

Terapia de exposição narrativa para o tratamento do transtorno de estresse pós-traumático com pessoas que passaram por violência doméstica e comunitária: estudo de série de casos em dois centros de saúde no Rio de Janeiro, Brasil

Fernanda Serpeloni (<https://orcid.org/0000-0001-6222-0162>)^{1,2}
Jeanine Arabella Narrog (<https://orcid.org/0000-0003-1436-4203>)²
Bianca Pickler (<https://orcid.org/0000-0002-6719-1572>)¹
Joviana Quintes Avanci (<https://orcid.org/0000-0001-7779-3991>)¹
Simone Gonçalves de Assis (<https://orcid.org/0000-0001-5460-6153>)^{1,3}
Anke Koebach (<https://orcid.org/0000-0002-8666-9586>)^{2,4}

Resumo *A prevalência de exposição à violência é alta no Brasil, contribuindo para o aumento do número de transtornos relacionados a traumas, especialmente o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Este estudo tem por objetivo apresentar uma série de casos de pacientes com TEPT que passaram pela terapia de exposição narrativa (NET) em dois centros de saúde do Rio de Janeiro. Os profissionais de saúde receberam duas semanas de treinamento NET. A exposição à violência e a outros eventos potencialmente traumáticos, bem como o TEPT, foram avaliados por entrevistadores antes do tratamento e seis meses depois em entrevistas de acompanhamento conduzidas por avaliadores sob condição cega. O tratamento foi integrado à rotina dos serviços. Oito pacientes completaram a NET e apresentaram redução substancial na severidade do TEPT. Todos reportaram exposição a eventos traumáticos múltiplos, incluindo diferentes tipos de abuso infantil, sexual, violência por parceiro íntimo e comunitária. Cinco pacientes foram expostos à violência comunitária e um à violência doméstica durante ou após o tratamento. Esta série de casos mostra que a NET é um tratamento eficaz para pacientes com TEPT expostos a violências contínuas e pode ser integrado nos serviços públicos de saúde.*

Palavras-chave *Transtorno do estresse pós-traumático, Terapia de exposição narrativa, Violência, Trauma, Saúde mental*

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Fundação Oswaldo Cruz (Claves/Fiocruz). Av. Brasil 4.036, sala 700, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ Brasil. fernanda.serpeloni@fiocruz.br

² ONG vivo internacional. Konstanz Alemanha.

³ Programa de Pós-Graduação em Neurologia, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁴ Departamento de Psicologia, Universidade de Konstanz. Alemanha.

Introdução

Os índices de violência doméstica e comunitária são altos no Brasil. Estima-se que a exposição a um evento traumático no período de um ano varia entre 20-35%¹, sendo a maioria de violência urbana, como ataques com arma, sequestro e conflitos armados. Esses eventos também são comuns entre adolescentes². Com relação aos casos de violência doméstica, observa-se que estes triplicaram na última década³. De modo geral, os casos de violência doméstica e comunitária aumentaram 42,4% entre 1990 e 2016, sendo considerada a segunda maior causa de morte no último ano⁴, grande parte devido aos homicídios de jovens durante conflitos armados⁵. Trauma e violência são particularmente prevalentes em, mas não restritos a, áreas urbanas com maior vulnerabilidade social^{6,7}. Com relação à violência contra a mulher, estima-se que uma em cada três mulheres no mundo sofre violência física ou sexual, sendo grande parte cometida por um parceiro íntimo⁸. Isso corresponde aos números de violência reportados no Brasil, onde 37% e 29% das mulheres vivendo em regiões rurais e urbanas, respectivamente, sofreram violência por parceiro íntimo (VPI)⁹. Além disso, cerca de 19%¹⁰ e 30%¹¹ das mulheres passaram por VPI durante os períodos pré-natal e pós-natal, fases especialmente sensíveis para mãe e bebê. Para muitas mulheres que vivem em áreas urbanas, a violência crônica familiar e comunitária frequentemente ocorrem em simultâneo¹².

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tipicamente se manifesta como um efeito de traumas repetidos e graves¹³. Foi mostrado que o impacto das experiências traumáticas na saúde mental está associado a diferentes fatores, incluindo características específicas do histórico de trauma, como tipo, proximidade e frequência, bem como características individuais e sociais¹⁴. Um fator particularmente robusto do sofrimento relacionado ao trauma é o número de eventos traumáticos vivenciados ao longo da vida. Pesquisas têm mostrado consistentemente que a exposição a diferentes tipos de eventos traumáticos aumenta a probabilidade de desenvolver TEPT, que é conhecida como efeito cumulativo do trauma ou *building block*^{15,16}. Em grandes áreas urbanas do Brasil, como Rio de Janeiro e São Paulo, estima-se que 11% das pessoas sofrem de TEPT. Espera-se que a prevalência seja mais alta em regiões marcadas por altos níveis de violência¹⁷.

Indivíduos com TEPT sofrem com memórias intrusivas recorrentes, *flashbacks* e/ou pesadelos,

têm dificuldade de concentração, evitam lugares, pessoas e pensamentos associados ao trauma, relatam sentimentos contínuos de culpa, raiva e vergonha, têm dificuldade em vivenciar sentimentos positivos, bem como sofrem de hipervigilância¹³, o que acaba por comprometer o desenvolvimento de tarefas cotidianas, o desempenho no trabalho e relações interpessoais. Ideação suicida também pode estar associada ao TEPT¹⁸. De acordo com os estudos sobre a patologia subjacente ao TEPT, há atualmente um consenso de que os sintomas são causados por representações patológicas do evento traumático na memória¹⁹. A memória humana de longo prazo é organizada em dois sistemas – a memória explícita, da qual as informações sobre o tempo e o espaço são recuperadas (hipocampo); e a memória implícita, que se refere às representações corticais sensoriais, cognitivas, emocionais e interoceptivas de pistas aprendidas (amígdala)²⁰.

Esses sistemas são desconectados em pacientes com TEPT; portanto, quando ativadas, as memórias sensoriais, cognitivas, emocionais e interoceptivas de experiências traumáticas acumuladas deixam de se associar às informações sobre quando e onde cada um dos eventos aconteceu (contextualização) e, conseqüentemente, induzem um sentido do horror acontecendo novamente aqui e agora¹⁹. Níveis mais elevados de exposição ao trauma impedem a contextualização de eventos, e a ativação mais frequente dessas redes (consolidação) leva a um domínio da dinâmica intrínseca do cérebro, tornando a remissão mais improvável²¹. Ao mesmo tempo, a acessibilidade verbal da memória do trauma é dificultada, impedindo o paciente de falar sobre a experiência e o sofrimento e de ativar estratégias inerentes de cura do trauma²². Para o tratamento de TEPT, há intervenções psicoterapêuticas baseadas em evidências consideradas padrão ouro, exemplo: terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TCC-FT)²³, terapia de exposição narrativa (NET)^{24,25} e dessensibilização e reprocessamento através dos movimentos oculares (EMDR)²⁶.

Os centros de saúde no Brasil são instituições estrategicamente importantes para identificar e garantir o atendimento adequado às pessoas que sofrem as conseqüências psicológicas da violência. Os serviços de saúde, especialmente a atenção primária, são frequentemente o primeiro ponto de contato para pacientes de TEPT, que comumente expressam sintomas como ataques de pânico, insônia, hipertensão e depressão²⁷. Sem avaliação adicional, os pacientes recebem pres-

criação de medidas psicofarmacológicas para tratar esses sintomas. Conseqüentemente, o TEPT é pouco reconhecido em ambientes ambulatoriais, apesar de sua alta prevalência²⁸. As raízes do estresse pós-traumático, portanto, não são tratadas e, por consequência, acabam por impor, além do sofrimento, altos custos ao paciente e aos serviços de saúde, devido à cronicidade, ao uso de medicamentos e a seus efeitos colaterais.

Além das restrições de tratamento, a violência contínua vivenciada pelo paciente é um obstáculo para a oferta de terapia focada no trauma. Durante o processo de exposição, o paciente é lembrado de traumas anteriores e, ao mesmo tempo, precisa lidar com as ameaças atuais. A prática clínica comum estabeleceria primeiro um arranjo de vida seguro e estável antes de se iniciar a terapia focada no trauma^{29,30}. Se isso fosse aplicado de forma consistente, uma grande porcentagem de pacientes seria excluída de receber tratamento eficaz, como pacientes que vivem em contextos de guerra, conflito ou com outras questões de segurança, como em regiões com violência comunitária. Um estudo com mulheres expostas à violência de parceiro íntimo no Irã mostrou que a NET promoveu não apenas uma diminuição nos sintomas de TEPT, mas uma redução da violência vivida em casa³¹.

Em uma revisão sistemática recente sobre a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma aplicada em situações de violência contínua, foram encontrados 21 estudos clínicos que mostraram melhoria robusta no TEPT, indicando sua eficácia apesar da ameaça constante de violência³². Além disso, não houve evidência de que os tratamentos causassem efeitos adversos ou retraumatização. Os efeitos mais fortes foram observados na terapia de exposição narrativa (NET^{24,25}), que também apresentou efeitos benéficos na depressão, na agressão apetitiva e no comportamento violento^{31,33,34}. Entre outros tratamentos de TEPT baseados em evidências, a NET é particularmente adequada para contextos marcados por desafios humanitários e recursos escassos, devido à sua abordagem pragmática e foco em eventos traumáticos múltiplos²⁴. As evidências da eficácia da NET foram estabelecidas em estudos clínicos randomizados e controlados conduzidos em diferentes países europeus, africanos e asiáticos com altos níveis de violência contínua e uma ampla gama de psicopatologia na população³⁵.

Neste estudo piloto, pretendemos investigar a aplicação da NET em um ambiente latino-americano, mais especificamente no Rio de Janeiro,

Brasil, visando investigar a viabilidade com pacientes que vivem sob ameaça contínua de violência e sua integração nos serviços de saúde pública. Além disso, nosso objetivo é trazer informações sobre o nível de exposição ao trauma, bem como a severidade dos sintomas de TEPT de uma amostra *ad hoc* de pacientes atendidos periodicamente pelos serviços de saúde, e elaborar mais detalhadamente como a NET pode ser aplicada neste contexto específico.

Métodos

Procedimento

Este estudo foi implantado durante o período de agosto de 2018 a fevereiro de 2019. Médicos de família e psicólogos passaram por treinamento em NET e foram instruídos a identificar pacientes que poderiam apresentar TEPT. Os critérios de exclusão foram: intoxicação aguda durante as sessões, prejuízo cognitivo, problemas neurológicos e psicose aguda. Antes do início da entrevista de avaliação, o estudo foi explicado aos pacientes e foi obtido o consentimento informado por escrito. Uma entrevista de acompanhamento foi realizada seis meses após o tratamento por entrevistadores cegos à condição de tratamento. O estudo foi aprovado pelos comitês de ética da Universidade de Konstanz, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (CONEP, CAAE: 82095418.8.0000.5240, 82095418.8.3002.5279).

Participantes

No total, realizamos 28 entrevistas psicodiagnósticas ($n = 21$ mulheres). Cinco pacientes preencheram os critérios de exclusão (dois pacientes apresentaram déficit cognitivo, um com problema neurológico, e dois apresentaram sintomas psicóticos agudos). Um total de $n = 13$ pacientes ($n = 10$ mulheres) preencheram os critérios diagnósticos para TEPT de acordo com o DSM-5¹³ e foram recomendados aos profissionais de saúde para NET; destes, um paciente já havia recebido psicoterapia em outra instituição privada, um estava prestes a se mudar de cidade e não estava disponível para vir ao centro de saúde regularmente, e dois pacientes não puderam receber tratamento imediato devido ao número de profissionais disponíveis. Um paciente iniciou NET

e desistiu durante o tratamento (devido ao consumo excessivo de álcool e problemas jurídicos familiares). Oito pacientes (23-76 anos de idade, $M = 44$) completaram a NET e são descritos com mais detalhes neste estudo (Figura 1).

Treinamento dos terapeutas NET

Os terapeutas que ministraram a NET eram médicos de família e psicólogos clínicos de centros de saúde pública selecionados após a participação em um curso de treinamento NET de duas semanas (40h). Os terapeutas não tinham expe-

riência anterior com terapia focada no trauma. O curso de formação foi conduzido pela primeira e a última autoras deste artigo e incluiu o embasamento teórico e as habilidades clínicas necessárias para a exposição de eventos traumáticos e possíveis desafios no tratamento (dissociação, evitação etc.). A supervisão dos terapeutas recém-treinados incluiu sessões iniciais supervisionadas, além de supervisões regulares dos casos. A fidelidade ao manual de tratamento foi garantida por meio de sessões iniciais supervisionadas, supervisão regular dos casos e narrativas escritas nas sessões.

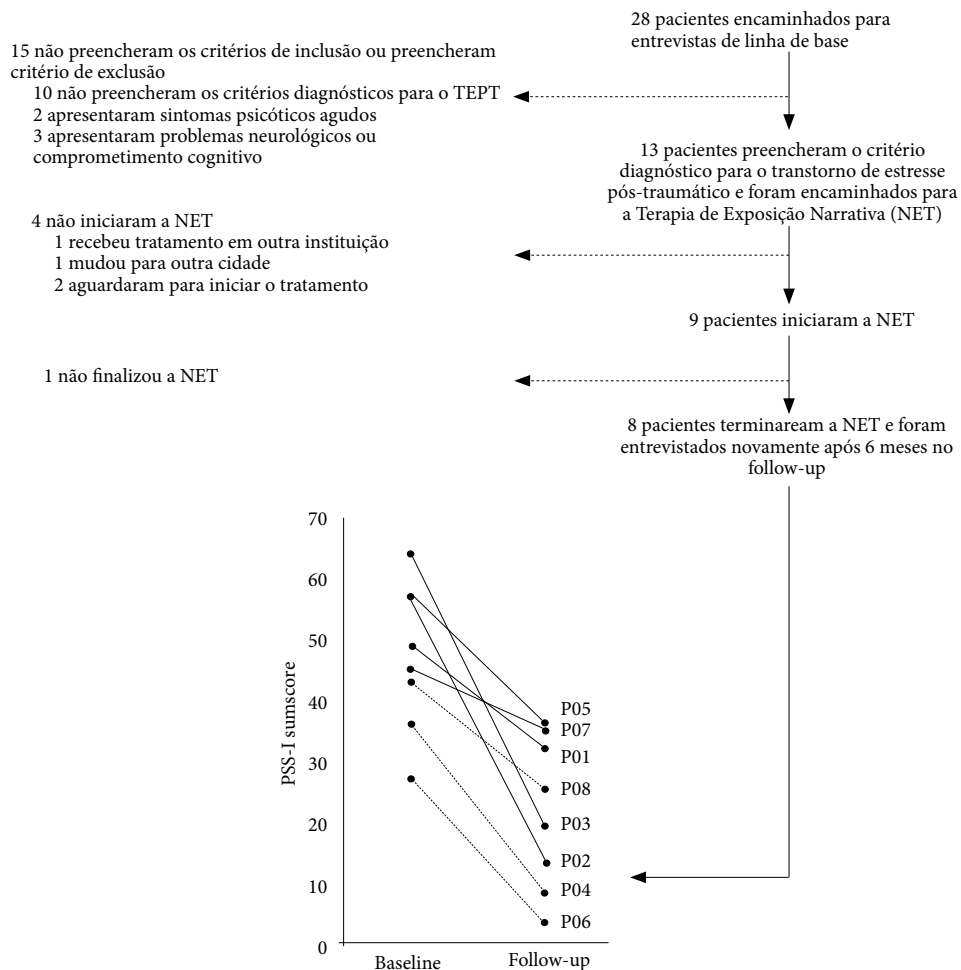


Figura 1. Severidade dos sintomas de TEPT por paciente no início do estudo e seis meses após a finalização da terapia de exposição narrativa.

As linhas cheias representam os pacientes que experimentaram um novo evento traumático durante e/ou após a terapia. As linhas tracejadas representam os pacientes que não experimentaram um novo evento traumático durante e/ou após a NET. A gravidade do TEPT foi medida com PSS-I-5³⁶.

Fonte: Autores.

Avaliação

Um questionário estruturado foi administrado na entrevista de linha de base e na de *follow-up* (acompanhamento). No início da entrevista, foram solicitados dados sociodemográficos como idade e local de residência. As experiências traumáticas foram avaliadas usando-se uma lista de verificação para diferentes tipos de eventos traumáticos (56). A lista de eventos traumáticos não é apresentada nesta série de casos, uma vez que os eventos são detalhados no exercício da linha de vida. A gravidade dos sintomas de TEPT e o diagnóstico foram avaliados com a versão de entrevista da Escala de Sintomas de TEPT de acordo com o DSM-5, PSSI-5³⁶. Consequentemente, o TEPT foi diagnosticado de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística versão 5 (DSM-5)¹³. As 20 questões correspondem aos sintomas de cada aglomerado (intrusão, evitação, efeitos negativos na cognição e humor e alterações na reatividade e excitação). A severidade dos sintomas é dimensionada em relação à intensidade e frequência, variando de 0 (nem um pouco) a 4 (seis ou mais vezes por semana/grave). Os sintomas são considerados presentes quando avaliados em 1 ou superior. A soma de 20 itens produz uma pontuação total de severidade dos sintomas de TEPT que varia de 0 a 80.

Terapia de exposição narrativa (NET)

A NET é uma abordagem universalmente aplicável e com eficácia mostrada em vários países e culturas³⁵. É uma terapia breve (6-12 sessões) e sem barreiras de direitos autorais. O passo a passo da NET pode ser encontrado em seu manual^{24,25}. A NET tem sido aplicada com sucesso por terapeutas treinados^{37,38} e aborda múltiplos traumas. Foi adaptada para crianças e adolescentes (KIDNET)³⁹ e ofensores traumatizados (FORNET)⁴⁰, mostrando reduzir com sucesso a agressão apetitiva e o comportamento violento atual^{33,41}. Em todas as variantes da NET, o paciente, com suporte do terapeuta, estabelece uma narrativa cronológica de sua vida, concentrando-se principalmente nas experiências traumáticas, mas também incorporando os eventos positivos mais importantes. Isso permite que a pessoa contextualize a rede de memórias sensoriais, cognitivas, emocionais e interoceptivas “quentes” do passado, tratando assim a estrutura de memória patológica que causa os sintomas⁴². A NET permite que o paciente reflita sobre toda a sua vida, cultivando um sentimento de identidade pessoal e representação no “aqui e agora”.

A abordagem NET é diferente de outros tratamentos do trauma com respeito ao seu foco explícito em reconhecer e criar uma narrativa da história de vida pessoal, restaurando o senso de autobiografia, autoidentificação e autoestima do indivíduo, juntamente com o reconhecimento dos abusos de direitos humanos que ocorreram. Neste estudo, a NET foi aplicada de acordo com o manual^{24,25}. Como a entrevista diagnóstica foi conduzida por um entrevistador independente, a primeira sessão consistiu em psicoeducação e no exercício de linha da vida. A linha da vida exhibe os destaques/picos emocionais da vida do indivíduo em ordem cronológica. Para tanto, o paciente coloca os principais eventos positivos e negativos ao longo de uma corda que simboliza o curso da vida, desde o nascimento até os dias atuais, com a extremidade enrolada, para representar o futuro. As flores designam os principais eventos positivos, as pedras representam os principais eventos negativos, especialmente as experiências traumatizantes, e gravetos podem ser usados para experiências ambivalentes, nas quais o paciente tenha estado ativamente envolvido na perpetração da violência. Os tamanhos variáveis do símbolo indicam a gravidade subjetiva ou impacto do evento.

Nas etapas seguintes, as vivências traumáticas são processadas via exposição *in sensu*, seguindo um plano de tratamento baseado nos eventos mais graves em ordem cronológica. Durante as sessões de exposição, o paciente é encorajado a verbalizar informações sensoriais, cognitivas, respostas emocionais e interoceptivas, e a refletir sobre o significado dessas sequências. É dada atenção particular ao contexto, e o terapeuta enfatiza continuamente o tempo e o espaço. O terapeuta estabelece momentos para contrastar o passado e o presente, para vivenciar as respostas que prevalecem no ambiente seguro e para reconhecer a interação no presente. Além disso, escreve a narrativa em primeira pessoa usando as palavras do paciente. Nas sessões subsequentes, o terapeuta lê a narrativa elaborada na sessão anterior e prossegue com o evento subsequente. Na última sessão, convida o paciente a construir novamente a linha da vida, incluindo flores para o futuro. Para o manual da NET em português, consulte Schauer *et al.*²⁵

Análise estatística

Para comparar a magnitude da mudança dos sintomas entre os pacientes, relatamos mudanças percentuais individuais para a severidade dos sintomas de TEPT (escore da soma do PSSI na

entrevista de acompanhamento menos o escore da soma na entrevista de linha de base dividida pelo escore da linha de base).

Resultados

Histórias de trauma

Todas as oito pacientes sofreram abuso sexual. Seis sofreram o primeiro abuso sexual na infância por um membro da família ou alguém próximo à família. A maioria (n = 6) também sofreu abuso sexual durante a vida adulta por um parceiro íntimo. Outras formas de violência por parceiro íntimo foram relatadas: abuso físico e agressão (n = 7), incluindo sufocamento (n = 3) e ser mantida em cativeiro (n = 1); e abuso emocional (n = 7), incluindo ameaças de morte (n = 3). *Bullying*/humilhação (n = 6) e o testemunho de violência doméstica (n = 4) foram vivenciados na infância. Todos os participantes foram expostos à violência comunitária, por exemplo ouvir ou ver tiros na vizinhança (n = 6), testemunhar alguém recebendo ameaças de morte (n = 3) ou testemunhar a morte de alguém por arma de fogo (n = 2). Uma visão geral da exposição aos eventos traumáticos pode ser observada na Tabela 1. Na Figura 2, fornecemos uma descrição detalhada do caso P03 (disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.PPS85X>).

Experiências traumáticas durante e após a NET

Seis das oito pacientes experimentaram outro evento traumático durante a NET ou nos seis meses após a terapia (ver Tabela 1). Durante a NET, P01, P02 e P05 se sentiram ameaçadas por tiros de arma de fogo no bairro. P03 recebeu ameaças de morte de seu ex-parceiro íntimo (apesar de uma medida protetiva de proibição de aproximação). Na entrevista de acompanhamento, seis pacientes relataram a ocorrência de um novo evento traumático após finalizada a NET. Foram eventos que prejudicaram a sensação de segurança. P01 relatou dois eventos: testemunhar alguém sendo baleado e descobrir que seu filho foi abusado sexualmente. P02 teve dois eventos: recebeu ameaças de morte de alguém que não conhecia e presenciou alguém sendo espancado severamente em sua vizinhança. P03 foi ameaçada por seu ex-parceiro íntimo. P05 soube que seu irmão havia sido espancado e recebeu ameaças de morte

em seu bairro. P06 e P07 se sentiram ameaçadas por tiros em seus bairros.

Curso de tratamento e mudança de sintomas

Os pacientes completaram 9-20 sessões de terapia. A variação no número de sessões foi devida ao número de eventos traumáticos e ao número de sessões necessárias para completar a exposição de cada pedra. Na linha de base, todos os pacientes apresentaram diagnóstico de TEPT de acordo com a escala de TEPT ($M = 47,50$, faixa de 27-64). O escore dos sintomas na entrevista de *follow-up* (acompanhamento) foram ($M = 21,37$, faixa de 3-36). Houve uma redução substancial dos sintomas de TEPT desde o início até a entrevista de acompanhamento (entre 26%-89%) (Tabela 2). Como pode ser observado na Figura 1 e Tabela 2, os pacientes P06, P04, P02 e P03 apresentaram a maior taxa de redução dos sintomas de TEPT ($\geq 70\%$). Todos os seis pacientes que experimentaram novos eventos traumáticos durante a NET (P01, P02, P03, P05, P06 e P07) apresentaram redução dos sintomas de TEPT (26%-78%) (Tabela 2). Dois pacientes que experimentaram novos eventos traumáticos (P05 e P07) ainda preenchiam os critérios diagnósticos de TEPT no acompanhamento, apesar da redução dos sintomas.

Discussão

Este estudo piloto descreve a aplicação clínica da terapia de exposição narrativa (NET; 24,25) em uma amostra *ad hoc* de oito mulheres tratadas por profissionais de saúde que concluíram um curso de treinamento de NET. O tratamento foi implantado em dois centros de saúde no Rio de Janeiro e fornece um modelo de como o atendimento ao trauma baseado em evidências pode ser integrado ao sistema de saúde público brasileiro. Em todos os pacientes a gravidade dos sintomas de TEPT diminuiu seis meses após a NET – apesar de alguns deles terem sofrido novas experiências potencialmente traumáticas durante ou após o tratamento. Não foram reportados eventos adversos relacionados ao tratamento.

O estudo foi realizado em dois centros de saúde pública com profissionais de saúde treinados que integraram com sucesso o tratamento NET em suas rotinas, sugerindo que a NET é adequada ao contexto local. Um estudo sobre a viabilidade da NET para pacientes em centros de saúde pública foi conduzido por Catarino⁴³, mostrando

Tabela 1. Eventos traumáticos ao longo da vida e atuais relatados por participante nas sessões de linha da vida e nas entrevistas de acompanhamento.

Eventos traumáticos	Pacientes							
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Adversidades da infância								
Abuso sexual durante a infância								
Testemunhar violência doméstica								
Humilhação/bullying								
Agressão física severa por parte de um cuidador								
Separação dos pais, ida para um abrigo								
Tiro com arma de fogo em casa								
Testemunhar abuso sexual								
Sufocamento por alguém da família								
Testemunhar homicídio (arma de fogo)								
Violência armada								
Violência por parceiro íntimo								
Abuso sexual								
Agressão física								
Ameaça de morte								
Sufocamento								
Cativeiro								
Abuso emocional								
Violência comunitária								
Ouvir ou ver tiros								
Testemunhar homicídio								
Testemunhar ameaça de morte								
Morte súbita de um ente querido por homicídio								
Outros na idade adulta								
Humilhação/assédio no trabalho								
Abuso sexual por alguém desconhecido								
Agressão física severa								
Acidente								
Diagnóstico de uma doença com risco de vida								
Tentativa de suicídio de um ente querido								
Testemunhar um ataque cardíaco de um ente querido								
Eventos traumáticos durante ou após a terapia								
Violência ocorrida durante a NET								
Violência ocorria após a NET (no período de seis meses)								

Fonte: Autores.

Tabela 2. Severidade dos sintomas de TEPT antes e depois da terapia de exposição narrativa, idade, unidade de saúde e alteração dos sintomas de TEPT no início do estudo e na entrevista de acompanhamento de seis meses.

Participante	Idade	Unidade de Saúde	Nº de sessões	Gravidade do sintoma PSS-I-5 ^a		Alteração percentual ^b
				Linha de base	Acompanhamento	
P01	41	HC1	9	49	32	-35%
P02	23	HC1	12	57	13	-77%
P03	31	HC2	12	64	19	-70%
P04	64	HC2	10	36	8	-78%
P05	28	HC1	20	57	36	-37%
P06	33	HC2	12	27	3	-89%
P07	55	HC2	13	47	35	-26%
P08	77	HC2	12	43	25	-42%

Notas: a) PSS-I-5, Escala de Sintomas de TEPT versão entrevista - DSM-5 (Foa et al., 2016); b) Valores negativos indicam uma diminuição da gravidade dos sintomas.

Fontes: Autores.

que a NET é viável nesse contexto, é bem recebida pela equipe e tem alto potencial de disseminação por meio de treinamentos e supervisão. Os principais obstáculos para a implementação da NET nos serviços públicos de saúde brasileiros são a instabilidade do contexto político, a infraestrutura deficiente (por exemplo, falta de salas) e os recursos humanos limitados.

A maioria dos pacientes identificados pelos profissionais de saúde treinados e todos os pacientes que concluíram a NET com sucesso eram mulheres, o que é um reflexo da população que busca atendimento médico nos postos públicos de saúde⁴⁴. Isso deve ser levado em consideração para evitar viés de gênero em estudos clínicos e para iniciativas que desmantelem as barreiras de atendimento a homens que sofrem de transtornos relacionados ao trauma.

Os pacientes encaminhados para este estudo vivenciaram múltiplos eventos traumáticos como resultado de violência familiar e comunitária (ver Tabela 1). Isso está de acordo com o efeito cumulativo do trauma, em que a exposição repetida a experiências traumáticas aumenta o risco de desenvolver TEPT¹⁵. O abuso sexual esteve presente em todos os casos, e a maioria relatou a ocorrência do primeiro abuso na infância. Em consonância com a literatura sobre violência sexual contra crianças no Brasil, o agressor era alguém que elas conheciam e em quem confiavam⁴⁵. O abuso sexual infantil é um problema mundial que afeta a vida de milhões de crianças. Uma meta-análise relatou prevalência global de abuso sexual infantil estimada em 11,8% (18% para meninas e 7,6% para meninos)⁴⁶.

Para a maioria dos pacientes, foi a primeira vez que revelaram a experiência de abuso sexual. Durante a NET, foi possível criar um ambiente seguro para os pacientes lidarem com as emoções de medo, culpa e vergonha. O risco elevado de revitimização quando o trauma permanece sem tratamento também foi observado nessa amostra. Quase todas as mulheres que sofreram abuso na infância relataram ter sido abusadas sexualmente por um parceiro íntimo, o que muitas vezes veio acompanhado de agressões física e psicológica. As ligações entre a exposição à violência durante a infância e o aumento do risco de violência adicional têm sido amplamente relatadas⁴⁷, especialmente quando em relação ao TEPT⁴⁸. É importante ressaltar que a violência sofrida por mulheres e crianças é subnotificada⁴⁹. Um dos motivos pode ser a falta de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para identificar as ocorrências de violência e notificar a rede de

saúde para promover maior acompanhamento desses casos⁵⁰.

Outro problema é a falta de conhecimento sobre TEPT e transtornos associados ao trauma, que muitas vezes permanecem sem diagnóstico no sistema de saúde atual²⁸. Portanto, é urgente a formação de profissionais para identificar sobreviventes de violência e iniciar uma rotina de atendimento a fim de apoiar as famílias, tratar os indivíduos com transtornos associados ao trauma e contribuir para a quebra do ciclo da violência. A NET é especificamente projetada para aqueles que experimentam traumas complexos e múltiplos. A lógica da NET deriva da compreensão dos prejuízos associados aos traumas cumulativos. O presente estudo de série de casos não utiliza um instrumento específico para avaliar traumas complexos, como descrito no CID-11. Indivíduos com histórias de traumas complexos têm que lidar com diferentes formas de experiências traumáticas interpessoais, incluindo abuso sexual, negligência, traição relacional, rejeição, violência física, geralmente desde a infância, mas também na vida adulta. Estudos futuros podem avaliar sintomas de regulação emocional, dificuldades interpessoais, e autoconceito.

Como muitos sobreviventes de violência que sofrem de TEPT têm dificuldade em realizar atividades diárias que são cruciais – como criar condições de vida econômica e social viáveis para eles e suas famílias –, antes de ser uma pré-condição para o tratamento, criar ou mudar para um ambiente mais seguro pode muitas vezes ser o *resultado* de uma intervenção terapêutica bem-sucedida. O tratamento de transtornos associados ao trauma permite que os sobreviventes vivam uma vida autodeterminada e saiam do ciclo de violência. Este estudo, juntamente com publicações anteriores, sugere uma aplicabilidade mais ampla da NET em contextos de desafios contínuos^{33,34,38}. Por exemplo, um estudo anterior mostrou que mulheres iranianas que vivem em um relacionamento abusivo se beneficiaram da terapia NET³¹. O desenvolvimento de intervenções apropriadas de TEPT para populações vulneráveis deve ser visto como uma prioridade e um imperativo de direitos humanos.

Embora seis pacientes tenham experimentado um novo evento potencialmente traumático durante e/ou após a terapia, todos mostraram uma redução dos sintomas de TEPT na entrevista de acompanhamento seis meses após a terapia. Isso sugere os efeitos do tratamento a longo prazo. Três em cada quatro pacientes que mostraram a maior redução dos sintomas de TEPT experi-

mentaram um evento potencialmente traumático durante e/ou após a NET. Portanto, mesmo em ambientes de violência contínua, os pacientes melhoraram substancialmente, o que está de acordo com diferentes estudos, que sugerem que, ao se aplicar a terapia focada no trauma, a melhora dos sintomas pode ocorrer mesmo com ameaça contínua^{31,33,38,51}. Dois pacientes que vivenciaram um novo evento traumático após a terapia ainda preenchiam os critérios de diagnóstico de TEPT. Esse é um achado comum em estudos de tratamento focado no trauma⁵²; contudo, ainda assim uma melhora clínica substancial pode ocorrer, mesmo que os critérios diagnósticos de TEPT permaneçam.

Além disso, Siehl *et al.*³⁵ conduziram uma meta-análise e observaram que os efeitos do tratamento aumentam seis meses ou mais após a NET. Em resumo, os resultados sugerem que a ocorrência de um novo evento traumático não foi determinante para o desfecho do tratamento em nosso estudo, e os pacientes se beneficiaram substancialmente do tratamento. Mostramos que uma breve intervenção como a NET pode reduzir os sintomas de TEPT. Os resultados não podem ser generalizados devido ao tamanho reduzido da amostra. Também não incluímos um grupo de controle; portanto, os resultados não

permitem quaisquer conclusões sobre comparações para melhoria espontânea ou outros tratamentos. A eficácia da NET com populações sob ameaça contínua está sendo investigada em um ensaio clínico randomizado e controlado⁵⁵. Os novos desenvolvimentos da NET incluem o fornecimento da NET online^{53,54} e NETfacts, uma abordagem integrada no nível individual e comunitário para se empenhar no desenvolvimento de comunidades resilientes e informadas sobre traumas^{22,54}.

Conclusão

Esta série de casos mostra o potencial da terapia de exposição narrativa (NET)^{24,25} para o tratamento de pessoas que sofrem de TEPT e que continuam a viver sob a ameaça contínua da violência. Além disso, o estudo mostra que a implantação e disseminação da NET no contexto dos serviços de saúde no Brasil é viável. Novos estudos de caso e controle são necessários para corroborar a evidência existente da NET com pacientes com TEPT expostos à ameaça contínua de violência. Para responder a essa questão, estamos atualmente conduzindo um ensaio clínico randomizado e controlado no Rio de Janeiro⁵⁵.

Colaboradores

F Serpeloni e A Koebach: concepção do estudo, aquisição de financiamento, comitê de ética, pesquisa, supervisão do trabalho de campo, supervisão das equipes de terapia e entrevistas diagnósticas, treinamento das equipes, metodologia, coordenação do projeto, análise dos dados, escrita do manuscrito original e redação final. JA Narrog: trabalho de campo, entrevistas diagnósticas, supervisão de terapias, análise dos dados, escrita do manuscrito original e redação final. B Pickler: trabalho de campo, entrevistas diagnósticas, pesquisa e redação final. SG Assis e JQ Avanci: concepção do estudo, aquisição de financiamento, pesquisa e redação final.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os pacientes, os terapeutas NET dos serviços de saúde no Rio de Janeiro, e aos nossos supervisores do Instituto NET, prof. Thomas Elbert, dra. Elisabeth Schauer, dra. Katy Robjant e dra. Maggie Schauer. Também agradecemos à Faperj, ONG vivo internacional, Inova Fiocruz e Universidade de Konstanz.

Referências

- Ribeiro WS, Mari JJ, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LMP, Figueira I, Bressan RA, Mello MF, Prince M, Ferri CP, Coutinho ESF, Andreoli SB. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One* 2013; 8(5):e63545.
- Avanci JQ, Serpeloni F, Oliveira TP, Assis SG. Post-traumatic stress disorder among adolescents in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2021; 21(1):75.
- Rodrigues NCP, O'Dwyer G, Andrade MK de N, Flynn MB, Monteiro DLM, Lino VTS. The increase in domestic violence in Brazil from 2009-2014. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):2873-2880.
- GBD 2016 Brazil Collaborators. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 392(10149):45-56.
- Fadel SA, Boschi-Pinto C, Yu S, Reynales-Shigematsu LM, Menon GR, Newcombe L, Strong KL, Wang Q, Jha P. Trends in cause-specific mortality among children aged 5-14 years from 2005 to 2016 in India, China, Brazil, and Mexico: an analysis of nationally representative mortality studies. *Lancet* 2019; 393(10176):1119-1127.
- Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saude Publica* 2009; 43(6):944-953.
- Serpeloni F, Nätt D, Assis SG, Wieling E, Elbert T. Experiencing community and domestic violence is associated with epigenetic changes in DNA methylation of BDNF and CLPX in adolescents. *Psychophysiology* 2020; 57(1):e13382.
- World Health Organization (WHO). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: WHO; 2013.
- Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368(9543):1260-1269.
- Serpeloni F, Radtke KM, Hecker T, Sill J, Vukojevic V, Assis SG, Schauer M, Elbert T, Nätt D. Does prenatal stress shape postnatal resilience? An epigenome-wide study on violence and mental health in humans. *Front Genet* 2019; 10:269.
- Moraes CL, Oliveira AGES, Reichenheim ME, Gama SGN, Leal MC. Prevalence of physical intimate partner violence in the first six months after childbirth in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* 2017; 33(8):e00141116.
- Zinzow HM, Ruggiero KJ, Resnick H, Hanson R, Smith D, Saunders B, Kilpatrick D. Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. *J Psychol Psychiatry* 2009; 50(4):441-450.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

14. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(5):748-766.
15. Schauer M, Neuner F, Karunakara U, Klaschik C, Robert C, Elbert T. PTSD and the “building block” effect of psychological trauma among West Nile Africans. *European Society for Traumatic Stress Studies Bulletin*. 2003; 10(2):5-6.
16. Wilker S, Pfeiffer A, Kolassa S, Koslowski D, Elbert T, Kolassa IT. How to quantify exposure to traumatic stress? Reliability and predictive validity of measures for cumulative trauma exposure in a post-conflict population. *Euro J Psychotraumatol* 2015; 6:28306.
17. Luz MP, Coutinho ES, Berger W, Mendlowicz MV, Vilete LM, Mello MF, Quintana MI, Bressan RA, Andreoli SB, Mari JJ, Figueira I. Conditional risk for posttraumatic stress disorder in an epidemiological study of a Brazilian urban population. *J Psychiatric Res* 2016; 72:51-57.
18. Calabrese JR, Prescott M, Tamburrino M, Liberzon I, Slembariski R, Goldmann E, Shirley E, Fine T, Goto T, Wilson K, Ganocy S, Chan P, Serrano MB, Sizemore J, Galea S. PTSD comorbidity and suicidal ideation associated with PTSD within the Ohio Army National Guard. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(8):1072-1078.
19. Brewin CR. The nature and significance of memory disturbance in posttraumatic stress disorder. *Ann Rev Clin Psychol* 2011; 7:203-227.
20. Inman CS, Manns JR, Bijanki KR, Bass DI, Hamann S, Drane DL, Fasano RE, Kovach CK, Gross, RE, Willie JT. Direct electrical stimulation of the amygdala enhances declarative memory in humans. *Proc Natl Acad Sci USA* 2018; 115(1):98-103.
21. Kolassa IT, Ertl V, Eckart C, Kolassa S, Onyut LP, Elbert T. Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2010; 2(3):169-174.
22. Koebach A, Robjant K. NETfacts: a community intervention integrating trauma treatment at the individual and collective level. *Euro J Psychotraumatol* 2021; 12(1):1992962.
23. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behav Res Ther* 2005; 43(4):413-431.
24. Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Narrative exposure therapy: a short-term treatment for traumatic stress disorders*. Gottingen: Hogrefe; 2011.
25. Schauer M, Frank N, Elbert T. *Terapia de exposição narrativa. Um tratamento breve para transtornos de estresse traumático*. São Paulo: Hogrefe; 2021.
26. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1989; 20(3):211-217.
27. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica* 2005; 39(5):695-701.
28. Silva HC, Rosa MMF, Berger W, Luz MP, Mendlowicz M, Coutinho ESF, Portella CM, Marques PIS, Mograbi DC, Figueira I, Ventura P. PTSD in mental health outpatient settings: highly prevalent and under-recognized. *Rev Bras Psiquiatria* 2019; 41(3):213-217.
29. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress* 2011; 24(6):615-627.
30. The Management of Post-Traumatic Stress Working. The VA/DOD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress. *JRRD* 2010; 49(5):430-448.
31. Orang T, Ayoughi S, Moran JK, Ghaffari H, Mostafavi S, Rasouljan M, Elbert T. The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence – a randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother* 2018; 25(6):827-841.
32. Ennis N, Sijercic I, Monson CM. Trauma-focused cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder under ongoing threat: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2021; 88:102049.
33. Koebach A, Carleial S, Elbert T, Schmitt S, Robjant K. Treating trauma and aggression with narrative exposure therapy in former child and adult soldiers: a randomized controlled trial in Eastern DR Congo. *J Consult Clin Psychol* 2021; 89(3):143-155.
34. Robjant K, Koebach A, Schmitt S, Chibashimba A, Carleial S, Elbert T. The treatment of posttraumatic stress symptoms and aggression in female former child soldiers using adapted Narrative Exposure therapy – a RCT in Eastern Democratic Republic of Congo. *Behav Res Ther* 2019; 123:103482.
35. Siehl S, Robjant K, Crombach A. Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. *Psychother Res* 2021; 31(6):695-710.
36. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Zhong J, Rauch S, Porter K, Knowles K, Powers MB, Kauffman BY. Psychometric properties of the posttraumatic stress disorder symptom scale interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychol Assess* 2016; 28(10):1159-1165.
37. Jacob N, Neuner F, Maedl A, Schaal S, Elbert T. Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in postconflict settings: a randomized controlled trial in Rwanda. *Psychother Psychosom* 2014; 83(6):354-363.
38. Köbach A, Schaal S, Hecker T, Elbert T. Psychotherapeutic intervention in the demobilization process: addressing combat-related mental injuries with narrative exposure in a first and second dissemination stage. *Clin Psychol Psychother* 2015; 24(4):807-825.
39. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative exposure therapy for children and adolescents (KIDNET). In: Landolt MA, Cloitre M, Schnyder U, editors. *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents*. London: Springer; 2017. p. 227-250.

40. Elbert T, Hermenau K, Hecker T, Weierstall, Schauer M. FORNET: Behandlung von traumatisierten und nicht-traumatisierten Gewalttätern mittels Narrativer Expositionstherapie. In: Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F, Borchard B, Hrsrg. *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Risk-Management, Methode*. Berlin: Med.-Wiss. Verlag-Ges; 2012. p. 255-276.
41. Robjant K, Koebach A, Schmitt S, Chibashimba A, Carleial S, Elbert T. The treatment of posttraumatic stress symptoms and aggression in female former child soldiers using adapted Narrative Exposure therapy – a RCT in Eastern Democratic Republic of Congo. *Behav Res Ther* 2019; 123:103482.
42. Elbert T, Schauer M, Neuner F. Narrative Exposure Therapy (NET): reorganizing memories of traumatic stress, fear, and violence. In: Cloitre M, Schnyder U, editors. *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders*. London: Springer; 2015. p. 229-253.
43. Catarino FC. *Terapia de Exposição Narrativa (NET): estudo de avaliabilidade em dois serviços de saúde no município do Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
44. Guibu IA, Moraes JC, Guerra AA, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro, OM, Leite, SN, Álvares J. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Suppl. 2):17s.
45. Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5):1129-1141.
46. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment* 2011; 16(2):79-101.
47. Scoglio AAJ, Kraus SW, Saczynski J, Jooma S, Molnar BE. Systematic review of risk and protective factors for revictimization after child sexual abuse. *Trauma Violence Abuse* 2021; 22(1):41-53.
48. Jaffe AE, DiLillo D, Gratz KL, Messman-Moore TL. Risk for revictimization following interpersonal and noninterpersonal trauma: clarifying the role of post-traumatic stress symptoms and trauma-related cognitions. *J Trauma Stress* 2019; 32(1):42-55.
49. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1805-1815.
50. Borburema TLR, Pacheco AP, Nunes AA, Moré CLOO, Krenkel S. Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2017; 12(39):1-13.
51. Kaysen D, Stappenbeck CA, Carroll H, Fukunaga R, Robinette K, Dworkin ER, Murray SM, Tol WA, Annan J, Bolton P, Bass J. Impact of setting insecurity on Cognitive Processing Therapy implementation and outcomes in eastern Democratic Republic of the Congo. *Euro J Psychotraumatol* 2020; 11(1):1735162.
52. Becker DF, Weine SM, Vojvoda D, McGlashan TH. Case series: PTSD symptoms in adolescent survivors of “ethnic cleansing” results from a 1-year follow-up study. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1999; 38(6):775-781.
53. Kaltenbach E, McGrath PJ, Schauer M, Kaiser E, Crombach A, Robjant K. Practical guidelines for online Narrative Exposure Therapy (e-NET) – a short-term treatment for posttraumatic stress disorder adapted for remote delivery. *Euro J Psychotraumatol* 2021; 12(1):1881728.
54. Robjant K, Meyer D, Kaiser E, Kaltenbach E, Schauer M. e-NET: Narrative exposure therapy online. The challenges and opportunities of delivering trauma therapy remotely. *Maltrattamento e Abuso all’Infanzia* 2020; 22(3):11-24.
55. Serpeloni F, Narrog JA, Gonçalves de Assis S, Quintes Avanci J, Carleial S, Koebach A. Narrative Exposure Therapy versus treatment as usual in a sample of trauma survivors who live under ongoing threat of violence in Rio de Janeiro, Brazil: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2021; 22(1):165.
56. Koebach A, Elbert T, Schauer M. Checklist for threats to human life (THL). *Manuscript in preparation*.

Artigo apresentado em 09/12/2021

Aprovado em 15/11/2022

Versão final apresentada em 17/11/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva