

## Perfil de pacientes com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático atendidos em um ambulatório de ansiedade e trauma

### *Profile of patients diagnosed with post-traumatic stress disorder treated at an anxiety and trauma outpatient clinic*

Érica Panzani Duran<sup>1\*</sup>, Curt Hemanny<sup>2</sup>, Francisco Lotufo Neto<sup>3</sup>, Mariangela Gentil Savóia<sup>4</sup>,  
Irismar Reis de Oliveira<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Graduação de Psicologia. Mestre em Ciências da Saúde pela FMUSP, Doutoranda em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas da Universidade Federal da Bahia (UFBA); <sup>2</sup> Professor da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC); <sup>3</sup>Psicólogo, Médico, Doutor em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), Professor Associado da USP; <sup>4</sup>Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia clínica pela USP. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e Professora visitante da USP; <sup>5</sup>Médico, Psiquiatra e Doutor em Medicina e Saúde pela UFBA, Professor Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA e do Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas da UFBA

#### Resumo

**Introdução:** o transtorno de estresse pós-traumático se caracteriza pela ação de ansiedade extrema a um evento externo, o que coloca a vida da pessoa em risco, sob a forma de ameaça direta ou testemunho do evento traumático. **Objetivo:** descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com transtorno de estresse pós-traumático, atendidos em um ensaio clínico no Programa de Ansiedade, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo. **Metodologia:** noventa e cinco pacientes com idade entre 18 e 65 anos, que apresentavam o diagnóstico desse transtorno, foram avaliados individualmente por psiquiatras, no período de janeiro de 2014 a março de 2015. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, nível educacional, religião, tempo com o transtorno, uso de medicação, comorbidades psiquiátricas e tipo de evento traumático. **Resultados** – A média de idade dos pacientes foi de 41,7 anos, sendo 80% do sexo feminino, 53,7% solteiros ou divorciados, 43% católicos e 87,4% usavam algum tipo de medicação antes do diagnóstico. **Conclusão:** destaca-se que o transtorno de estresse pós-traumático é mais comum no sexo feminino e que a presença de comorbidades é frequente, sendo recorrente o transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno depressivo maior e a agorafobia, o que piora o prognóstico. Dados relevantes da literatura foram discutidos.

**Palavras-chave:** Transtorno de estresse pós-traumático. Transtornos de ansiedade. Comorbidades.

#### Abstract

**Introduction:** Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is characterized by the reaction of extreme anxiety to an external event that puts the person's life at risk in the form of a direct threat or testimony to the traumatic event. **Objective:** describing the socio-demographic and clinical profile of patients with PTSD treated in a clinical trial in the Anxiety Program of the Medical School of the University of São Paulo. **Methodology:** ninety-five patients aged between 18 and 65 years, who had a diagnosis of PTSD assessed individually by psychiatrists, from January 2014 to March 2015. The variables studied were: sex, age, educational level and religion, time with the disorder, medication use, psychiatric comorbidities and type of traumatic event. **Results:** mean age was 41.7 years, 80% female, 53.7% were single or divorced, 43% Catholic and 87.4% of patients used some type of medication prior to diagnosis. **Conclusion:** it is noteworthy that PTSD is more common in females and that the presence of comorbidities is frequent, with generalized anxiety disorder, major depressive disorder and agoraphobia being common, which worsens the prognosis. Relevant data from the literature were discussed.

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder. Anxiety disorders. Comorbidities.

## INTRODUÇÃO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) pode se desenvolver após a exposição ou testemunho de morte real ou ameaça, ferimentos graves ou violação sexual. Pode ocorrer também após um único evento traumático, ou por exposição prolongada a um trauma, como abuso

sexual na infância. Prever quem desenvolverá esse diagnóstico é ainda um grande desafio (BISSON *et al.*, 2015).

Alguns dos sintomas incluem lembranças intrusivas e persistentes, evitação de estímulos relacionados ao trauma, alterações na cognição, humor rebaixado e hiperexcitação. A capacidade sociofuncional dos afetados pelo transtorno é muito prejudicada, caracterizando o TEPT como um problema de saúde pública (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

**Correspondente/Corresponding:** \*Érica Panzani Duran – End.: Programa de Ansiedade (ANBAN) R. Dr. Ovídio Pires de Campos, 785 – Cerqueira César, São Paulo – SP, 05403-903 – Tel: (11) 97664-2291 – E-mail: ericapanzani@gmail.com

Passar por um evento traumático ao longo da vida não é uma situação rara. Cerca de 6 em cada 10 homens e 5 em cada 10 mulheres sofrem pelo menos um trauma ao longo da vida. As mulheres são mais propensas a sofrer agressão sexual e abuso sexual infantil, enquanto os homens são mais propensos a sofrer acidentes, agressão física, combate, desastre, ou testemunhar morte ou ferimento (GRADUS, 2017).

Ao vivenciar um evento traumático, não são todos que irão desenvolver os sintomas. No entanto, existem fatores que podem aumentar as chances de alguém desenvolver TEPT, como o baixo nível socioeconômico, que contribui como o fator de exposição às situações de violência (RUEBNER *et al.*, 2017).

Um estudo epidemiológico iniciado nos anos de 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre distúrbios de saúde mental, com dados de quase 200 mil entrevistados em 27 países, mostrou que 54,8% já passaram por um evento traumático ao longo da vida e 41,2% desenvolveram algum transtorno mental (KESSLER *et al.*, 2009).

Não há dúvida de que o mundo está se tornando mais urbanizado e, com isso, há um aumento de possibilidades de situações de violência, acidentes e agressões. No entanto, há uma questão a investigar: se os locais urbanos são prejudiciais à saúde nas sociedades modernas.

Segundo um estudo de Robles-García, Fresán e Yoldi (2020), mulheres que vivem em locais urbanos parecem experimentar vulnerabilidade maior ao TEPT por acumularem mais fatores de risco às experiências de trauma. As mulheres urbanas tendem a ser mais expostas à violência e são mais vulneráveis que os homens para desenvolver o transtorno. Exposição a agressões sexuais, violência doméstica e residir em áreas sociais e econômicas carentes são fatores de risco comuns, principalmente para aquelas que vivem em países de baixa e média renda. A exposição a traumas sexuais precoces e pouco apoio social podem aumentar ainda mais a probabilidade de risco de TEPT.

Dada a correlação do TEPT com variáveis sociodemográficas, é importante identificar a associação de tais variáveis com o diagnóstico de TEPT. Portanto, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com TEPT matriculados no Programa de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMBAN/IPq-FMUSP).

## METODOLOGIA

### *Desenho de estudo*

Trata-se de um estudo transversal, em que pacientes matriculados no AMBAN/IPq-FMUSP foram selecionados para um ensaio clínico randomizado, em que se comparou a Terapia Cognitiva Processual e a Terapia de Exposição no

tratamento do TEPT, o que pode ser conferido em Duran e colaboradores (2020).

### *Amostra*

Participaram deste estudo 95 pacientes com idade entre 18 e 65 anos, selecionados entre janeiro de 2014 e março de 2015.

O AMBAN é um programa que presta atendimento psicológico e psiquiátrico em saúde mental para os transtornos de ansiedade e o TEPT. Os casos encaminhados para atendimento foram provenientes de serviços internos da própria instituição e da divulgação nas mídias sociais. O critério de atendimento foi ter assinado o termo de consentimento livre e informado para participação no ensaio clínico acima descrito.

### *Procedimentos e instrumentos*

Todos os participantes foram submetidos ao protocolo-padrão de triagem, que consistiu em uma avaliação clínica psiquiátrica, na qual foi realizada entrevista diagnóstica com a versão clínica da *Structured Clinical Interview for DSM-IV – SCID* (TAVARES, 1996). Assim que foi realizado o diagnóstico de TEPT, escalas autoaplicáveis, com o objetivo de mensurar sintomas de TEPT, foram entregues aos pacientes: a Escala de Davidson de Trauma – DST (DAVIDSON *et al.*, 1997); Inventário de Depressão de Beck – BDI (BECK *et al.*, 1961) e Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (BECK *et al.*, 1988).

Um questionário sobre aspectos sociodemográficos foi aplicado para identificar as seguintes variáveis: sexo, idade, nível educacional e religião. Além das variáveis clínicas de diagnóstico, ansiedade e depressão, também foram selecionadas como variáveis: a duração em meses do transtorno, o uso de medicação psiquiátrica e as comorbidades psiquiátricas.

### *Análise estatística*

As variáveis foram organizadas em termos de frequência absoluta, percentual e desvio padrão, além de também serem organizadas em variáveis dicotômicas e categóricas. Para as análises, foi utilizado o *software* SPSS para Windows versão 24.0 (IBM, 2018).

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP (CAPPesq sob a numeração 266643). E o ensaio clínico foi devidamente registrado (ISRCTN58151265).

## RESULTADOS

Os dados sociodemográficos dos 95 pacientes estão apresentados na Tabela 1. Observou-se maior prevalência (80%) do TEPT em mulheres. Além disso, a maior parte dos pacientes estava constituída por solteiros e divorciados.

**Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra**

Variável	Total (n = 95) *
Sexo feminino (%)	80
Estado civil (%)	
Solteiro ou divorciado	53,7
Casados	38,9
Viúvo	7,4
Número de filhos n (%)	
Nenhum	42 (44,2)
1	22 (23,2)
2	19 (20,0)
3 ou mais	12 (12,7)
Religião n (%)	
Católicos	37 (43,0)
Evangélicos	20 (23,3)
Kardecistas	16 (18,6)
Sem religião	13 (15,1)
Escolaridade em anos M(DP)	13,05 (3,6)
Atendimento psiquiátrico anterior (%)	
Sim	49,4
Não	50,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: \*dados omissos não foram computados, os quais representam 3,48% dessas variáveis. TEPT: Transtorno do estresse pós-traumático; M: média; DP: desvio padrão.

Na amostra estudada, 61,5% apresentavam TAG como comorbidade, seguida de Transtorno Depressivo Maior (TDM), segundo a avaliação psiquiátrica através do SCID.

Nas escalas de autoavaliação de sintomas de depressão (BDI), a média foi 26,95 (DP 10,38) pontos, sendo considerados sintomas moderados. Na escala para avaliar sintomas de ansiedade (BAI), foram encontrados escores médios de 33,16 (DP:13,89) com sintomas graves.

**Tabela 2 – Características clínicas dos pacientes com TEPT**

Variáveis	Total (n = 95)
Escala Davidson de Trauma – DTS M(DP)	
Gravidade	42,95 (15,11)
Frequência	45,22 (13,35)
Total	88,55 (27,37)
Duração do TEPT em meses M(DP)	89,28 (130,45)
Quantidade de eventos traumáticos (%)	
1	44,2
2	14,7
3	17,9
4	10,5
5	9,5
6 e 7	3,2
Uso de medicação atual n (%)	
Sim	83 (87,4)
Não	12 (12,6)
BAI (M/DP)	33,16 (13,89)
BDI (M/DP)	26,95 (10,38)
Pacientes com risco de suicídio (%)	
Leve	26,2
Moderado	3,1
Grave	12,3
TAG n (%)	40 (61,5)

TDM n (%)	
Atual	38 (58,5)
Passado	29 (44,6)
TP n (%)	16 (24,6)
Agorafobia n (%)	25 (38,5)
TAS n (%)	8 (12,3)
TB tipo 1 n (%)	7 (10,9)
TOC n (%)	3 (4,6)
Transtorno por uso de substâncias – álcool n (%)	1 (1,5)
Sintomas psicóticos n (%)	14 (17,1)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: \*BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BDI: Inventário de Depressão de Beck; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada; TDM: Transtorno Depressivo Maior; TP: Transtorno de Pânico; TAS: Transtorno de Ansiedade Social; TB 1: Transtorno Bipolar Tipo 1; TOC: Transtorno Obsessivo Compulsivo.

## DISCUSSÃO

Este estudo descreveu as principais características clínicas e demográficas de uma população com TEPT, que participou de um ensaio clínico randomizado (DURAN *et al.*, 2020). Identificou-se que o perfil sociodemográfico mais prevalente da amostra foi de: mulheres (80%), não casadas (61,1%), em sua maioria sem filhos ou com apenas um filho (67,4%), e a maioria tinha religião (84,9%). O perfil clínico indicou que metade da amostra não tinha se submetido a atendimento psiquiátrico prévio (50,6%), apresentava média de sintomas de TEPT consideradas altas [DTS 88,55] (27,37), com média de 89,28 (130,45) meses com o transtorno, tendo experienciado dois ou mais eventos traumáticos (55,8%), além de sintomas, em média, moderados de ansiedade e depressão: [BAI 33,16 (13,89)], [BDI 26,95 (10,38)]; e apresentavam comorbidade com transtornos de ansiedade, principalmente com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (41,5%) e com Transtorno Depressivo Maior (TDM) atual (58,5%). Quase metade da amostra (41,6%) apresentava risco de suicídio, ainda que baixo.

Na escala DTS, que afere a gravidade do TEPT, utiliza-se o ponto de corte de 40 no escore total, o qual indica a possibilidade de diagnóstico do transtorno. Em nossa amostra, os participantes apresentaram uma média 88,55 (27,37), indicando diagnóstico do transtorno e gravidade substancial. Outros estudos indicam pacientes que ingressam em tratamento para TEPT com escores que variam de 70 a 120 pontos na DTS, como foi encontrado nos dados aqui apresentados (YEHUDA; DAVIDSON, 2020).

Nessa direção, uma característica marcante envolve a comorbidade mais prevalente da amostra, o TDM (58,5%), bem como a presença de sintomas moderados de depressão [BDI 26,95 (10,38)]. Os critérios diagnósticos de depressão se sobrepõem aos critérios de TEPT, de acordo com o DSM-5, dentre os quais, além da ocorrência do evento traumático, incluem anedonia, alterações do sono, culpa excessiva e dificuldade de concentração (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; FLORY; YEHUDA, 2015).

Essa sobreposição sugere que a presença elevada de TDM pode ser considerada um subtipo de TEPT, predispondo, inclusive, a um maior risco de suicídio (KRY-SINSKA; LESTER, 2010), como foi visto, em algum grau, em 41,6% da amostra. É possível que a ocorrência de ambos os transtornos seja uma predisposição individual a responder a eventos envolvendo perdas, ameaças e frustração com menor socialização e menor busca de estímulos novos e gratificantes, o que é característica de episódios depressivos (BRADY; BREWERTON; LUCERINI, 2000; FLORY; YEHUDA, 2015; QUARANTINI *et al.*, 2009). Com isso, os tratamentos para esse fenótipo de TEPT envolvem, além da farmacoterapia e da psicoterapia de exposição prolongada (DURAN *et al.*, 2020), consideradas a primeira linha de tratamento, psicoterapias que sejam transdiagnósticas e que modifiquem cognições, como a Terapia Cognitiva Processual (DE OLIVEIRA, 2015; DURAN *et al.*, 2020) e terapias que aumentem o nível de atividade e o humor, como a Ativação Comportamental (HEMANNY *et al.*, 2019).

O mesmo ocorre com o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), o segundo transtorno mais prevalente encontrado nesta amostra, corroborando outros estudos que apontam preocupações excessivas e dificuldade de manter-se calmo como sintomas em ambos os transtornos, além de indicarem que o TAG pode se desenvolver em resposta a um evento traumático (PRZEWORSKI; DUNBECK, 2016), o que evidencia a inter-relação e a presença constante de TEPT, TDM e TAG (MEDEIROS *et al.*, 2015; PRICE *et al.*, 2019).

O total de 80% de mulheres confirma dados epidemiológicos sobre o TEPT, os quais apontam sua maior prevalência entre as mulheres. Diante da ausência de dados epidemiológicos brasileiros relativos ao sexo, os dados deste estudo podem ser discutidos à luz de epidemiologias antes não estudadas. Na população americana, TEPT foi diagnosticado em 5% dos homens e 10,4% das mulheres (KESSLER; USTUN, 2008). As mulheres parecem ser mais propensas ao transtorno por uma conjunção de fatores mais presentes nesse sexo do que em homens, como, por exemplo, serem expostas a eventos traumáticos de forma mais precoce e traumas de maior impacto nelas do que nos homens, como abuso sexual. Do mesmo modo, mulheres têm maior tendência de emitir respostas mais paliativas ao estressor, dada a maior sensibilidade neurobiológica, enquanto homens têm respostas de luta ou fuga (BEY; ULBRICHT; PERSON, 2019). Além de constatar que viver em cidades grandes, com renda média e baixa e com pouco suporte social são fatores de risco para mulheres desenvolverem o TEPT (ROBLES-GARCÍA; FRESÁN; YOLDI, 2020).

Pouco menos da metade da amostra (49,4%) buscou tratamento psiquiátrico prévio. Como a maior parte da amostra é do sexo feminino, uma interpretação possível é a maior busca por tratamento por parte das mulheres (HASKELL, 2006). A maioria dos participantes passou por mais de um evento traumático (55,8%), o que está asso-

ciado com maior probabilidade de desenvolvimento do transtorno (WALSH *et al.*, 2012). Por outro lado, se o estressor for mais intenso e impactante, uma única ocorrência é suficiente para preenchimento dos critérios, justificando o fato de que quase metade da amostra ter sofrido apenas um evento traumático (KILPATRICK *et al.*, 2013).

## CONCLUSÃO

Consideramos que existem poucos estudos sobre o perfil clínico e epidemiológico de pessoas com o TEPT no Brasil, em comparação com outros países, o que nos leva a discutir nossos dados com a literatura internacional. Assim, no Brasil, essa psicopatologia pode ser confundida com outros diagnósticos pela complexidade de seus sintomas. Naturalmente, não sabemos muito bem qual o perfil epidemiológico no nosso país e o quanto isso impacta no nosso sistema de saúde.

Nossos achados realçam os dados da literatura quanto à maior prevalência do TEPT em mulheres, altos índices de comorbidade com TDM, Transtornos de Ansiedade e risco de suicídio. Dada a realidade brasileira de grande exposição à violência, uma atenção clínica e social maior deve ser dada às mulheres expostas a vulnerabilidades sociais, residentes em grandes centros urbanos e que cursem com transtornos depressivos e ansiosos.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **J. consult. clin. psychol.**, Washington, v. 56, n. 6, p. 893-897, Dec, 1988.
- BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring depression. **Arch. gen. psychiatry.**, Chicago, v. 4, p. 561-571, Jun 1961.
- BEY, G. S.; ULBRICHT, C. M.; PERSON, S. D. Theories for race and gender differences in management of social identity-related stressors: a systematic review. **J. racial ethnic health disparities**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 117-132, 2019.
- BISSON, J. I. *et al.* Post-traumatic stress disorder. **BMJ**, São Paulo, n. 351, h6161, Nov. 2015.
- BRADY K. T. *et al.* Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. **J. clin. psychiatr.**, Memphis, v. 61, supl. 7, p. 22-32, 2000.
- DAVIDSON, J. R. *et al.* Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. **Psychol. med.**, London, v. 27, n. 1, p. 153-160, Jan. 1997.
- DE OLIVEIRA, I. R. **Terapia cognitiva processual: manual para clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- DURAN, E. P. *et al.* A randomized clinical trial to assess the efficacy of trial-based cognitive therapy compared to prolonged exposure for post-traumatic stress disorder: preliminary findings. **CNS spectr.**, New York, n. 26, p.1-8, May 2020.
- HEMANNY, C. *et al.* Efficacy of trial-based cognitive therapy, behavioral activation and treatment as usual in the treatment of major depressive disorder: preliminary findings from a randomized clinical trial. **CNS spectr.**, New York, v. 25, n. 4, p. 535-544, 2020.

- FLORY, J.D.; YEHUDA. R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. **Dialogues clin. neurosci.**, Neuilly-sur-Seine, v. 17, n. 2, p. 141, 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.
- HASKELL, L. **Women, abuse and trauma therapy: an information guide for women and their families.** Canada: Centre for Addiction and Mental Health, 2006.
- IBM. **SPSS Statistics Version 24.0.** Armonk, NY: IBM Corp, 2018.
- KESSLER, R. C. *et al.* The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. **Epidemiol. psychiatr. soc.**, Roma, v. 18, n. 1, p. 23-33, Jan-Mar. 2009.
- 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.
- KILPATRICK, D. G. *et al.* National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. **J. trauma stress**, New York, v. 26, n. 5, p. 537-547, 2013.
- KRYSINSKA, K. LESTER, D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. **Arch. suicide res.**, Dordrecht, v. 14, n. 1, p. 1-23, 2010.
- MEDEIROS, L. G. *et al.* Posttraumatic stress disorder: prevalences, comorbidities and quality of life in a community sample of young adults. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 1-7, Mar. 2015.
- PRICE, M. *et al.* The symptoms at the center: examining the comorbidity of posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, and depression with network analysis. **J. psychiatr. res.**, Oxford, v. 109, p. 52-58, 2019.
- PRZEWORSKI, A.; DUNBECK, K. **Generalized anxiety disorder: how it compares to PTSD: comprehensive guide to post-traumatic stress disorders.** Cham: Springer, 2016. p. 193-204. DOI: 10.1007/978-3-319-08359-9\_118.
- QUARANTINI, L. C. *et al.* Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, n. 31, supl. 2, p. S66-S76, 2009.
- 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.
- RUEBNER, O. *et al.* Cities and mental health. **Dtsch Ärztebl int.**, [s.l.], v. 114, n. 8, p. 121-127, Feb. 2017.
- TAVARES, M. **Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV: transtornos do eixo I (Versão 2.0) Projeto Brasil.** Brasília: Instituto de Psicologia; Universidade de Brasília, 1996.
- WALSH, K. *et al.* National prevalence of posttraumatic stress disorder among sexually revictimized adolescent, college, and adult household-residing women. **Arch. gen. psychiatr.**, Chicago, v. 69, n. 9, p. 935-942, 2012.
- YEHUDA. R.; DAVIDSON, J. Diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. In: **CLINICIAN'S Manual on Posttraumatic Stress Disorder.** London: Science, 2000. p. 29-52.

---

Submetido em: 02/11/2020

Aceito em: 05/11/2020