

ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

WALDANNE RIBEIRO BARTHOLO

Capitão Psicóloga da PMMG

O presente artigo é uma adaptação da monografia “ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM POLICIAIS MILITARES,” apresentada como requisito parcial à conclusão do Curso de Pós-graduação em Segurança Pública, para obtenção do título de Especialista em Segurança Pública e Estudos da Criminalidade pela Universidade Federal do Estado de Minas Gerais. Trata-se de uma abreviação de levantamento bibliográfico realizada sobre a síndrome do estresse pós-traumático, sendo focadas três modalidades de transtornos de estresse decorrentes de eventos traumáticos: estresse tardio, estresse agudo ou reação aguda ao estresse e o estresse pós-traumático ou incidental propriamente dito. Esse conjunto de reações constitui-se da relação da pessoa com o ambiente quando ela se percebe ameaçada ou exigida além de suas habilidades ou recursos, gerando um desconforto extremo físico e psíquico. O transtorno de estresse traduz-se por um padrão de sintomas possível, e não obrigatório, a todas as pessoas que passaram por situações, reais ou imaginárias, de grave ameaça, risco de vida ou morte iminente.

Neste estudo, aborda-se a classificação nosológica de cada modalidade, a caracterização dos agentes estressores, alterações possíveis na conduta pessoal, familiar e social do indivíduo afetado, tratamento e outras variáveis relevantes no processo de desenvolvimento e instalação da síndrome em pauta.

Vivenciar situações extremas nas quais há risco de vida, real ou imaginário, tende a causar transtornos psicológicos e de comportamentos. Sob essa premissa e considerando o contexto de violência dos tempos atuais, torna-se inegável a importância do conhecimento de transtornos decorrentes de encontros traumáticos. Ballone assinala uma perigosa omissão da mídia a respeito: ao noticiar os prejuízos advindos de agressões interpessoais ocorridos na vida urbana, foca principalmente os prejuízos materiais, o número de mortos e não informa os possíveis prejuízos emocionais das pessoas envolvidas na situação. O estresse pós-traumático constitui assim um transtorno freqüente, porém pouco divulgado no Brasil.

Em tese, estresse é uma resposta fisiológica e/ou psicológica de uma pessoa que busca adaptar-se às solicitações internas e/ou externas. A ausência total de estresse equivaleria à morte, sendo, assim, necessário e saudável um nível adequado de estresse ao desempenho frente aos novos estímulos aos quais estamos expostos, a todo o momento. Nessa condição, esse conjunto de reações indispensáveis à sobrevivência denomina-se estresse positivo, ou “eustress.” Cada indivíduo tem um limiar diferente ao estresse, não havendo, portanto, um quantum ideal recomendável. Não obstante, o excesso de reações aos estímulos estressores torna-se prejudicial à saúde e à desenvoltura pessoal, podendo transformar-se em caráter patológico, com sérias conseqüências nocivas. São as reações no funcionamento na faixa negativa do estresse, ou “distress.” Nessa faixa, localizam-se os transtornos relacionados à síndrome do estresse pós-traumático.

Falar sobre estresse implica citar Hans Selye, médico austríaco autor do conceito original de estresse, que em 1936 assim denominou um conjunto de reações do organismo frente a agentes geradores de tensão. Independente da categoria a ser pesquisada, todo e qualquer estudo sobre estresse nos remete a um saber prévio sobre essa descoberta histórica. Segundo Lipp (1996), sob a denominação de “Síndrome Geral de Adaptação,” Selye, em 1952, através de experimentos com animais expostos a estímulos agressivos diversos e que reagiam de modo regular, detectou e sistematizou as principais reações fisiológicas às situações tensas, classificando-as em três fases diferenciadas: alarme, resistência e exaustão.

O conjunto de reações do nosso organismo quando se percebe sob situações ameaçadoras e/ou excitantes pode ser resumido do seguinte modo:

- A primeira fase, de alarme, é a que o organismo depara com o agente estressor, o sistema nervoso simpático prepara o corpo para o perigo, para agir em caráter de urgência, desencadeando uma série de reações bioquímicas. Nesse momento, ocorre o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, o aumento da frequência respiratória e dilatação dos brônquios, a fim de levar mais oxigênio às células. Os glóbulos vermelhos e a glicose surgem em maior quantidade no sangue, a fim de energizar o organismo. Os linfócitos e os hormônios anti-inflamatórios também se multiplicam para reparar possíveis danos físicos. A pupila dilata, aumentando o campo de visão. Num primeiro momento, as glândulas supra-renais aumentam a liberação de noradrenalina a fim de preparar o corpo para ação, depois, libera adrenalina e, ao liberar o cortisol, já é possível antever uma possível exaustão. O excesso de alteração fisiológica não pode durar muito, o sistema simpático ativado por longo tempo provoca uma queda das funções orgânicas, tornando o organismo mais vulnerável em todos os sentidos. Em função do estímulo externo, ou ela cessa, acabando ali o processo intensivo da quebra da homeostase e voltando ao equilíbrio, ou passa à segunda fase.

- Na segunda fase, de resistência, o corpo se adapta à situação estressora em busca de equilíbrio, tenta reparar a quebra feita na fase anterior, mantendo o esforço de adaptação continuamente. Corrêa e Menezes (2002), esclarecem:

Em questão de minutos pode-se passar da fase de alarme ou alerta para fase de resistência. O indivíduo tenta se adaptar instintivamente ao que passa por meio de reservas de energia adaptativa que possui. Nessa fase de adaptação, o organismo requer muita energia para ser utilizada em outras funções vitais. Surgem então, sinais desgastantes, como cansaço excessivo e esquecimentos frequentes. (pg 12)

Se a pessoa consegue sair da situação opressora, ela se restabelece e livra-se do estado de alerta; caso contrário, se as reações não forem suficientes, o estresse não desaparece e o indivíduo, enfraquecido, evolui para a fase de exaustão.

- A terceira fase, correspondente à exaustão ou esgotamento, consiste no fim da resistência, interna ou externa. O indivíduo, nesta fase, já usou sua energia adaptativa. Evidencia-se uma exaustão generalizada, podendo surgir doenças causadas pela junção do agente causador do estresse às tendências físicas e psíquicas do indivíduo.

Não é o contato com o estímulo em si que caracteriza o estresse, mas sim a reação do indivíduo em resposta a determinado estímulo capaz de colocá-lo sob pressão; é de fundamental importância a subjetividade como filtro afetivo da percepção da realidade. Friedman e Rosenmam (1974) comprovaram, através de pesquisas, que há, inclusive, tipos de personalidade que são mais tendenciosas ao estresse que outras. A personalidade seria, nessa perspectiva, o fator de vulnerabilidade mais importante, para o surgimento do estresse frente a agentes vistos como de extrema ameaça. Os dois autores classificaram o que denominaram de “Tipo A” de personalidade como sendo mais vulnerável aos agentes estressores, visto que são mais agitados, impacientes, agressivos e competitivos do que o “Tipo B.” Estes geralmente seriam mais tranquilos, pacientes e pouco competitivos. Um estímulo externo de natureza agressiva, nessa ótica, tenderia a ser mais traumático para pessoas com padrão de comportamento enquadrado no “Tipo A” e menos para as com características comportamentais do “Tipo B.”

Um estímulo estressor traumático ou incidental é definido como tal quando existe grave ameaça à integridade física, risco de morte e morte de fato, gerando como resposta nos indivíduos que testemunharam ou enfrentaram o agente, forte impacto emocional negativo caracterizado pelo medo, terror e impossibilidade de defesa. Hoje, no DSM IV e na CID 10, tem-se claro a classificação dos sintomas que caracterizam o transtorno do estresse causado por intenso estímulo estressor externo. Em 1980, foi inserida à terceira edição do “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”, DSM-III, a classificação nosológica do Transtorno do Estresse Pós-traumático. Essa inclusão gerou um quadro nosológico na Classificação Internacional de Doenças em sua décima revisão, CID-10. Tal convergência, pontua Ballone, “*permitiu*

unificar uma série de categorias de transtornos emocionais reativos a acontecimentos traumáticos anteriormente dispersos na classificação psiquiátrica.”

Após uma rápida visão sobre “estresse”, torna-se agora necessária, por mais redundante que pareça em função da banalização do termo, a compreensão científica do vocábulo ‘trauma’. ‘Trauma’ origina-se do grego e significa ferida. Tratava-se de um termo comum e exclusivo da medicina. Contudo, em 1915, Freud o transporta para o psiquismo significando vivência que provoque intensa excitação ao aparelho psíquico capaz de fracassar a elaboração dos estímulos pelos mecanismos habituais utilizados no dia-a-dia. Em 1920, o criador da psicanálise retoma o conceito e trilha pelas conseqüências. Ele afirma que as excitações externas são traumáticas quando atravessam “o escudo protetor” do funcionamento psíquico e, nessa ruptura tendem a desencadear um distúrbio em grande escala. Nesses casos, não há mais possibilidade de impedir que o aparelho mental seja inundado com grandes quantidades de estímulos. Em vez disso, outro problema surge, o de dominar as quantidades de estímulos que irromperam e de vinculá-las no sentido psíquico, a fim de que delas possa então se desvencilhar das dificuldades em lidar com o excesso de estímulo. Brandão (2005) traz o conceito psicanalítico traduzido pelo choque: quanto mais intenso o choque, confirma a autora, mais difícil a resposta humana de forma adequada e mais duradouro o transtorno causado. Ainda, associa as dificuldades do psiquismo em lidar com o excesso de estímulo, ao estresse. “*O estresse, definido como fatos incompreensíveis que não sabemos lidar, está embutido no trauma.*” (p. 2) Ela conclui: “*Não existe trauma sem estresse, mas existe estresse sem trauma.*” Em 1895, novamente, Freud revela que o traumatismo (situação determinada pelo trauma) está relacionado a uma fonte de excitação interna, o externo em ressonância com o interno. Ou seja, a singularidade de cada um tem sua implicação na situação traumática. Em Fuks (2005):

Nem todos os encontros traumáticos produzem os mesmos efeitos, seja qual for a aparente intensidade do acontecimento. Cada sujeito responde com singularidade segundo o momento no qual se produz o encontro (traumático), segundo a ressonância que pode ter com sua própria história, mas também segundo a posição que adota frente a essa experiência única. (p. 6)

Tal afirmação converge à importância da subjetividade na instalação do estresse, consolidando a impossibilidade de generalização, não havendo maneira de avaliar quem vai ser afetado o suficiente para produzir as reações típicas do transtorno pós-traumático. Ainda, o elemento surpresa tem efeito determinante na eficácia traumática. Fechando o breve foco psicanalítico sobre “trauma”, torna-se importante situar que o termo permeia toda a teoria Freudiana, de modo amplo e relativizado. O recorte aqui teve por propósito a compreensão do conceito dentro do transtorno de estresse pós-traumático.

Sem desconsiderar a importância da subjetividade na exposição do evento traumático, Foa (1995) estabelece três etapas para a instalação do transtorno de estresse pós-traumático:

- A predisposição pessoal, sendo que a tendência à extrema segurança quanto à extrema insegurança são fatores de vulnerabilidade;
- As relações causais entre a vítima e o acontecimento em si (magnitude do estímulo, percepção do risco de vida...);
- O processamento psicodinâmico pós-traumático às reações emocionais imediatas e a duração dos outros sintomas típicos do quadro.

Mitchell e Bray (1990), da mesma forma, identificam variáveis significativas para o desencadeamento do estresse pós-traumático:

- O posicionamento da pessoa no incidente, tanto mais próximo e direto a intervenção do agente, maior probabilidade de desenvolver o transtorno (vítima, testemunha, familiar...);

- Qual a experiência a pessoa já teve em lidar com situações estressantes (um profissional de emergência tende a ser mais resistente);
- Os acontecimentos atuais na vida da pessoa (doença, gravidez, perdas, favorecem a vulnerabilidade);
- O significado particular que o incidente representa para a pessoa (pode remeter, por exemplo, a fortes memórias amedrontadoras da infância, aumentando assim o impacto para o psiquismo);
- Traumas ou perdas passadas não resolvidas (as perdas não elaboradas permanecem armazenadas vindo à tona junto a outra vivência semelhante);
- O nível de ansiedade da pessoa em geral (se a pessoa já é “naturalmente” ansiosa, em casos extremos tende a responder ainda mais dessa maneira);
- Quanta ajuda estava disponível imediatamente após o incidente e quanto receptiva era a pessoa que ofereceu tal ajuda (a rapidez e a qualidade da ajuda influenciam nos efeitos surgidos);
- O apoio dos colegas de trabalho e dos superiores hierárquicos;
- O apoio da família e amigos íntimos após o incidente;
- A qualidade de comunicação estabelecida com os entes queridos (quanto mais aberta a comunicação, melhor a possibilidade de amenizar o trauma).

Diversos autores que analisaram episódios tidos como traumáticos conseguiram evidenciar a nocividade de alguns agentes, independente da subjetividade e de outras variáveis envolvidas no processo. Segue abaixo, por exemplo, uma lista de alguns incidentes críticos comuns aos profissionais de emergência (Mitchell e Bray, 1990):

- Contato com crianças mortas ou gravemente doentes ou feridas;
- Morte de um colega no trabalho operacional;
- Lesão grave em um profissional de cuidados de emergência no trabalho operacional;
- Socorro a uma pessoa que seja parente ou amigo íntimo e que esteja morrendo ou em condições muito graves;
- Suicídio de colega da emergência;
- Um desastre;
- Uma pessoa muito violenta que ameaçou a integridade física do profissional de emergência;
- Qualquer caso com interesse excessivo da mídia;
- Morte de um cidadão causada por operações de emergências, tais como um acidente entre um carro particular e um veículo em serviço emergencial;
- Incidentes graves de múltiplas causas;
- Qualquer evento que apresente um impacto poderoso não habitual sobre o grupo.

A violência pode ser considerada um dos principais agentes estressores traumáticos dos tempos atuais: como visto, os impactos das ações violentas sobre o aparelho psíquico tendem a suscitar rupturas em seu funcionamento e provocam sensações de vulnerabilidade e insegurança. Tal constatação deixa clara a inserção da categoria profissional policial-militar no grupo de risco: a missão constitucional de preservar a

ordem pública implica atuação direta com o fenômeno social da violência. A peculiaridade da atividade policial requer um cuidado redobrado em busca da salubridade. Além dessa ser em si mesma uma atividade que favoreça o desgaste pessoal e, conseqüentemente, a vulnerabilidade de quem a exerce, traz consigo um adicional: a arma de fogo. A familiaridade com a arma de fogo facilita o seu uso, inclusive em situações desnecessárias (que poderiam ser resolvidas sem ela), ou seja, transforma inclusive as ocorrências corriqueiras em situações potencialmente traumáticas. Contudo, a falta dela pode transformar o policial em alvo fácil aos transgressores em busca de retaliação. Mais um preço a ser pago pela farda. Solomon afirma que um terço dos policiais envolvidos em tiroteio apresenta reação leve, outro terço reações moderadas e outro terço reações severas, quando considerada a intensidade dos sintomas decorrentes de uma situação na qual há risco de vida.

O 5º batalhão da PMMG dispõe hoje de 700 homens. Desses, foram licenciados/dispensados, em 2004, 89 (oitenta e nove) militares com CID grupo “F” – transtornos mentais e comportamentais, média mensal de 7 (sete) militares por mês, 1% do efetivo total. Constatando outro fenômeno afim, dos clientes policiais que estavam em atendimento psicológico nesse período, por mais de 2 (dois) meses, na Seção de Assistência à Saúde, 45% dos casos estavam relacionados a episódios depressivos moderados e graves. A comorbidade do transtorno depressivo com o de estresse pós-traumático é fato, portanto, que tal percentual constitui um alerta importante no diagnóstico da síndrome em pauta.

A realidade desse batalhão, responsável pelo policiamento da zona noroeste de Belo Horizonte, MG, traz hoje, no mínimo, uma ocorrência com tiroteio por semana. Considerando uma guarnição composta por três homens, fala-se de 12 (doze) policiais militares mensalmente envolvidos em troca de tiros. Esse número não traduz os fatos como eles são, pois não inclui os policiais chamados para reforço tático nessas situações. A troca de tiro pode constituir-se em uma situação que tende a produzir grave ameaça à integridade física, risco de morte e morte de fato, gerando como resposta nos indivíduos que testemunharam ou passaram por essa circunstância extrema forte impacto físico e emocional negativo. Em 2004, o serviço de psicologia do 5º BPM atendeu, em média, 5 (cinco) militares por mês, encaminhados pós-tiroteio. Esse número é fruto de um esforço contínuo da SAS, que vem buscando sensibilizar a tropa sobre tal necessidade. Aparentemente baixo, pode ser considerado um percentual elevado, se comparado a outros quartéis da PMMG. Em sua maioria, pode-se afirmar o desconhecimento dos possíveis sintomas por parte dos envolvidos em tiroteio, apesar de que, quando existiam, eram relatados sob a forma de estresse agudo, com reações leves e moderadas.

Na cultura policial-militar, o reconhecimento de transtornos emocionais se torna mais difícil pelo próprio portador e pelos que estão em volta. Se os problemas de saúde física já tendem a serem vistos como “muchibagem” (incompetência no jargão policial-militar), imaginem os de natureza psíquica... Nesses casos, os riscos de “tomar o chapéu” (ser enganado) torna-se maior diante da “invisibilidade” dos sintomas. E, ainda, com a constante do efetivo dos batalhões ser menor que o previsto, não raro nos deparamos com policiais fardados em pleno exercício operacional sem a mínima condição física nem psíquica de qualquer exercício profissional. Esse fato compromete ainda mais a saúde do indivíduo e as possíveis consequências sociais do seus atos inadequados.

Solomon (1993) descreve, por fases, alguns fenômenos possíveis, resultantes de qualquer incidente crítico:

- Durante a vivência do ápice do estresse, são comuns as distorções de percepção: temporal, auditivas e visuais;

- Após o acontecimento extremo, surge a fase de erupção do choque, que pode durar minutos, horas, dias e até semanas; apesar da subjetividade, é bastante freqüente se encontrar fase com dois a três dias de duração. Defesas psicológicas instalam-se como o objetivo de amenizar o impacto vivido. Emergem

as reações de choro, náuseas, tremores, hiperventilação, estado confusional, falha de memória, sentimento de descrença, etc. A adrenalina pode ficar elevada por alguns dias, inclusive, manifestando-se pela sensibilidade excessiva, agitação, ansiedade, irritação e insônia;

- A fase do impacto geralmente ocorre em até três dias após o acontecimento, podendo algumas pessoas atingirem essa fase só após um período de seis meses a um ano. A adrenalina diminui e o indivíduo revive os sentimentos de vulnerabilidade e de mortalidade desencadeados pelo agente estressor. O autor lista algumas das “reações normais a uma situação anormal”: sensação aumentada de perigo e vulnerabilidade, medo e ansiedade em relação a novos confrontos, raiva, pesadelos, pensamentos intrusos sobre o incidente, dificuldade para dormir, depressão, culpa, insensibilidade emocional, isolamento e afastamento emocional em relação aos outros, dificuldades sexuais, dentre outras reações de ansiedade e de estresse (por exemplo, dores de cabeça, indigestão, dores musculares, insônia, diarreia, prisão de ventre, nervosismo, dificuldade de concentração...);

- Na fase de adaptação, o indivíduo inicia uma convivência com o impacto emocional que decresce. Caracteriza-se por um intenso questionamento interior sobre suas ações durante o evento estressor. Quando não há uma negação do acontecido, geralmente, passa-se à fase posterior;

- A fase de aceitação “é alcançada usualmente em algum ponto entre duas a dez semanas após, mas pode levar mais;” Em função das variáveis envolvidas no processo até aqui, esta fase pode ser alcançada só depois de meses. O indivíduo já conseguiu elaborar boa parte da vivência traumática e aceita com tranquilidade o ocorrido, consegue lidar construtivamente com os resquícios emocionais “negativos.”

Brandão (2005) sob a perspectiva psicanalítica esclarece:

Reconhecidamente as maiorias dos traumas são também traumas corporais. Nossa memória corporal guarda no corpo a situação por que passamos, a defesa que tentamos usar junto com os afetos deflagrados na hora e junto com os afetos que vierem depois da situação traumática. Tudo isso aparece claramente em nossos corpos. Junto com nossa personalidade, nossos corpos são estruturados ao longo de nossas vidas e este corpo, visto muitas vezes apenas como habitação ou ferramenta, ajuda a formar e a transformar nossa personalidade. (p. 4)

A classificação nosológica dos sintomas, físicos e psíquicos, possíveis após submissão a eventos traumáticos, podem ser categorizados em três modalidades:

- transtorno de estresse agudo ou reação aguda ao estresse;
- transtorno de estresse pós-traumático ou incidental;
- transtorno de estresse tardio.

ESTRESSE AGUDO OU REAÇÃO AGUDA AO ESTRESSE

A reação aguda inicia-se logo após o evento traumático. Encontra-se na CID-10 e no DSM-IV, a classificação nosológica do Transtorno do Estresse Agudo, F43.0 – 308.3, sob a condição de Transtorno de Ansiedade. Na reação aguda, há uma facção que considera a supremacia nesses casos, não como sendo a do agente traumático como fator desencadeador, e sim, a da subjetividade para superar o trauma, não havendo assim, preponderância de um fator etiológico traumático para o transtorno. Entretanto, Mitchell e Bray (1990), ao associá-lo ao serviço de emergência, identifica essas reações geralmente presentes nas ocorrências particularmente difíceis, “o suficiente para superar a capacidade do profissional acostumado a lidar com o estresse no trabalho.” Para eles, no estresse agudo há um tipo de reação mais perceptível, apresentando, além dos sintomas descritos no tardio, manifestações dramáticas, carregadas de emoção. Pela CID-10:

A sintomatologia é tipicamente mista e variável, e comporta de início um estado de aturdimento caracterizado por um certo estreitamento do campo da consciência e dificuldades de manter a atenção ou de integrar estímulos, bem como, desorientação. Este estado pode ser seguido, ou por um distanciamento do ambiente (...), ou por uma agitação com hiperatividade (reação de fuga). O transtorno se acompanha freqüentemente de sintomas neurovegetativos de uma ansiedade de pânico, taquicardia, transpiração, (ondas de calor). (p. 336)

A principal característica diferencial, de acordo com o CID-10: o tempo de latência entre o trauma e o aparecimento da sintomatologia é imediato à experiência traumática devendo não persistir por mais de quatro semanas. A evolução é flutuante e tende, na maioria das vezes, para a cura. Os indivíduos com tal transtorno podem desenvolver o estresse pós-traumático.

Para Mitchell e Bray (1990), o transtorno de estresse agudo atinge por volta de 85% dos profissionais de emergência, sendo que a recuperação é alcançada na maioria dos casos; desses 85%, só 2 a 4% tendem vivenciar efeitos permanentes.

ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO OU INCIDENTAL

Na CID-10, o F43.1 trata do Estado de Estresse Pós-traumático:

Este transtorno constitui uma resposta retardada ou protaída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica e que provocaria sinais evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. (p. 336)

Segundo Astin e Resick (2003), os sintomas típicos do estresse pós-traumático podem ser resumidos em três amplas categorias:

- lembranças intrusivas;
- hiper-excitação fisiológica;
- sintomas de evitação e de falta de sensibilidade.

Na CID-10, estão descritos da seguinte maneira:

...incluem a revivência repetida do evento sob a forma de lembranças invasivas (*'flashbacks'*), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de 'anestesia psíquica' e de embotamento emocional, de retraimento em relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia e evitação de atividades ou situações que despertem a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia associados à ansiedade, depressão e ideação suicida. (p. 336)

Há extremo comprometimento psicossocial, intensa necessidade de se evitar as recordações do fato ou o menor indício que remeta a elas, as quais são angustiantes por remeter ao impacto original e por nunca anunciarem suas chegadas, quaisquer estímulos pode provocá-las; o bloqueio de memória também se faz ainda no sentido de preservar-se e desviar-se da dor. O sofrimento passa a surgir inclusive nos sonhos, em recorrentes pesadelos que denunciam a inquietação e a fragilidade psicológica. Estas são refletidas igualmente na dificuldade de relaxar, nas insônias, no baixo nível de concentração e de produtividade, na irritabilidade e sobressalto desproporcionais aos estímulos. Tensão e afastamento interpessoal.

A CID-10 menciona a neurose traumática, F62.0, em função da persistência dos sintomas consolidando em alteração duradoura da personalidade. Se no transtorno de estresse pós-traumático, a conduta pessoal, familiar e social sofre alterações, pela CID-10, na neurose traumática, essas alterações perpetuam-se em seqüelas profundas que se integram no estilo de funcionamento do indivíduo por um longo período: o isolamento social vira rotina, a desesperança, a estranheza a si mesmo, a apatia e hostilidade com o outro também se solidificam junto à insegurança e à sensação de estar em perigo. Existem autores que se

referem ao transtorno de estresse pós-traumático e à neurose traumática como um quadro único, sem distinção. Mitchell e Bray (1990), por exemplo, abordam o estresse incidental ou pós-traumático como um estado patológico final.

O estresse pós-traumático aparece, com frequência, associado a um quadro fóbico e/ou depressivo, igualmente anexo ao uso de substâncias psicoativas, podendo passar a existir também as manifestações inerentes: medo de sair de casa, perda de interesse pela vida, sentimento de culpa e de menos valia, idéias depreciativas, perspectivas de futuro negativas, crises de choro, alcoolismo ou vício em outras drogas, dentre outras. Astin e Resick (2003) sugerem o uso abusivo de substâncias psicoativas em pessoas que passaram por um evento traumático como um possível meio de “evitação” ou “falta de sensibilidade” e diferenciam as reações biofisiológicas das depressões associadas ao transtorno de estresse pós-traumático às reações de quem apresenta só depressão.

Segundo a CID-10, a evolução do quadro é flutuante e caminha na direção da cura, na maioria dos casos. Contudo, a intervenção de profissionais especializados se faz bem-vinda e necessária, por vezes, inclusive, tendo a medicação como precioso instrumento.

ESTRESSE TARDIO

Mitchell e Bray (1990) classificam um tipo de estresse como tardio, sendo estresse tardio um resultado direto de incidente crítico específico, porém manifestando as reações após dias, meses ou até anos depois. As reações são idênticas ao estresse agudo, porém tardias. O quadro é comum de ser encontrado em profissionais de emergência, que precisam e tendem a suprimir suas emoções. Trata-se de diagnóstico difícil de reconhecer, precisamente em função do tempo de latência entre o evento estressor e o surgimento dos efeitos no indivíduo e tende a não ser associado com o incidente original. A passagem do tempo tende a encobrir, distorcer, adicionar e exagerar os sintomas típicos, o que pode ser apontado como outra dificuldade para se fazer o diagnóstico. Os sintomas parecem despropositados, inclusive para o portador, que na maioria das vezes já supunha ter elaborado o episódio estressor e, por vezes, não consegue associá-los à causa. Um profissional de emergência, por exemplo, pode ter atuado com eficiência em uma ocorrência, mas ter sido atingido como pessoa, a seqüela ficou sem ele ter percebido. Mais persistente que o agudo e mais difícil de reverter em função dessa cronicidade, torna-se necessário ajuda profissional para desaparecer os sintomas.

POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO

Importante voltar à psicanálise ao se falar em desaparecimento dos sintomas ou elaboração do trauma nas três modalidades pós-traumáticas. Afirmar que o traumatismo está relacionado a uma fonte de excitação interna é o que permite superá-lo, mudar o sentido e a intensidade dos sintomas, seja espontaneamente ou em tratamento. Fuks (2001) esclarece Freud:

A eficácia traumática do confronto coma possibilidade real da morte, em uma situação inusitada de perigo, depende dessa fantasmática e produz um acordar aterrorizante disso que, até o momento, eram fantasias referidas à morte dos outros. (p. 5)

Instala-se o extremo desamparo. Na intervenção psicanalítica, historiciza-se a construção do trauma buscando a expressão verbal como recurso necessário para chegar-se à relação simbólica existente entre o sintoma e o determinante, ao vínculo afetivo estabelecido. Novamente em Fuks (2001): “*Ao sujeito também corresponde interrogar-se sobre a parte de si mesmo nos efeitos do encontro e se perguntar: “que possibilidades me restam?”*” (p.6). Através da compreensão e da re-significação torna-se possível a superação do trauma.

Astin e Resick (2003) sugerem a terapia cognitiva-comportamental para trabalhar especificamente sobre os efeitos do trauma. Esses autores referenciam as técnicas comportamentais e as de controle de ansiedade, baseadas nas teorias da aprendizagem e do processamento emocional, como bastante eficientes nesses casos.

Mitchell e Bray (1990) propõem intervenções terapêuticas com a finalidade de amenizar o impacto emocional e de outras reações provocadas pelo agente estressor de alta magnitude: reuniões de grupo estruturadas, dirigidas por profissionais altamente qualificados, que permitem a expressão emocional, a conscientização das reações vividas e esperadas e que também buscam educar o grupo quanto à redução do estresse.

No Brasil, o desconhecimento das possíveis consequências esperadas após uma vivência na qual houve risco de vida, real ou imaginário é retratado pela escassa produção científica a respeito. Na PMMG, não é diferente, o estudo do tema ainda é incipiente. Ter conhecimento sobre os sintomas dos transtornos emocionais e comportamentais relacionados aos agentes estressores traumáticos torna-se de extrema relevância, tanto pela prevalência quanto pelo comprometimento que eles acarretam.

Independente da abordagem da intervenção terapêutica, o paciente consegue habitualmente livrar-se dos sintomas. Cada pessoa responde de forma única e individualizada aos métodos científicos e às técnicas de ajuda. Mesmo não existindo métodos 100% eficazes ou infalíveis, nenhuma postura médica ou psicoterapêutica que possa garantir a cura para todos os pacientes, a maioria das pessoas são tratadas com sucesso. Sem o apoio especializado adequado, algumas pessoas podem recuperar-se naturalmente, outras podem passar a vida pós-trauma carregando perturbações duradouras, sem, de fato, recuperar-se.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fourth Edition, Washington, DC, 1994.

ASTIN, Mille C.; RESICK, Patrícia A. Tratamento Cognitivo-comportamental do Transtorno de Estresse Pós-traumático. In CABALLO, Vicente E. **Manual para o Tratamento Cognitivo-comportamental dos Transtornos Psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos**. São Paulo: Santos Editora, 2003, p. 171-183.

AUBERT, Nicole. **A neurose Profissional: 165-193**. In CHANLAT, Jean-François (org). Tradução de Maria Irene Stocco Betiol. São Paulo: Atlas, 1993. Título original: La névrose professionnelle.

BALLONE, G.J. **Estresse Pós-traumático**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/dsm/ansie3>>.

BALLONE, G. J. **Transtorno de Estresse Pós-traumático**. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/ballone/voce/postrauma>>.

BRANDÃO Frinéa. **Trauma e EMDR: o referencial psicanalítico**. Disponível em: <<http://www.orgunizando.psc.br/artigos/traumaEMDR.htm>>.

CORREA, Sebastião Augusto; MENEZES, José Ricardo de Melo. **Estresse e trabalho**. 2002. Monografia (Especialização em medicina do trabalho) Sociedade Universitária Estácio de Sá. Campo Grande. MS.

FOA, E. B. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of PTSD. In CABALLO, Vicente E. **Manual para o Tratamento Cognitivo-comportamental dos Transtornos Psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos**. São Paulo: Santos editora, 2003, p. 171-183.

FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1989.

FRIEDMAN, M; ROSENMAM, R. **Type a behavior and your heart**. Nova york: Alfred A Knopf, 1974.

FUKS, Lúcia Barbero. **O Traumático na clínica**. Disponível em: <<http://www.etatsgeneraux-psychanalyse.net/archives/texte98.html>>.

KAPCZINSKI, Flávio; MARGIS, Regina. **Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>.

LIMA, João Cavalim de. *Estresse policial*, 2002, Associação da Vila Militar Publicações Técnicas, v.7.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Stress e suas implicações: estudo de Psicologia**. Revista do Instituto de Psicologia. Puc-Campinas. v. 1 n. 3 e 4, p. 5-19. 1984.

_____. **Atitude Parentais e o Desenvolvimento de Resistência ao Stress: reflexão e crítica**. Puc-Campinas. v. 4, p. 1-2. 1989b.

_____. **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupo de risco**. Campinas-SP: Papyrus, 1996 a. p. 17-31.

_____; NOVAES, Lúcia Emmanuel. O Stress. In CORRÊA, Sebastião Augusto; MENEZES, José Ricardo de Melo. **Estresse e Trabalho**. 2002. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) Sociedade Universitária Estácio de Sá. Campo Grande, MS.

MICHAL, Mina. **Stress**. Tradução de Ana Maria Coelho de Souza. São Paulo: Roche, 1997.

MITCHELL, Jefft; BRAY, Grady P. **Emergency Services Stress**. New Jersey: A Simon & Schuster Company, 1990.

MITCHELL, Jefft; EVERLY, George S. **Critical Incident Stress Debriefing: an Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services and Disaster Workers**. 2. ed. Ellisott: Chevron Publishing Corporation, 1997.

OMS, **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** – Manual de Instruções – CID-10. 10. revisão. v. 1. 3. ed. São Paulo: editora da USP. 1996.

ROMANO, Ana Sílvia Penteado Fiore. **Levantamento das fontes de stress ocupacional de Soldados na Polícia Militar e o nível de stress por eles criado: uma proposta de um programa de curso de controle do stress específico para a Polícia Militar**. 1989. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica. Campinas, SP.

SHELTON, Ray; KELLY, Jack. **EMS Stress: Na Emergency Responder's Handbook for Living Well**. Califórnia: Times Mirror company, 1995.

SOLOMON, Roger M. **Trauma Pós-tiroteio**. Revista Especial da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. p 29-36, maio/1993.

