do desastre a parcela da população observada se localizava, maior era a prevalência de TEPT. Contudo, com o passar dos anos, a prevalência de TEPT voltou às estatísticas iniciais, indicando um decréscimo na percepção coletiva de um trauma de proporções nacionais. Além do ato terrorista, a extensa cobertura da mídia por muitas vezes transmitiu cenas explícitas das vítimas. Com isso, foi observado que a população com maior exposição a esse conteúdo apresentou prevalência maior e mais duradoura de TEPT (LAUGHARNE *et al.*, 2007).

Uma meta-análise realizada com 43 artigos e uma amostragem de 31.162 pessoas, nas quais o critério de seleção foi randomizado, buscou analisar o impacto populacional da cobertura televisiva de eventos com múltiplas vítimas. Esse artigo concluiu que, apesar da baixa relação entre a exposição da mídia e abertura do quadro de TEPT, pode-se observar que, em determinadas situações, há maior relação, por exemplo em desastres naturais, a população que mora perto dessa região apresentou maior propensão a desenvolver TEPT. Além disso, foi visto que pessoas que já passaram por situações traumáticas anteriormente e que apresentam outras doenças físicas e psicológicas estão mais propensas a desenvolver TEPT (PFEFFERBAUM *et al.*, 2019).

O impacto da mídia em crianças que vivem em uma zona de guerra também foi estudado em crianças palestinas e crianças kuwaitianas durante a Guerra do Golfo. As crianças palestinas que foram expostas a eventos traumáticos indiretamente pela mídia tiveram maior incidência de ansiedade antecipatória e expressões

cognitivas de angústia do que as crianças que foram expostas diretamente, que, por sua vez, manifestaram mais sintomas de TEPT. Ademais, a reação das crianças a acontecimentos violentos e a sua capacidade de lidar com essas catástrofes foram fortemente influenciadas pelas reações dos pais ao trauma. Nesse sentido, as respostas dos pais se mostraram um fator central para as reações das crianças israelenses durante a Guerra do Golfo. As expressões emocionais negativas dos pais foram associadas a maiores níveis de angústia nos filhos, enquanto as manifestações emocionais positivas foram associadas a maiores esforços de enfrentamento (FREMONT *et al.*, 2005).

CONCLUSÃO

O desenvolvimento e gravidade do TEPT é influenciado por fatores diversos, desde predisposições anteriores ao trauma, aspectos do evento traumático em si, até fatores pós-traumáticos. O manejo precoce do quadro é importante

na redução dos impactos a longo prazo, tendo intervenções psicoterapêuticas como a TCC e EMDR e abordagens farmacológicas como os ISRS demonstrado eficácia comprovada no tratamento e melhora dos sintomas. A integração entre pesquisa e prática clínica tem sido fundamental para avançar na compreensão e no tratamento do TEPT, resultando em melhores desfechos clínicos.

Ademais, diante da exposição dos indivíduos à mídia cada vez maior nos últimos anos, não só por meio da televisão mas também por computadores e *smartphones* com a globalização digital via internet, e uma perspectiva de futuro em que inovações nas tecnologias da informação e do entretenimento surgem de forma acelerada, estão ganhando destaque novas modalidades de exposição, como a realidade virtual, que irão requerer mais atenção dos profissionais de saúde mental para a eventual necessidade de ampliar o conceito de evento traumático estabelecido pelo DSM-5 para o diagnóstico de TEPT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores. In: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed; 2014.

ARAÚJO, A.X.G. *et al.* Can horror movies induce PTSD-like syndrome? Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 22, n. 2, p. 360, 2019. doi: 10.1590/1415-4714.2019v22n2p360.11.

FREMONT, W.P. *et al.* The impact of terrorism on children and adolescents: terror in the skies, terror on television. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, v. 14, n. 3, p. 429, 2005. doi:10.1016/j.chc.2005.02.001.

HOSKINS, M. *et al.* Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, v. 206, n. 2, p. 93, 2016. doi:10.1192/bjp.bp.114.148551.

HUANG, C.Y. *et al.* Psychotherapeutic and pharmacological agents for post-traumatic stress disorder with sleep disorder: network meta-analysis. Annals of Medicine, v. 56, n. 1, p. 2381696, 2024. doi:10.1080/07853890.2024.2381696.

LAUGHARNE, J. *et al.* Posttraumatic stress disorder and terrorism: 5 years after 9/11. Current Opinion in Psychiatry, v. 20, n. 1, p. 36, 2007. doi: 10.1097/YCO.0b013e328010dc2c.

LEE, D. *et al.* Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analyses to determine first-line treatments. Depression and anxiety, v. 33, n. 9, p. 792, 2016. doi:10.1002/da.22511.

MARTIN, A. *et al.* Treatment Guidelines for PTSD: A Systematic Review. Journal of clinical medicine, v. 10, n. 18, p. 4175, 2021. doi: 10.3390/jcm10184175.

MAVRANEZOULI, I. *et al.* Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. Psychological Medicine, v. 50, n. 4, p. 542, 2020. doi:10.1017/S0033291720000070.

MENDES, D. *et al.* Systematic Review on the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. International journal of psychiatry in medicine, v. 38, n. 3, p. 241, 2008. doi:10.2190/PM.38.3.b.

NICE GUIDELINE NG116. Post-traumatic stress disorder. National Institute for Health and Care Excellence, England, UK, 2018 (2018). Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>>. Acesso em: 03 de março de 2025.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK159725/>>. Acesso em: 03 de março de 2025.

PFEFFERBAUM, B. *et al.* Is Viewing Mass Trauma Television Coverage Associated With Trauma Reactions in Adults and Youth? A Meta-Analytic Review. Journal of Traumatic Stress, v. 32, n. 2, p. 175, 2019. doi:10.1002/jts.22391.

ROSEN, G.M. *et al.* Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM-V. British Journal of Psychiatry, v. 192, n. 1, p. 3, 2008. doi:10.1192/bjp.bp.107.043083.

SHARP, T.J. The prevalence of post-traumatic stress disorder in chronic pain patients. Current pain and headache reports, v. 8, n. 2, p. 111, 2004. doi:10.1007/s11916-004-0024-x.

VA/DOD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Work Group. Washington: U.S. Government Printing Office, 2023. Disponível em: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd/>. Acesso em: 03 de março de 2025.

ZHANG, Z.X. *et al.* Clinical outcomes of recommended active pharmacotherapy agents from NICE guideline for post-traumatic stress disorder: network meta-analysis. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, v. 125, p. 110754, 2023. doi:10.1016/j.pnpbp.2023.110754.

ZHOU, Y.G., *et al.* PTSD: Past, present and future implications for China. Chinese Journal of Traumatology, v. 24, n. 4, p. 187, 2021. doi:10.1016/j.cjtee.2021.04.011.