

Suspeita de estresse pós-traumático na infância

Suspected post-traumatic stress disorder in childhood

Amanda Freire de Almeida

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
andfreire@hotmail.com

Luciano Rodrigues Costa

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
lukamedcosta@gmail.com

Ana Beatriz Junqueira

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
beatrizjunqueira@live.com

Erica de Toledo Nogueira

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
erica-toledo@hotmail.com

Isabella Rogério de Jesus Andrade

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
Isabellarogerio@icloud.com

RESUMO

O presente estudo apresenta um relato de caso de suspeita de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Para fundamentação teórica, utilizou-se os artigos disponíveis nas bases de dados Scielo, PubMed e Google Acadêmico, com os descritores "stress pós-traumático" e "pediatria" em português e inglês. Pode-se inferir que somente um terço das crianças expostas ao trauma desenvolve sintomas de Transtorno do Stress Pós-Traumático, é mais prevalente no sexo feminino e os sintomas da doença comumente se manifestam nos primeiros três meses após o trauma. O reconhecimento precoce dos sintomas possibilita melhor abordagem dos pacientes com TEPT, proporcionando um melhor prognóstico, assim como manejo adequado da doença, visto que na infância as consequências da ausência de tratamento podem ser catastróficas, principalmente nos casos que apresentam maior gravidade.

Palavras-chave: Stress pós-traumático, Pediatria,

ABSTRACT

The present study presents a case report of suspected Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). For theoretical foundation, articles available in the Scielo, PubMed and Google Scholar databases were used, with the descriptors "post-traumatic stress" and "pediatrics" in Portuguese and English. to trauma develops symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder, it is more prevalent in females and the symptoms of the disease commonly manifest in the first three months after the trauma. The prognosis, as well as the proper management of the disease, since in childhood the consequences of the absence of treatment can be catastrophic, especially in cases that are more severe.

Keywords: Post-traumatic stress, Pediatrics

1 CONTEXTO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é considerado o quadro psicopatológico mais frequentemente associado a população infanto-juvenil em relação à exposição a eventos traumáticos. Diante deste cenário é importante ressaltar que, ser exposto a uma situação traumática não determina em todos os casos o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos.

Entretanto, uma fração dos pacientes desenvolverá desordens no âmbito da saúde mental a longo prazo, incluindo TEPT, que essencialmente é definido como uma condição que pode se desenvolver após contato com traumas extremos, como acidentes com risco de vida, desastres naturais, violência doméstica, maus-tratos, guerra, bullying, entre outros. A permanência de sintomas como a evitação dos estímulos relacionados ao trauma, reexperiência do evento traumático, alterações do humor e cognição, aumento do estado de alerta são característicos do quadro. (Lessinger Borges et al., 2010).

Este transtorno pode ocorrer em qualquer idade a partir do primeiro ano de vida e predomina no sexo feminino. Crianças podem apresentar severas sequelas emocionais, tendo tais vivências significativo impacto na saúde mental e no desenvolvimento das crianças, afetando negativamente várias áreas da vida como relacionamentos interpessoais, bem-estar emocional e desempenho escolar. Portanto as características dessa condição devem ser reconhecidas e conduzidas de maneira adequada pelos profissionais de saúde. Dessa forma, compreende-se que o TEPT se desenvolve quando um evento excede os recursos psicológicos e as estratégias de enfrentamento do indivíduo, podendo ser entendido como uma interação entre fatores de exposição, características do evento que ocorreu e fatores de proteção. (Pastura; Santos, 2022).

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Este trabalho está sob escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda – PET - UniFOA”, registrado no CAAE sob número 30457714.1.0000.5237. Paciente do sexo feminino, 2 anos e 10 meses, foi para uma consulta em Unidade Básica acompanhada da mãe tendo como queixa principal a necessidade de encaminhamento para psicóloga devido a evento traumático ocorrido a 2 meses. A mesma encontrava-se brincando na praça quando o coreto ruiu e desabou sobre a criança, provocando lesões em frente e face. Na ocasião não ocorreu perda da consciência, apesar de ter apresentado quadro de confusão após o incidente. A acompanhante relatou que criança ficou muito assustada e passou por internação hospitalar durante três dias para a realização de Tomografia Computadorizada do crânio, porém, relata que saiu a revelia e o exame não foi realizado. Desde então a criança se assusta com facilidade, e apresenta medo de barulhos altos, colocando a mão sobre as orelhas quando exposta a tais sons, fato que não ocorria antes da situação traumática.

Além disso, houveram outras mudanças no comportamento da paciente, como apresentação de comportamento agressivo, atitude de desconfiança, irritabilidade extrema e maior dificuldade na interação com outras crianças. Ao não frequentar creche/escola sua interação com indivíduos da mesma faixa etária já era limitada, contudo após o trauma essa interação passou a ser ainda mais escassa diante da recusa de brincar ou se aproximar de outras crianças.

No tocante a história patológica pregressa, a paciente possui asma. No que se refere ao desenvolvimento, apresentou sorriso social aos dois meses, sustentou a cabeça com quatro meses, sentou com sete meses e andou com um ano e um mês. Os marcos para a idade estavam de acordo com o esperado. A paciente nasceu a termo, com peso de 3.285 kg ao nascer, mediu 50 cm, APGAR ao nascimento 9 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto.

Ao exame físico realizado na Unidade Básica de Saúde do Centro Universitário Oswaldo Aranha, dois meses após o acidente, a paciente apresentava-se estável, em bom estado geral, cooperativa, hidratada, corada, acianótica, anictérica, eupneica em ar ambiente. A frequência respiratória de 29 incursões por minuto, ausculta respiratória, cardiovascular, otoscopia, oroscopia e rinoscopia sem alterações. O tempo de tela relatado pela acompanhante foi em média 5 horas dia. Apesar do exame físico não apresentar alterações na consulta de puericultura, foi digno de nota o comportamento da paciente que foram compatíveis com os relatos da mãe, assim como a escassa comunicação mesmo diante da tentativa de interação por parte do examinador.



Pré-escolar com equimose frontal após traumatismo. Fonte: os autores
Destroços e escombros deixados pelo desabamento do coreto. Fonte: os autores

3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existem outros transtornos e condições que podem surgir em indivíduos expostos a estressores extremos sem que seu diagnóstico seja atribuído ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Para que seja dado o diagnóstico de TEPT, é necessário que a exposição ao trauma ocorra antes do início ou da intensificação dos sintomas. Caso os sintomas se encaixem nos critérios de outro transtorno mental, esses diagnósticos devem ser considerados em vez do TEPT. Entretanto, caso os sintomas só ocorram após exposição a lembranças traumáticas o diagnóstico de TEPT deve ser considerado perante outros diagnósticos diferenciais.

Dentre os transtornos que fazem diagnóstico diferencial com TEPT, devemos considerar os transtornos de adaptação mediante a um agente estressor como separação, abandono conjugal ou demissão do trabalho. Podemos pensar em transtorno de estresse agudo quando a duração dos sintomas for entre 3 dias a 1 Mês da exposição do evento. Ademais, se a causa for um transtorno obsessivo compulsivo o paciente apresentará pensamentos intrusivos recorrentes não relacionados ao evento traumático evidenciado e compulsões. (Pastura; Santos, 2022).

Além disso, ao invés de em vez de estarem relacionados a um evento traumático os sintomas do transtorno de ansiedade de separação estão claramente relacionados à separação do lar ou da família. Já no transtorno depressivo maior, a depressão não necessariamente é precedida por um evento traumático. Se a causa for os transtornos de personalidade pode-se observar que as dificuldades interpessoais do paciente já existiam anteriormente ao trauma. (American Psychiatric Association, 2014).

4 TRATAMENTO

O tratamento do Transtorno do Stress Pós Traumático tem como elo principal a psicoterapia, sendo possível associar a farmacoterapia, podendo assim ter melhores resultados em pacientes com sintomas depressivos e ansiosos. Sendo consenso entre os profissionais, a primeira linha de tratamento para TEPT é a psicoterapia. No que se refere a terapia, a abordagem terapêutica mais indicada em eventos pós trau-

máticos é a terapia cognitiva comportamental adaptada para crianças, individual e em grupo. Esse tipo de terapia pode reduzir o dano psicológico em pessoas que foram expostas ao trauma por meio de manejo de ansiedade. Além disso, a exposição a memórias do trauma tem um papel importante para o desaparecimento de sintomas de TEPT e melhora clínica. (Wethington et al., 2008, p. 291)

É importante que a abordagem a criança com TEPT não seja evitar falar sobre o evento, e sim utilizar de estratégias focadas para falar sobre esse trauma. Terapias que utilizam brincadeiras e atividades lúdicas por exemplo podem ser de grande valia na psicoterapia infantil. (Gadelha; Menezes, 2004, p. 45)

Em relação a farmacoterapia, ainda há poucos estudos em relação a sua instituição em crianças. Os estudos existentes mostram que a principal classe com evidência de eficácia são os antidepressivos, como os inibidores seletivos de recaptação de serotonina, como a fluoxetina, paroxetina e sertralina. (Sistema Único de Saúde, 2015).

5 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Para a paciente do presente estudo, foi realizado o encaminhamento para o serviço de psicologia realizar psicoterapia e orientações gerais para introdução da pré-escolar em atividades coletivas que possibilitem a interação com outras crianças, como natação ou balett.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) destaca a importância do convívio social na infância e acredita que habilidades do convívio precisam ser desenvolvidas na rua ou em ambientes escolares, sendo desde a infância essencial coabitar com diferenças para no futuro uma melhor inserção na sociedade, assim como desempenho em atividades que demandem integração. Neste caso, se torna ainda mais importante para auxiliar na superação do trauma vivido.

6 DISCUSSÃO

Em relação aos sintomas clínicos de TEPT, nos dias após a ocorrência do evento traumático, espera-se que grande parte das pessoas desenvolvam mudança no comportamento. Após três dias, a permanência no comportamento dissociativo, de excitação, dissociação e humor negativo deixam de ser o esperado e passam a ser características de transtorno de estresse agudo. Ao passar dos meses, algumas pessoas retornam a sua normalidade. Outra parcela evolui para TEPT, que pode variar com sintomas há alguns meses a sintomas que duram anos.

O esperado é que os sintomas de TEPT se manifestem nos primeiros três meses após o trauma, no entanto, o DSM5 mostra que se pode ter sintomas até anos depois, caracterizando como “expressão tardia ao trauma”. Mais frequente no sexo feminino, acredita-se que somente um terço das crianças expostas a algum trauma desenvolve os sintomas do transtorno, mais comum em adulto, mas que pode ser diagnosticado a partir de um ano de idade.

Para realizar o diagnóstico, deve-se estar diante a profissionais qualificados, como psiquiatras e psicólogos, que por meio de uma anamnese clínica abrangente leve em consideração o tempo de sintomas, a história do trauma e o impacto nas diferentes áreas da vida da criança. o DSM5 aborda quatro extensões. Para que uma criança seja diagnosticada com TEPT, após o evento traumático estejam presentes sintomas intrusivos, de evitação, de excitação, alterações no humor e da cognição em um período superior a 30 dias.

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana (APA) para ser considerado Transtorno do Estresse Pós Traumático esses sintomas devem causar sofrimento, dano significativo e estar presente há mais de 30 dias. (Ximenes; Carvalhães de Oliveira; Assis, 2009, p. 599).

Nas crianças, o que pode se esperar após um evento traumático são ações de medo intenso, podendo apresentar comportamento desorganizado e agitado. É comum que revivam o evento com pesadelos envolvendo o dia do trauma, dificuldade para dormir ou sonhos indetectáveis, como, por exemplo, sonho que precisam salvar de si próprio ou a outros. (Ximenes; Carvalhães de Oliveira; Assis, 2009, p. 599).

Ao exame físico de uma criança ou adolescente com suspeita o diagnóstico de TEPT é importante colher uma anamnese completa com o alvo acompanhado pelos responsáveis e estar atento no exame físico a possíveis automutilações e autolesões que podem estar presentes. (Fava; Pacheco, 2012, p. 30).

7 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1) Cite as dimensões necessárias para se diagnosticar Transtorno do Estresse Pós Traumático na infância.

Segundo o DSM5, para se diagnosticar TEPT, após o trauma estejam presentes sintomas intrusivos, de evitação, de excitação, alterações de humor e da cognição, por um período superior a 30 dias.

2) A respeito do Stress Pós-Traumático podemos afirmar que:

a) **O primeiro tratamento para a doença é a psicoterapia**

b) Antidepressivos triciclos é o tratamento farmacológico de escolha.

c) A partir de quinze dias de sintomas após trauma é possível diagnosticar o Transtorno do Stress Pós Traumático.

d) É mais frequente em homens do que mulheres.

3) Acerca do transtorno do estresse pós-traumático, assinale a alternativa incorreta.

a) Pessoas com transtorno do estresse pós-traumático são mais propensas a evitar situações que percebam como potencialmente ameaçadoras.

b) Os sintomas do estresse pós-traumático incluem personalização, entorpecimento, amnésia dissociativa e hipervigilância.

c) Uma experiência traumática não tem "causalidade" biológica, pois se trata de um evento externo que afeta o indivíduo.

d) **Tecnicamente, o transtorno do estresse pós-traumático é atribuído a indivíduos que vivenciaram sintomas de transtorno de estresse agudo por mais de um mês.**

REFERÊNCIAS

- WETHINGTON, H. R. et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 35, n. 3, p. 287-313, set. 2008. DOI: 10.1016/j.amepre.2008.06.024.
- GADELHA, Y. A.; MENEZES, I. N. Estratégias lúdicas na relação terapêutica com crianças na terapia comportamental. **Universidade de Ciências da Saúde**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 1-151, jan./jun. 2004. DOI: 10.5102/ucs.v2i1.523.
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento e o tratamento do transtorno de estresse pós-traumático. Estado de Santa Catarina, 2015.
- XIMENES, L. F.; CARVALHÃES DE OLIVEIRA, R. V.; ASSIS, S. G. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 597-604, abr. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200011>.
- FAVA, D. C.; PACHECO, J. T. B. Transtorno de estresse pós-traumático e terapia cognitivo-comportamental na infância. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 8, n. 2, p. [números de página], jul./dez. 2012. Disponível em: https://rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=164. SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria). Pediatras destacam a importância das brincadeiras para o desenvolvimento infantil. Acesso em: 07 jun. 2023.
- American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- PASTURA, G.; SANTOS, F. N. **Neuropsiquiatria Infantil**. 1. ed. Editora Rubio, 2022.
- LESSINGER BORGES, J.; COUTO ZOLTOWSKI, A. P.; NORONHA ZUCATTI, A. P. et al. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e na adolescência: prevalência, diagnóstico e avaliação. **Avaliação Psicológica**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 87-98, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=335027281010>. Acesso em: 06 Jun. 2023.