

**TRANSTORNO DE ESTRESSE
PÓS-TRAUMÁTICO:
COMPLEXIDADE
DIAGNÓSTICA, BASES
FISIOPATOLÓGICAS E
IMPLICAÇÕES
TERAPÊUTICAS**

**POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: DIAGNOSTIC COMPLEXITY,
PATHOPHYSIOLOGICAL BASES, AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS**

Ciências da Saúde • 19/04/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/776544113](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/776544113)

Cristiane Del Corso¹

Henrique Allan França Belchior²

Monica Montemor Bertazo³

Diêgo Ferraz Oliveira⁴

Letícia de Barros Rios⁵

Italo Lafayette Silva⁶

RESUMO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) constitui uma condição psiquiátrica complexa, caracterizada por sofrimento psíquico persistente e prejuízo funcional após a exposição a eventos traumáticos. Destaca-se pela elevada prevalência, heterogeneidade clínica e frequente associação com comorbidades psiquiátricas, o que impõe desafios diagnósticos e terapêuticos. Este artigo tem como objetivo revisar e discutir a complexidade diagnóstica, as bases fisiopatológicas e as implicações terapêuticas do TEPT. Trata-se de uma revisão de literatura, realizada a partir de estudos selecionados em bases de dados da área da saúde, com análise qualitativa e síntese temática dos principais achados. Os resultados indicam que a prevalência do TEPT varia conforme o contexto populacional e o tipo de trauma, sendo mais frequente em grupos expostos a estressores intensos ou prolongados. Reformulações nos sistemas classificatórios contribuíram para maior precisão conceitual, embora tenham gerado desafios para a comparabilidade entre estudos, especialmente com a introdução do conceito de TEPT complexo. Do ponto de vista fisiopatológico, o transtorno associa-se a alterações persistentes nos sistemas de resposta ao estresse e no processamento da memória traumática. O tratamento baseia-se predominantemente em psicoterapias focadas no trauma, com a farmacoterapia atuando de forma complementar. Conclui-se que o TEPT apresenta natureza multifatorial, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, demandando abordagens diagnósticas e terapêuticas integradas e individualizadas.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Trauma Psicológico; Diagnóstico; Fisiopatologia; Tratamento.

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a complex psychiatric

condition characterized by persistent psychological distress and functional impairment following exposure to traumatic events. It is notable for its high prevalence, clinical heterogeneity, and frequent association with psychiatric comorbidities, which pose diagnostic and therapeutic challenges. This article aims to review and discuss the diagnostic complexity, pathophysiological foundations, and therapeutic implications of PTSD. This is a literature review based on studies selected from health science databases, with qualitative analysis and thematic synthesis of the main findings. The results indicate that the prevalence of PTSD varies according to the population context and type of trauma, being more frequent among groups exposed to intense or prolonged stressors. Revisions in classification systems have contributed to greater conceptual precision, although they have introduced challenges for comparability across studies, particularly with the inclusion of the concept of complex PTSD. From a pathophysiological perspective, the disorder is associated with persistent alterations in stress-response systems and in the processing of traumatic memory. Treatment is primarily based on trauma-focused psychotherapies, with pharmacotherapy playing a complementary role. In conclusion, PTSD has a multifactorial nature, influenced by biological, psychological, and social factors, requiring integrated and individualized diagnostic and therapeutic approaches.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder; Psychological Trauma; Diagnosis; Pathophysiology; Treatment.

INTRODUÇÃO

A exposição a eventos potencialmente traumáticos ou a estressores de elevada intensidade constitui uma experiência relativamente comum ao longo da vida, especialmente em contextos marcados

por violência, desastres, acidentes graves, conflitos armados e crises sanitárias (Gradus et al., 2017; Miao et al., 2018). Em grande parte dos indivíduos, as reações emocionais iniciais, como medo, ansiedade e hipervigilância, tendem a ser transitórias e a regredir espontaneamente com o passar do tempo. No entanto, uma parcela significativa da população evolui com manifestações psicopatológicas persistentes, caracterizadas por sintomas dissociativos, anedonia, alterações negativas da cognição e do humor, disforia, irritabilidade, episódios de raiva e agressividade, além de intenso sofrimento psíquico e prejuízo funcional (Lancaster et al., 2016; Sartor et al., 2023). Esses quadros configuram os transtornos relacionados ao trauma e ao estresse, entre os quais o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) se destaca pela gravidade, complexidade clínica e impacto individual e coletivo.

O TEPT representa a condição mais estudada dentro desse grupo de transtornos, tanto pela sua elevada prevalência quanto pelas repercussões clínicas, sociais e econômicas associadas (Gradus et al., 2017; Righy et al., 2019). Apesar disso, permanece um transtorno marcado por expressiva heterogeneidade clínica, elevada taxa de comorbidades psiquiátricas e evolução frequentemente crônica (Longo et al., 2020; Gekker et al., 2018). Em contraste, os demais transtornos relacionados ao estresse ainda são pouco explorados na literatura, com dados epidemiológicos escassos e conhecimento limitado acerca de seus determinantes e desfechos, o que reforça o protagonismo do TEPT como objeto central de investigação científica e de debate clínico (Gradus et al., 2017).

A compreensão do TEPT não é recente e antecede sua formalização diagnóstica. Registros históricos sugerem que manifestações compatíveis com o transtorno já eram observadas em combatentes

da Antiguidade, como descrito por Heródoto ao relatar alterações sensoriais súbitas em soldados expostos a cenas de combate. Relatos ainda mais antigos, provenientes da Mesopotâmia, descrevem soldados acometidos por visões recorrentes e estados de medo intenso após experiências bélicas. Ao longo dos séculos, diferentes denominações e interpretações foram atribuídas a esses quadros, refletindo os paradigmas médicos, psicológicos e socioculturais vigentes em cada período histórico (Miao et al., 2018).

O estudo médico moderno do TEPT ganhou maior sistematização a partir do século XIX, com descrições clínicas associadas a contextos de guerra e acidentes industriais. Observações como o “coração irritável”, descrito em veteranos da Guerra Civil Americana, e os quadros neurológicos sem base orgânica identificados em vítimas de acidentes ferroviários, contribuíram para o reconhecimento da relação entre eventos traumáticos e manifestações psicopatológicas persistentes. No início do século XX, relatos de sintomas semelhantes em sobreviventes de acidentes navais e, posteriormente, a ampla documentação de casos de “shell shock” durante a Primeira Guerra Mundial consolidaram a noção de que experiências extremas poderiam desencadear quadros psiquiátricos duradouros. A Segunda Guerra Mundial e a descrição da chamada “síndrome do campo de concentração” ampliaram ainda mais a compreensão das consequências psicológicas da exposição prolongada a traumas severos (Miao et al., 2018).

A formalização do TEPT como entidade diagnóstica ocorreu apenas na segunda metade do século XX, com sua inclusão nos sistemas classificatórios, permitindo maior padronização diagnóstica e avanço na produção científica. Desde então, sucessivas reformulações conceituais têm buscado refinar a definição dos eventos

potencialmente traumáticos, os critérios diagnósticos e a organização dos sintomas, refletindo a crescente complexidade do conhecimento acumulado (Larsen & Berenbaum, 2017; Osorio et al., 2019). Essas mudanças impactaram diretamente as estimativas de prevalência, a caracterização clínica dos pacientes e a comparabilidade entre estudos, além de evidenciarem a necessidade de abordagens diagnósticas mais sensíveis às diferentes formas de exposição ao trauma (Franklin et al., 2019).

Paralelamente, avanços significativos foram observados na elucidação das bases fisiopatológicas do TEPT, com a identificação de alterações nos sistemas neurobiológicos envolvidos na resposta ao estresse, no processamento do medo e na consolidação da memória. Disfunções nos eixos neuroendócrinos e autonômicos, bem como em circuitos cerebrais que envolvem a amígdala, o hipocampo e o córtex pré-frontal, têm sido associadas à persistência dos sintomas e à dificuldade de extinção das memórias traumáticas (Miao et al., 2018; Lancaster et al., 2016). Esses achados contribuíram para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais direcionadas, embora o tratamento do TEPT ainda represente um desafio clínico significativo, com respostas frequentemente parciais e elevada taxa de refratariedade (Lee et al., 2016; Markowitz & Fanselow, 2020).

Diante da complexidade diagnóstica, da heterogeneidade clínica e dos desafios terapêuticos associados ao transtorno de estresse pós-traumático, torna-se fundamental integrar os conhecimentos disponíveis de forma crítica e sistematizada. Assim, o presente artigo tem como objetivo revisar a literatura acerca do TEPT, abordando sua complexidade diagnóstica, as principais bases fisiopatológicas envolvidas e as implicações terapêuticas decorrentes desses avanços

conceituais, contribuindo para uma compreensão mais abrangente do transtorno e para o aprimoramento das práticas clínicas e das estratégias de cuidado em saúde mental.

METODOLOGIA

A busca dos estudos foi realizada em bases de dados eletrônicas amplamente utilizadas na área da saúde, incluindo PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS. A estratégia de busca foi construída a partir de descritores controlados e não controlados, definidos com base nos termos do Medical Subject Headings (MeSH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os principais descritores utilizados foram “Posttraumatic Stress Disorder”, “Psychological Trauma”, “Diagnosis”, “Physiopathology”, “Neurobiology”, “Comorbidity”, “Psychotherapy” e “Pharmacotherapy”, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, de forma a garantir maior sensibilidade e especificidade na recuperação dos estudos. As combinações incluíram estratégias como “Posttraumatic Stress Disorder AND Diagnosis”, “Posttraumatic Stress Disorder AND Neurobiology”, “Posttraumatic Stress Disorder AND Treatment” e “Trauma AND Comorbidity”.

Foram incluídos estudos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem de forma direta os aspectos diagnósticos do TEPT, seus fundamentos fisiopatológicos, fatores associados ao desenvolvimento e à manutenção do transtorno, presença de comorbidades psiquiátricas e abordagens terapêuticas baseadas em evidências. Foram considerados elegíveis artigos originais, revisões sistemáticas, meta-

análises e estudos observacionais que apresentassem delineamento metodológico adequado e relevância clínica para o tema proposto.

Foram excluídas publicações duplicadas, resumos de congressos, editoriais, cartas ao editor, relatos de caso isolados e estudos que não estivessem diretamente relacionados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Também foram excluídos trabalhos que abordassem experiências traumáticas de forma inespecífica, sem associação clara com critérios diagnósticos ou implicações clínicas do TEPT, bem como estudos cuja metodologia apresentasse inconsistências que comprometessem a confiabilidade dos resultados.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em etapas sequenciais. Inicialmente, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos para identificação da adequação ao escopo do estudo. Em seguida, os artigos potencialmente elegíveis foram analisados na íntegra, considerando-se rigorosamente os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Ao final desse processo, os estudos selecionados foram organizados de acordo com os eixos temáticos centrais da revisão, contemplando aspectos relacionados ao diagnóstico e seus desafios conceituais, às bases fisiopatológicas e neurobiológicas do transtorno, às comorbidades associadas e às implicações terapêuticas.

A análise dos dados foi conduzida de forma qualitativa e interpretativa, com extração das principais informações referentes aos objetivos, métodos, populações estudadas e principais achados de cada artigo. Os dados foram sintetizados por meio de uma análise temática, permitindo a identificação de padrões, convergências e divergências entre os estudos, bem como a

construção de uma discussão integrada sobre os diferentes aspectos do TEPT. Essa abordagem possibilitou uma interpretação crítica dos resultados, favorecendo a articulação entre os domínios diagnóstico, fisiopatológico e terapêutico.

Por se tratar de um estudo de revisão de literatura fundamentado em dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, estando o estudo em conformidade com os princípios éticos aplicáveis a esse tipo de investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) apresenta variações significativas conforme o contexto populacional e a natureza da exposição a eventos traumáticos, com estimativas globais pré-pandemia em torno de 3,9% ao longo da vida, além de elevada taxa de persistência sintomática em parcela expressiva dos indivíduos afetados (Gradus et al., 2017; Miao et al., 2018). No contexto brasileiro, taxas mais elevadas foram observadas em grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro, com maior proporção de quadros moderados a graves e diferenças regionais relevantes quanto à ocorrência do transtorno (Luz et al., 2016; Longo et al., 2020). O risco mostrou-se mais elevado entre mulheres, indivíduos de meia-idade e aqueles expostos a múltiplos eventos traumáticos, bem como em grupos específicos, como pessoas privadas de liberdade, sobreviventes de internações em unidades de terapia intensiva e profissionais de serviços de emergência (Righy et al., 2019; Nagamine et al., 2020). A elevada coexistência com outros transtornos mentais, especialmente depressão, ansiedade e uso de substâncias, amplia a gravidade clínica, a complexidade do manejo e

o risco de comportamento suicida (Gekker et al., 2018; Longo et al., 2020). No cenário da pandemia de covid-19, observou-se aumento expressivo na frequência de TEPT e de outros transtornos mentais, associado a estressores adicionais como isolamento social, perdas econômicas, sobrecarga laboral, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e incertezas prolongadas (Miao et al., 2018; Sartor et al., 2023). Entre profissionais da saúde, particularmente aqueles atuantes em contextos de alta complexidade, a prevalência de sintomas relacionados ao estresse e às alterações do sono foi elevada, sendo fatores como capacitação profissional, apoio social e percepção de autoeficácia associados a menor impacto psicopatológico, enquanto estressores ocupacionais e problemas organizacionais estiveram relacionados a maior vulnerabilidade (Calhoun et al., 2022; Han et al., 2021).

Definição e Evolução Conceitual dos Eventos Potencialmente Traumáticos no Transtorno de Estresse Pós-Traumático

A compreensão dos eventos potencialmente traumáticos capazes de desencadear o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) passou por importante refinamento conceitual ao longo do tempo, acompanhando o avanço da sistematização diagnóstica e a ampliação do reconhecimento das consequências psicopatológicas associadas à exposição ao trauma (Miao et al., 2018; Lancaster et al., 2016). Nas primeiras edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), as definições de eventos traumáticos eram pouco específicas, o que dificultava a padronização diagnóstica e a delimitação precisa das situações associadas ao desenvolvimento do transtorno. A introdução formal do TEPT como categoria diagnóstica no DSM-III, em 1980, representou um marco ao estabelecer o evento traumático como elemento etiológico

central, ainda que definido de forma ampla, permitindo interpretações variadas quanto à sua natureza e impacto (Miao et al., 2018).

Revisões subsequentes do manual buscaram maior precisão na caracterização desses eventos. No DSM-III-R, o trauma passou a ser descrito como uma situação fora da experiência humana usual, envolvendo ameaça grave à vida ou à integridade física, embora essa definição ainda apresentasse limitações operacionais. Com o DSM-IV, houve um avanço ao distinguir a natureza objetiva da exposição ao evento traumático da resposta subjetiva do indivíduo, incorporando tanto a vivência direta ou indireta de situações ameaçadoras quanto a reação emocional intensa associada à experiência. Essa abordagem foi mantida no DSM-IV-TR, que ampliou o escopo da exposição ao incluir o conhecimento de eventos traumáticos ocorridos com pessoas próximas (Larsen & Berenbaum, 2017; Franklin et al., 2019).

Atualmente, o DSM-5 estabelece critérios mais restritos e objetivos para a definição de evento traumático, limitando-o à exposição real ou ameaçadora à morte, lesão grave ou violência sexual, e descrevendo quatro formas principais de exposição: vivência direta, testemunho, conhecimento de evento ocorrido com pessoa próxima e exposição repetida a detalhes aversivos de eventos traumáticos. A exclusão do critério relacionado à resposta emocional imediata e a restrição da morte de ente querido a contextos violentos ou acidentais configuram mudanças relevantes, com implicações diretas na estimativa de prevalência e na redefinição de casos previamente diagnosticados segundo classificações anteriores (Larsen & Berenbaum, 2017; Franklin et al., 2019).

Além dos eventos únicos, reconhece-se a existência de traumas complexos, caracterizados por exposições graves, repetitivas e prolongadas, frequentemente associadas a contextos de violência crônica, como tortura, conflitos armados, escravidão, violência doméstica persistente e abusos físicos ou sexuais na infância e adolescência. Embora essa categoria ainda gere debates conceituais, sua incorporação na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) como condição relacionada ao TEPT complexo reflete a necessidade de abordagens diagnósticas e terapêuticas diferenciadas, especialmente diante da maior gravidade clínica e da elevada taxa de comorbidades associadas a essas exposições (Gekker et al., 2018; Miao et al., 2018).

A definição padronizada e sistemática dos eventos potencialmente traumáticos tem implicações diretas na análise epidemiológica do TEPT, na identificação de fatores de risco e proteção, na caracterização de populações mais vulneráveis e no planejamento de estratégias de cuidado em saúde mental. Além disso, fornece subsídios para a organização dos serviços de saúde, o direcionamento de intervenções preventivas e terapêuticas, bem como para decisões de natureza previdenciária e jurídica relacionadas às consequências da exposição ao trauma (Gradus et al., 2017; Lancaster et al., 2016).

Risco Condicional e Determinantes do Desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático

A exposição a um evento traumático constitui condição necessária, porém não suficiente, para o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), uma vez que apenas parte dos indivíduos expostos evolui para o quadro clínico. O risco condicional

refere-se à probabilidade de ocorrência do transtorno após a vivência de um evento traumático e é influenciado por múltiplos fatores individuais, contextuais e relacionados à natureza da exposição (Gradus et al., 2017; Luz et al., 2016). Características pessoais, suporte social, aspectos culturais e socioeconômicos, sexo biológico e tipo de evento traumático exercem papel relevante nesse processo, assim como a idade em que o trauma ocorre (Calhoun et al., 2022; Miao et al., 2018). Experiências traumáticas em fases precoces da vida estão associadas a maior vulnerabilidade ao TEPT e a um perfil mais complexo de comorbidades psiquiátricas, especialmente quando associadas à exposição repetida, prolongada ou a múltiplos tipos de trauma ao longo do curso da vida (Gekker et al., 2018; Gradus et al., 2017).

Diferenças consistentes entre os sexos são observadas no risco condicional de TEPT, com maior probabilidade de desenvolvimento do transtorno entre mulheres, mesmo diante de menor frequência global de exposição a eventos traumáticos (Gradus et al., 2017; Luz et al., 2016). Esse padrão está relacionado, em parte, à maior ocorrência de exposições precoces, à polivitimização e à maior frequência de eventos traumáticos envolvendo violência sexual e violência por parceiro íntimo (Gekker et al., 2018; Miao et al., 2018). No entanto, a persistência dessa diferença em contextos socioculturais diversos sugere a participação de mecanismos adicionais, incluindo respostas biológicas diferenciadas ao estresse, particularidades nos sistemas de regulação do medo e processos neuroendócrinos que podem aumentar a susceptibilidade feminina ao desenvolvimento do transtorno (Lancaster et al., 2016; Miao et al., 2018).

A natureza do evento traumático também exerce influência direta sobre o risco condicional, as manifestações clínicas, a resposta

terapêutica e o padrão de comorbidades associadas ao TEPT (Gradus et al., 2017; Lancaster et al., 2016). Diferentes tipos de trauma estão relacionados a perfis fisiopatológicos e neurobiológicos distintos, com destaque para os traumas complexos, especialmente quando ocorridos na infância, que se associam a prejuízos persistentes na regulação emocional, no desenvolvimento cognitivo, social e da personalidade, além de alterações neurobiológicas duradouras (Gekker et al., 2018; Miao et al., 2018). Essas diferenças reforçam a importância da consideração do tipo, da duração e da complexidade da exposição traumática tanto na prática clínica quanto na produção científica, embora os mecanismos específicos que sustentam essas variações ainda não estejam completamente elucidados (Lancaster et al., 2016).

Eventos traumáticos envolvendo violência interpessoal apresentam riscos condicionais mais elevados quando comparados a traumas não violentos, como desastres naturais ou acidentes (Gradus et al., 2017; Luz et al., 2016). Entre esses, a violência sexual destaca-se por associar-se aos maiores riscos de desenvolvimento de TEPT, em razão de sua natureza invasiva, da proximidade com o agressor e das intensas reações peritraumáticas frequentemente observadas, como dissociação e imobilidade tônica (Miao et al., 2018; Franklin et al., 2019). Esses fatores contribuem para quadros mais graves, maior persistência dos sintomas e respostas terapêuticas menos favoráveis (Lancaster et al., 2016; Sartor et al., 2023). Além disso, sentimentos de culpa e vergonha, alterações acentuadas na regulação emocional, estigmatização social e fragilidade do suporte social constituem elementos adicionais que potencializam o risco e a gravidade do TEPT nesse contexto (Calhoun et al., 2022; Gekker et al., 2018).

Reformulações Diagnósticas e Consolidação Conceitual do Transtorno de Estresse Pós-Traumático

A formalização do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) como entidade diagnóstica ocorreu a partir da descrição de quadros psiquiátricos graves, persistentes e incapacitantes observados em veteranos da Guerra do Vietnã, culminando com sua inclusão no DSM-III (Gradus, 2017; Miao et al., 2018). As primeiras tentativas de organização conceitual dos sintomas pós-traumáticos priorizaram os fenômenos de revivescência e esquiva como eixos centrais do transtorno. No entanto, a estrutura inicial proposta apresentou limitações ao agrupar manifestações heterogêneas em categorias amplas, incluindo um domínio residual que combinava sintomas de esquiva e hiperexcitabilidade, o que reduzia a precisão diagnóstica e dificultava a validação empírica do modelo (Lancaster et al., 2016).

Com a revisão do manual no DSM-III-R, consolidou-se uma formulação diagnóstica mais estável, composta por 17 sintomas distribuídos em três agrupamentos principais: revivescência, esquiva associada ao entorpecimento emocional e hiperexcitabilidade. Essa organização foi amplamente mantida no DSM-IV e no DSM-IV-TR, favorecendo sua ampla utilização clínica e em pesquisas (Lancaster et al., 2016; Gradus, 2017). Entretanto, ao longo das décadas subsequentes, análises estatísticas aplicadas a diferentes populações questionaram a adequação desse modelo tripartido, indicando maior consistência para estruturas com quatro agrupamentos sintomáticos. Nesse contexto, emergiram modelos que propunham a separação entre esquiva ativa e entorpecimento emocional, bem como a introdução da disforia como um domínio distinto, refletindo a elevada sobreposição sintomatológica entre o

TEPT, os transtornos do humor e os transtornos de ansiedade (Larsen; Berenbaum, 2017; Franklin et al., 2019).

Essas reformulações conceituais influenciaram diretamente a revisão diagnóstica apresentada no DSM-5, que passou a organizar o TEPT em quatro agrupamentos sintomáticos: revivescência, esquiva, alterações negativas na cognição e no humor e alterações na excitação e na reatividade (Miao et al., 2018; Sartor et al., 2023). Essa estrutura ampliou o escopo diagnóstico ao incorporar manifestações cognitivas e emocionais persistentes, além de comportamentos imprudentes ou autodestrutivos, ao mesmo tempo em que suprimiu a exigência da resposta emocional imediata ao evento traumático. Embora parte substancial dos sintomas tenha sido mantida ou apenas refinada em relação às versões anteriores, a inclusão de sintomas compartilhados com outros transtornos psiquiátricos intensificou o debate sobre a especificidade diagnóstica, especialmente diante da elevada frequência de comorbidades observadas no TEPT (Larsen; Berenbaum, 2017; Longo et al., 2020).

Em contraste com essa ampliação conceitual, a Classificação Internacional de Doenças, em sua 11ª edição (CID-11), adotou uma abordagem mais restrita e operacional, definindo o TEPT a partir de três núcleos sintomáticos centrais: revivescência persistente no presente, esquiva ativa de estímulos associados ao trauma e percepção contínua de ameaça (Miao et al., 2018). Essa proposta excluiu sintomas considerados inespecíficos ou compartilhados com outros transtornos, com o objetivo de facilitar a identificação do TEPT em diferentes contextos assistenciais, especialmente em cenários com recursos limitados. Paralelamente, a CID-11 incorporou o diagnóstico de TEPT complexo, reconhecendo que exposições

traumáticas prolongadas, repetitivas e de alta gravidade podem resultar em um quadro clínico mais abrangente, marcado por prejuízos persistentes na regulação emocional, na autoimagem, nas relações interpessoais e no funcionamento global (Dell’Osso et al., 2022).

O reconhecimento do TEPT complexo representa um avanço na tentativa de contemplar a heterogeneidade clínica observada em indivíduos expostos a traumas severos e crônicos, cujas repercussões psicológicas frequentemente extrapolam os critérios tradicionais do TEPT. Esse constructo permite integrar manifestações comportamentais, emocionais, cognitivas e interpessoais que permaneciam parcialmente invisíveis nos sistemas classificatórios anteriores, contribuindo para uma compreensão mais abrangente da psicopatologia associada ao trauma e para o aprimoramento das estratégias diagnósticas e terapêuticas (Dell’Osso et al., 2022; Miao et al., 2018).

Desafios Diagnósticos Atuais e Bases Fisiopatológicas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) no cenário contemporâneo é marcado por divergências conceituais e metodológicas decorrentes da coexistência de diferentes sistemas classificatórios. A estrutura diagnóstica proposta pelo DSM-5, embora amplamente adotada em pesquisas e na prática clínica, tem sido questionada quanto à organização de seus agrupamentos sintomáticos, uma vez que análises fatoriais apontam para arranjos alternativos mais complexos e para a possível ampliação excessiva do constructo diagnóstico (Larsen & Berenbaum, 2017). Em paralelo, a CID-11 introduziu uma proposta diagnóstica mais restritiva,

centrada em um número reduzido de sintomas nucleares, o que representa uma mudança substancial em relação ao modelo ampliado do DSM-5 e reflete um esforço de maior especificidade diagnóstica (Miao et al., 2018). Esse cenário gera implicações relevantes para a comparabilidade de achados científicos, especialmente considerando que grande parte do conhecimento acumulado sobre o TEPT foi construída com base nos critérios do DSM-IV, os quais, apesar de não mais oficiais, continuam a sustentar estudos populacionais e de seguimento de grande relevância (Gradus, 2017).

Apesar dessas controvérsias, os critérios do DSM-5 permanecem como referência predominante em pesquisas, favorecidos pela ampla disponibilidade de instrumentos clínicos e psicométricos validados, incluindo entrevistas diagnósticas estruturadas com adequada confiabilidade e validade clínica (Osorio et al., 2019). Paralelamente, a incorporação progressiva dos critérios da CID-11 à prática clínica amplia as possibilidades diagnósticas, oferecendo uma alternativa mais sintética e menos onerosa para os indivíduos avaliados, além de favorecer a padronização diagnóstica em diferentes contextos assistenciais e culturais (Miao et al., 2018). A coexistência desses sistemas reforça a necessidade de cautela na interpretação de dados epidemiológicos, clínicos e terapêuticos, bem como na comparação entre estudos que utilizam critérios diagnósticos distintos (Gradus, 2017).

No que se refere aos mecanismos fisiopatológicos, o TEPT está fortemente associado a alterações nos sistemas neurobiológicos envolvidos na resposta ao estresse, com destaque para o eixo simpático-adrenal e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. A sintomatologia característica do transtorno, incluindo

hipervigilância, resposta de sobressalto exacerbada, alterações do sono e reatividade autonômica aumentada, é compatível com um estado persistente de hiperativação noradrenérgica, amplamente descrito na literatura neurobiológica do TEPT (Miao et al., 2018; Lancaster et al., 2016). Em condições fisiológicas, a exposição a situações ameaçadoras desencadeia a liberação coordenada de noradrenalina e cortisol, promovendo a ativação da amígdala e do hipocampo para a adequada consolidação de memórias emocionalmente relevantes, enquanto mecanismos inibitórios mediados pelo córtex pré-frontal e pelo cortisol limitam a intensidade e a duração dessa ativação (Lancaster et al., 2016).

Em indivíduos com TEPT, observa-se um desequilíbrio nesse sistema regulatório, caracterizado por aumento sustentado do tônus simpático associado à redução da responsividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Esse padrão favorece a hiperativação da amígdala com menor controle inibitório cortical, resultando em consolidação excessiva e disfuncional das memórias traumáticas (Miao et al., 2018). Tal mecanismo contribui para a persistência de sintomas como pensamentos intrusivos, flashbacks e intensa reatividade emocional diante de estímulos associados ao trauma, além de reforçar a recorrência da ativação dos circuitos neurobiológicos do estresse. Esse processo de reativação contínua favorece a reconsolidação da memória traumática e ajuda a explicar a cronicidade do transtorno e a resistência terapêutica observada em parte dos pacientes (Markowitz & Fanselow, 2020).

Abordagens Terapêuticas Não Farmacológicas no Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O manejo terapêutico do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) envolve estratégias voltadas à redução da gravidade sintomatológica, ao tratamento das comorbidades psiquiátricas frequentemente associadas, à restauração do funcionamento adaptativo e à reconstrução do senso de segurança comprometido pela experiência traumática (Lancaster et al., 2016; Sartor et al., 2023). De modo geral, as intervenções disponíveis organizam-se em duas modalidades principais, psicoterapia e farmacoterapia, que podem ser utilizadas de forma isolada ou combinada, conforme as características clínicas e contextuais do indivíduo. A escolha da abordagem terapêutica é influenciada por múltiplos fatores, incluindo preferências pessoais, presença de comorbidades passíveis de manejo concomitante, gravidade do quadro, capacidade de engajamento em intervenções focadas no trauma e histórico de resposta a tratamentos prévios (Lee et al., 2016).

As psicoterapias focadas no trauma ocupam posição central no tratamento do TEPT, compartilhando como elemento estruturante a ativação controlada da memória traumática em um contexto seguro. Esses modelos fundamentam-se em teorias do condicionamento e do processamento emocional, segundo as quais estímulos inicialmente neutros passam a evocar respostas intensas de medo ao serem associados ao evento traumático. A persistência do transtorno é favorecida por comportamentos evitativos que, embora aliviem transitoriamente o sofrimento, impedem a extinção dessas associações e contribuem para a manutenção dos sintomas. As técnicas de exposição atuam diretamente nesse mecanismo, promovendo novos aprendizados que inibem as respostas condicionadas ao trauma e reduzem progressivamente a evitação (Markowitz e Fanelow, 2020; Lancaster et al., 2016).

A exposição pode ocorrer de forma imaginária ou ao vivo, envolvendo a reativação repetida e detalhada da memória traumática ou o enfrentamento gradual de estímulos associados ao evento, desde que não representem perigo real. Ao longo do processo terapêutico, observa-se redução da ansiedade evocada, reorganização da narrativa do trauma e maior integração da experiência a outras memórias autobiográficas, o que contribui para a diminuição de intrusões, flashbacks e hipervigilância. Paralelamente, muitas intervenções incorporam técnicas de reestruturação cognitiva, direcionadas à flexibilização de interpretações disfuncionais relacionadas ao trauma, ao self e ao mundo, frequentemente associadas a sentimentos persistentes de culpa, vergonha, raiva e desvalia (Lancaster et al., 2016; Lee et al., 2016).

Entre os modelos psicoterápicos mais consolidados, a terapia de exposição prolongada baseia-se na ativação emocional da memória traumática associada à introdução de informações incompatíveis com a estrutura do medo, favorecendo a habituação e a modificação de crenças disfuncionais. A terapia do processamento cognitivo enfatiza a identificação e reestruturação de crenças mal-adaptativas, aliando esse trabalho à exposição por meio da escrita e leitura do relato traumático, com atenção especial a domínios como segurança, confiança, intimidade, poder e autoestima. A terapia cognitiva, por sua vez, concentra-se na modificação das interpretações negativas do trauma e de suas consequências, bem como na reorganização da memória traumática fragmentada, visando reduzir a sensação persistente de ameaça e os comportamentos que perpetuam o quadro clínico (Lee et al., 2016; Sloan et al., 2019).

A terapia por dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR) utiliza estimulação bilateral concomitante à ativação da memória traumática, com o objetivo de promover dessensibilização emocional, reestruturação cognitiva e mudanças comportamentais adaptativas. Embora compartilhe o componente de ativação da memória, distingue-se das abordagens cognitivo-comportamentais tradicionais por seu modelo explicativo centrado no processamento adaptativo da informação (Lancaster et al., 2016). Já a terapia de exposição narrativa foi desenvolvida para populações expostas a múltiplos traumas, particularmente em contextos de violência crônica e adversidade social, propondo a reconstrução da história de vida em uma linha temporal que integra eventos traumáticos e experiências positivas, favorecendo a ancoragem das memórias no passado e a redução da ativação autonômica associada (Han et al., 2021).

No conjunto, as diferentes modalidades psicoterápicas compartilham o objetivo de interromper os mecanismos de manutenção do TEPT por meio da modificação das respostas condicionadas ao trauma, da reorganização da memória traumática e da flexibilização cognitiva. A diversidade de abordagens disponíveis permite a adaptação do tratamento às necessidades específicas de indivíduos com diferentes perfis de exposição traumática, gravidade sintomatológica e contextos socioculturais, reforçando a importância de uma escolha terapêutica individualizada e integrada (Sartor et al., 2023).

Tratamento Farmacológico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O transtorno de estresse pós-traumático apresenta caráter multissistêmico, envolvendo alterações na neurotransmissão, na regulação neuroendócrina e em circuitos neuroanatômicos relacionados ao processamento do medo, da memória e do estresse (Miao et al., 2018; Lancaster et al., 2016). Nesse contexto, a farmacoterapia tem como objetivo atenuar essas disfunções e reduzir a intensidade dos sintomas centrais do transtorno. Entretanto, a resposta ao tratamento medicamentoso é frequentemente parcial, com taxas relativamente baixas de remissão completa, o que caracteriza o TEPT como uma condição de difícil manejo farmacológico (Lee et al., 2016; Sartor et al., 2023). A necessidade de utilização de doses próximas ao limite superior da faixa terapêutica é comum, refletindo tanto a gravidade quanto a refratariedade do quadro clínico (Lancaster et al., 2016).

Outro aspecto relevante diz respeito à subutilização adequada dos fármacos na prática clínica, tanto em relação à escolha das medicações quanto às doses prescritas. Mesmo quando as drogas recomendadas são utilizadas, observa-se frequentemente titulação insuficiente, o que compromete a eficácia terapêutica e pode contribuir para a falsa impressão de resistência ao tratamento (Sartor et al., 2023). Esse cenário reforça a importância de uma condução farmacológica criteriosa, com ajustes graduais e monitoramento rigoroso de resposta e tolerabilidade, especialmente em quadros crônicos ou com comorbidades psiquiátricas associadas (Longo et al., 2020).

Atualmente, apenas dois inibidores seletivos da recaptação de serotonina, paroxetina e sertralina, possuem aprovação formal para o tratamento do TEPT (Lancaster et al., 2016; Lee et al., 2016). Ainda assim, outras medicações demonstram eficácia clínica relevante,

tanto como monoterapia quanto como agentes adjuvantes. Entre elas, destacam-se outros antidepressivos serotoninérgicos e noradrenérgicos, como fluoxetina e venlafaxina, além de fármacos com ação moduladora em sistemas excitatórios e dopaminérgicos, como topiramato, quetiapina e risperidona (Lee et al., 2016; Sartor et al., 2023). De modo geral, os antidepressivos permanecem como base do tratamento farmacológico, enquanto antipsicóticos atípicos são reservados para quadros com agitação, irritabilidade marcante ou resposta insuficiente aos antidepressivos isoladamente (Markowitz & Fanselow, 2020).

Alguns fármacos têm indicação mais direcionada ao manejo de sintomas específicos do TEPT. A prazosina, antagonista alfa-1 adrenérgico, destaca-se no tratamento da insônia e dos pesadelos relacionados ao trauma, sintomas frequentemente associados à ativação autonômica persistente (Sartor et al., 2023). Seu uso requer cautela quanto ao risco de hipotensão, especialmente durante a titulação inicial, mas sua ação sobre o sono e os sintomas noturnos pode contribuir de forma significativa para a melhora global do funcionamento do paciente (Lancaster et al., 2016).

Nos últimos anos, tem-se observado interesse crescente em abordagens farmacológicas adjuvantes às psicoterapias focadas no trauma. Nesse contexto, a N-metil-3,4-metilenodioxianfetamina (MDMA) tem sido investigada como facilitadora do processo psicoterápico, particularmente durante sessões de exposição. Seus efeitos neurobiológicos incluem aumento da liberação de neurotransmissores relacionados à modulação emocional e alterações na atividade de estruturas como amígdala, hipocampo e córtex pré-frontal, o que pode reduzir a resposta de medo e favorecer a reinterpretação da memória traumática (Markowitz &

Fanselow, 2020). Apesar de resultados promissores em ensaios clínicos iniciais, essa intervenção permanece restrita ao contexto experimental, não sendo autorizada para uso clínico rotineiro (Sartor et al., 2023).

Em contrapartida, o uso de benzodiazepínicos no TEPT é amplamente desaconselhado, tanto na fase aguda pós-trauma quanto no tratamento estabelecido do transtorno. Essas substâncias podem interferir negativamente nos processos de extinção do medo, além de estarem associadas a piora sintomatológica e risco de dependência (Markowitz & Fanselow, 2020). Embora as evidências disponíveis apresentem limitações metodológicas, o consenso atual sustenta a contraindicação dessa classe farmacológica no manejo do TEPT (Lancaster et al., 2016).

De forma integrada, o tratamento farmacológico do TEPT deve ser compreendido como parte de uma estratégia terapêutica mais ampla, frequentemente associada às intervenções psicoterápicas focadas no trauma (Han et al., 2021; Lee et al., 2016). A escolha do fármaco, a dose adequada e a duração do tratamento devem considerar o perfil sintomatológico, as comorbidades e a resposta individual, reconhecendo-se que, embora a farmacoterapia seja fundamental para muitos pacientes, ela raramente atua de forma isolada na remissão completa do transtorno (Sartor et al., 2023).

CONCLUSÃO

A presente revisão evidencia que o transtorno de estresse pós-traumático constitui uma condição psiquiátrica altamente prevalente, heterogênea e clinicamente complexa, cuja ocorrência e gravidade variam de acordo com fatores individuais, contextuais e

relacionados à natureza da exposição traumática. As diferenças observadas entre populações, sexos e grupos ocupacionais, bem como o impacto de eventos coletivos recentes, como a pandemia de covid-19, reforçam o caráter multifatorial do TEPT e seu expressivo impacto sobre a saúde mental individual e coletiva. A elevada taxa de cronicidade, associada à frequente coexistência com outros transtornos mentais, amplia o sofrimento psíquico, o comprometimento funcional e o risco de desfechos adversos, incluindo comportamento suicida.

A análise da evolução conceitual dos eventos potencialmente traumáticos e dos critérios diagnósticos demonstra que o TEPT passou por sucessivos refinamentos ao longo do tempo, refletindo o avanço do conhecimento científico e a necessidade de maior precisão operacional. As diferenças entre os sistemas classificatórios atualmente vigentes, especialmente entre o DSM-5 e a CID-11, evidenciam tensões entre abordagens mais amplas e modelos mais restritivos, com implicações diretas para a estimativa de prevalência, a comparabilidade de estudos e a prática clínica. A incorporação do conceito de TEPT complexo representa um avanço relevante ao reconhecer quadros decorrentes de exposições traumáticas prolongadas e repetitivas, cujas manifestações extrapolam os limites do diagnóstico tradicional.

Os achados relacionados ao risco condicional reforçam que a exposição ao trauma, embora necessária, não é suficiente para o desenvolvimento do TEPT, sendo mediada por múltiplos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. A maior vulnerabilidade associada a traumas interpessoais, especialmente à violência sexual, bem como às exposições precoces e repetidas, destaca a importância de considerar a natureza, a duração e o

momento do trauma ao longo do curso da vida. Esses fatores influenciam não apenas a probabilidade de adoecimento, mas também o perfil clínico, a gravidade dos sintomas, o padrão de comorbidades e a resposta às intervenções terapêuticas.

Do ponto de vista fisiopatológico, o TEPT caracteriza-se por alterações persistentes nos sistemas neurobiológicos envolvidos na resposta ao estresse, no processamento do medo e na consolidação da memória traumática. O desequilíbrio entre a hiperativação autonômica e a regulação neuroendócrina contribui para a manutenção dos sintomas centrais do transtorno e para sua tendência à cronicidade. Esse entendimento fundamenta as abordagens terapêuticas atuais, nas quais as psicoterapias focadas no trauma ocupam papel central, atuando sobre os mecanismos de condicionamento, evitação e reorganização da memória traumática. A farmacoterapia, embora fundamental para muitos pacientes, apresenta eficácia parcial e deve ser utilizada de forma criteriosa e integrada às intervenções psicoterápicas.

Apesar dos avanços observados, persistem importantes limitações na literatura, incluindo heterogeneidade metodológica, divergências conceituais e escassez de estudos em determinados contextos socioculturais e populacionais. Essas lacunas reforçam a necessidade de pesquisas futuras que integrem modelos diagnósticos, aprofundem a compreensão dos mecanismos neurobiológicos subjacentes e avaliem estratégias terapêuticas personalizadas, especialmente para quadros complexos e refratários. A consolidação desse conhecimento é essencial para o aprimoramento das práticas clínicas, para o planejamento de políticas públicas em saúde mental e para o desenvolvimento de

intervenções mais eficazes e sensíveis à complexidade do transtorno de estresse pós-traumático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALHOUN, C. D. et al. The Role of Social Support in Coping with Psychological Trauma: An Integrated Biopsychosocial Model for Posttraumatic Stress Recovery. **Psychiatric Quarterly**, v. 93, n. 4, p. 949-970, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-022-10003-w>. Acesso em: 04 jan. 2026.

DELL'OSSO, L. et al. Post Traumatic Growth (PTG) in the Frame of Traumatic Experiences. **Clinical Neuropsychiatry**, v. 19, n. 6, p. 390-393, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9807114/>. Acesso em: 29 jan. 2026.

FRANKLIN, C. L.; RAINES, A. M.; HURLOCKER, M. C. No trauma, no problem: symptoms of posttraumatic stress in the absence of a criterion A stressor. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 41, n. 1, p. 107-111, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10862-018-9692-4>. Acesso em: 02 fev. 2026.

GEKKER, M. et al. Early scars are forever: childhood abuse in patients with adult-onset PTSD is associated with increased prevalence and severity of psychiatric comorbidity. **Psychiatry Research**, v. 267, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178117323624>. Acesso em: 18 jan. 2026.

GRADUS, J. L. Prevalence and prognosis of stress disorders: a review of the epidemiologic literature. **Clinical Epidemiology**, v. 9, p. 251-260, 2017. Disponível em: <https://www.dovepress.com/prevalence-and-prognosis-of-stress-disorders-a-review-of-the-epidemiol-peer-reviewed-fulltext-article-CLEP>. Acesso em: 07 jan. 2026.

HAN, H. R. et al. Trauma informed interventions: A systematic review. **PLoS One**, v. 16, n. 6, e0252747, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0252747>. Acesso em: 01 fev. 2026.

LANCASTER, C. L. et al. Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. **Journal of Clinical Medicine**, v. 5, n. 11, 2016. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/5/11/105>. Acesso em: 12 jan. 2026.

LARSEN, S. E.; BERENBAUM, H. Did the DSM-5 improve the traumatic stressor criterion? Association of DSM-IV and DSM-5 criterion A with posttraumatic stress disorder symptoms. **Psychopathology**, v. 50, n. 6, p. 373-378, 2017. Disponível em: <https://karger.com/psp/article-abstract/50/6/373/285106>. Acesso em: 27 jan. 2026.

LEE, D. J. 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. 792-806, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.22511>. Acesso em: 09 jan. 2026.

LONGO, M. S. C. et al. Comorbidity in post-traumatic stress disorder: a population-based study from the two largest cities in Brazil. **Journal**

of Affective Disorders, v. 263, p. 715-721, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718308012>. Acesso em: 30 jan. 2026.

LUZ, M. P. et al. Conditional risk for posttraumatic stress disorder in an epidemiological study of a Brazilian urban population. **Journal of Psychiatric Research**, v. 72, p. 51-57, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395615003003>. Acesso em: 03 fev. 2026.

MARKOWITZ, S.; FANSELOW, M. Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder: Factors of Limited Success and Possible Alternative Treatment. **Brain Sciences**, v. 10, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-3425/10/3/167>. Acesso em: 21 jan. 2026.

MIAO, X. R. et al. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. **Military Medical Research**, v. 5, n. 1, p. 32, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40779-018-0179-0>. Acesso em: 05 jan. 2026.

NAGAMINE, M. et al. Assessment of Factors Associated With Long-term Posttraumatic Stress Symptoms Among 56 388 First Responders After the 2011 Great East Japan Earthquake. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 9, e2018339, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770982>. Acesso em: 26 jan. 2026.

OSORIO, F. L. et al. Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5–Clinician Version (SCID-5-CV). **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 73, n. 12, p. 754-760, 2019. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pcn.12931>. Acesso em: 08 jan. 2026.

RICE, T. R. et al. Psychodynamic Psychotherapy for Children as a Trauma-Informed Intervention. **Psychodynamic Psychiatry**, v. 49, n. 1, p. 73-85, 2021. Disponível em: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pdps.2021.49.1.73>. Acesso em: 31 jan. 2026.

RIGHY, C. et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. **Critical Care**, v. 23, n. 1, p. 213, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13054-019-2489-3>. Acesso em: 14 jan. 2026.

SARTOR, Z. et al. Posttraumatic Stress Disorder: Evaluation and Treatment. **Am Fam Physician**, v. 107, n. 3, p. 273-281, 2023. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2023/0300/posttraumatic-stress-disorder.html>. Acesso em: 01 jan. 2026.

SLOAN, D. M. et al. Study design comparing written exposure therapy to cognitive processing therapy for PTSD among military service members: A noninferiority trial. **Contemporary Clinical Trials Communications**, v. 17, p. 100507, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451865419302704>. Acesso em: 06 fev. 2026.

¹ Doutora em Fisiologia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: cdcorsso@gmail.com

² Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Presidente Médici, Rondônia, Brasil, Pós-graduado em Psiquiatria pela Faculdade CENBRAP. E-mail: henriqueallan@hotmail.com

³ Especialista em Psiquiatria, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Brasil. Mestranda em Mestrado Profissional em Ensino superior em Saúde-USCS. E-mail: monica.bertazo@online.uscs.edu.br

⁴ Mestrando em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdade Pequeno Príncipe (FPP), Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. E-mail: drdiegoferraz10@outlook.com

⁵ Graduanda em Medicina, Universidade Metropolitana de Santos, São Paulo, Brasil. E-mail: letricia08@icloud.com

⁶ Graduando em Medicina, Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Guarulhos, São Paulo, Brasil. E-mail: italolafayette@gmail.com