



UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
MESTRADO PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA FORENSE

THAÍS SALOMÃO YACOTE

**TERAPIA DE EXPOSIÇÃO PROLONGADA PARA POLICIAIS
MILITARES COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-
TRAUMÁTICO**

CURITIBA

2019



UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
MESTRADO PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA FORENSE

THAÍS SALOMÃO YACOTE

TERAPIA DE EXPOSIÇÃO PROLONGADA PARA POLICIAIS
MILITARES COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-
TRAUMÁTICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Forense
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Giovana Munhoz da Rocha

CURITIBA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

Y12 Yacote, Thaís Salomão.

Terapia de exposição prolongada para policiais militares com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático / Thaís Salomão Yacote; orientadora Prof^a. Dr^a. Giovana Munhoz da Rocha.

77f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2019.

1. Protocolo de terapia de exposição prolongada.
2. Policiais militares. 3. Transtorno de estresse pós-traumático.
I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia/ Mestrado em Psicologia. II. Título.

CDD – 155.9042

Nome: Thaís Salomão Yacote

Título: Terapia de Exposição Prolongada para Policiais Militares com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná para obtenção do título de Mestre em Psicologia Forense.

Aprovado (a) em: / /

Banca examinadora

Professor Doutor Felipe D'Alessandro Ferreira Corchs

Instituição: Universidade de São Paulo - USP

Assinatura: _____

Professor Doutor Walberto Silva dos Santos

Instituição: Universidade Federal do Ceará - UFC

Assinatura; _____

Professora Orientadora Doutora Giovana Munhoz da Rocha

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura: _____

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	6
PARTE I.....	7
PARTE II.....	29
INTRODUÇÃO.....	32
REVISÃO DE LITERATURA	34
Protocolo de Terapia de Exposição Prolongada para TEPT	40
OBJETIVO	50
Objetivo Geral.....	50
Objetivos Específicos	50
HIPÓTESE	50
Método.....	51
Participantes.....	51
Local	51
Instrumentos.....	52
Modelo de intervenção.....	54
Delineamento de sujeito único.....	54
Procedimentos.....	55
Intervenção.....	56
Análise de dados	58
RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	70
Apêndice A.....	75
Apêndice B	77
Apêndice C	78

APRESENTAÇÃO

O presente estudo será apresentado em duas partes, a parte I é um artigo de revisão sistemática que ainda não foi publicado. Este teve como objetivo pesquisar os tipos de intervenções psicoterapêuticas para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em policiais militares e agentes da lei, avaliando a aplicabilidade e a eficácia dessas intervenções. A parte II é a apresentação do estudo que teve como propósito avaliar a eficácia do Protocolo de Exposição Prolongada em policiais militares que apresentassem o diagnóstico de TEPT.

Este protocolo visa diminuir os sintomas relacionados ao TEPT, através de exposições reais e imaginativas feitas de maneira repetida e prolongada, e também, ensinar aos clientes por meio da psicoeducação estratégias de enfrentamento. Policiais militares estão em contato constante com incidentes de risco, portanto, essas são ferramentas essenciais durante o processo.

PARTE I

Intervenções Psicoterápicas com Policiais com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático: uma revisão sistemática

Thaís Salomão Yacote

Murilo Ricardo Zibetti

Giovana Veloso Munhoz da Rocha

Resumo

O objetivo dessa revisão sistemática era caracterizar e avaliar a qualidade de estudos que apresentassem intervenções psicoterápicas com policiais com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Quatro bases de dados foram utilizadas. Os critérios de seleção incluíam qualquer estudo que apresentasse intervenções com agentes da lei que apresentassem diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. A qualidade dos estudos foi avaliada utilizando *Cochrane Risk of Bias Tool* e a ROBINS-I. Sete estudos foram revisados. Terapias de exposição apresentaram forte evidência científica no tratamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Qualidade metodológica para aplicação clínica e pesquisas futuras foram discutidas.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, policiais, intervenção psicoterapêutica

Abstract

The aim of this systematic review was to characterize and evaluate the quality of studies that presented Psychotherapeutic Interventions for police officer with Posttraumatic Stress Disorders. Four data sources were searched. Selection criteria included any studies design with interventions for law enforcement with Posttraumatic Stress Disorder. The quality of the studies was assessed using the *Cochrane Risk of Bias Tool* and the ROBINS-I. Seven studies were reviewed. Scientific evidence of benefit for Posttraumatic Stress Disorder was strong for exposure therapy. Methodological quality for clinical application and future researches recommendations were discussed.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorders, law enforcement, psychotherapeutic interventions

INTRODUÇÃO

As situações enfrentadas por profissionais que atendem os serviços de violência, como é o caso de policiais, frequentemente são imprevisíveis, apresentam risco para suas vidas e para as vidas das vítimas socorridas (Lima & Assunção, 2011). Dentro deste contexto, esses profissionais precisam desenvolver alta discriminação de estímulos do ambiente, habilidades de controle cognitivo, como atenção elevada para

um ágil processo de decisão (Convey, Shucard, Violanti, Lee & Shucard, 2013). Entretanto há indivíduos que não possuem ferramentas comportamentais e emocionais mínimas para as atividades exercidas por policiais.

Um estudo realizado pelo Ministério da Justiça e da Secretaria Nacional da Segurança Pública (Brasil, 2012) visou estabelecer o perfil profissiográfico e o mapeamento das competências necessárias aos cargos das instituições estaduais de Segurança Pública (policiais, bombeiros, etc.). Uma das conclusões apontou para a necessidade de modificar as ações relacionadas à trajetória do profissional na instituição à qual pertence, da seleção até o desligamento. Processos seletivos adequados poderiam evitar a admissão de pessoas com perfil inadequado ou psicopatologias que impedem a realização do trabalho ligado a segurança pública (Santos, 2017).

Souza, Minayo, Silva e Pires (2012) ressaltam que no caso de policiais militares, o nível de estresse tem sido apontado como superior ao de outras categorias profissionais, não apenas devido às características inerentes à profissão, mas também pelo excesso de trabalho e a dinâmica interna dessa instituição que via de regra se fundamenta em rígida disciplina e hierarquia. Portanto, estas condições geram diversos prejuízos à saúde e a qualidade de vida desses profissionais.

A combinação das variáveis perigo e autoridade deixa os policiais em constante pressão por eficiência; e a sensação de estar em perigo os coloca em estado de alerta, podendo fazer com que desenvolvam um comportamento contínuo de desconfiança (Guimarães, Mayer, Bueno, Minari & Martins, 2014). Policiais são expostos a incidentes críticos de maneira repetida, e isso os expõe a um maior risco de desenvolver Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Lima & Assunção, 2011; Maia et al., 2011).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, *American Psychiatric Association*, 2014), TEPT é caracterizado, critério A, pela exposição a um ou mais eventos que incluam guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência de agressão física, exposição excessiva ou extrema a detalhes do evento traumático, como é o caso de profissionais socorristas. Os sintomas estão divididos, no DSM-5 (APA, 2014), em critérios, dentre eles estão: critério B, sintomas intrusivos associados ao evento traumático; critério C, evitação persistentes de estímulos relacionados ao evento traumático; critério D, alterações negativas em cognição e no humor; critério E, comportamento irritadiço e surtos de raiva, comportamentos imprudentes e autodestrutivos, hipervigilância, dificuldade de concentração e perturbação do sono.

A incidência de TEPT em policiais pode variar entre 5 e 16% (Maia et al, 2007; Renck et al, (2002); Witteveen et al., 2007). Em uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, com 738 policiais militares, Souza et al. (2012) constataram que 35,7% dos participantes apresentavam sofrimento psíquico, definido como transtorno psiquiátrico menor, ou doença psiquiátrica não psicótica, devido ao desgaste profissional.

Maia et al. (2007) realizaram um estudo com objetivo de determinar a prevalência de sintomas de estresse pós-traumático na amostra de policiais brasileiros e comparar grupos que apresentavam sintomas com aqueles que não apresentavam. Foram entrevistados 157 policiais de uma unidade de elite da Força da Polícia Estadual do Estado de Goiás, no Brasil. A prevalência de TEPT entre os participantes foi de 8,9%, e os autores consideraram que 16% apresentaram um diagnóstico parcial.

Na literatura nacional, é possível encontrar pesquisas com levantamentos, preditores e causas de TEPT nessa população, mas pouco se tem publicado sobre

intervenções que auxiliam a diminuição dos sintomas e aumentem a qualidade de vida profissional e pessoal dessa população (Nho & Kim, 2017; Schütte, Bär, Weiss e Heuft, 2012; Hartley et al., 2005). Diversos processos de psicoterapias têm demonstrado eficácia no tratamento de TEPT (Castellano & Everly, 2010; Meichenbaum, 2007; Powers et al., 2010; Shapiro, 2014; Taylor et al., 2003; Van den Berg et al., 2015).

O presente artigo tem como objetivo apresentar uma revisão sistemática das pesquisas que realizaram intervenções psicoterapêuticas para o tratamento de TEPT em policiais ou agentes da lei. Tal revisão se faz necessária devido à escassez de intervenções para este público, que sejam cientificamente reconhecidas dada sua efetividade. Portanto, a meta foi levantar publicações cuja intenção era avaliar a eficácia e aplicabilidades dessas intervenções dentro dessa população.

Método

Os estudos relacionados a intervenção com policiais diagnosticados com TEPT foram identificados por meio de busca nos bancos de dados do PubMed/Medline, Lilacs, *PsycInfo* e Scopus. A pesquisa foi realizada em março e abril de 2018, utilizando as seguintes expressões: ("*Law Enforcement*" OR "*Police*") AND "*Stress Disorders, Post-Traumatic*" AND ("*Psychotherapy*" OR "*Intervention*" OR "*Cognitive Therapy*" OR "*Behavioral Therapy*").

Apenas estudos que incluíssem intervenções de psicoterapia com policiais ou agentes da lei que estivessem dentro do critério do DSM-5 (APA, 2014) para TEPT foram incluídos, que são critérios já utilizados no DSM-IV (APA, 1994) e no DSM-III (APA, 1987). Outro critério era que os artigos deveriam estar publicados em inglês, espanhol ou português para serem inseridos na análise.

Inicialmente, por meio dos critérios de busca na base de dados do PubMed/Medline, 36 artigos foram obtidos. Destes, 10 preencheram os critérios de

inclusão. Na base Lilacs, foram encontrados três artigos, dos quais um preencheu o critério de inclusão. Já na *PsycInfo*, a busca resultou em 25 artigos; destes dois estavam repetidos, e apenas um preencheu o critério de inclusão. A busca na base Scopus resultou em 89 artigos; desses 35 eram repetidos, e cinco preencheram os critérios de inclusão.

Após a análise dos resumos realizada por dois juízes, um total de sete estudos foram incluídos, conforme se observa na Figura 1 que representa o diagrama PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group, 2009). Todas e quaisquer discrepâncias foram resolvidas por consenso. Os artigos obtidos que não foram incluídos possuíam as seguintes limitações: 1. não apresentaram intervenção psicoterapêutica, 2. não tinham na sua amostra policiais ou agentes da lei, 3. eram revisões de literatura, 4. estavam em outra língua que não português, espanhol ou inglês, ou 5. não foi possível acesso ao artigo em texto completo mesmo após a utilização de diferentes ferramentas de busca.

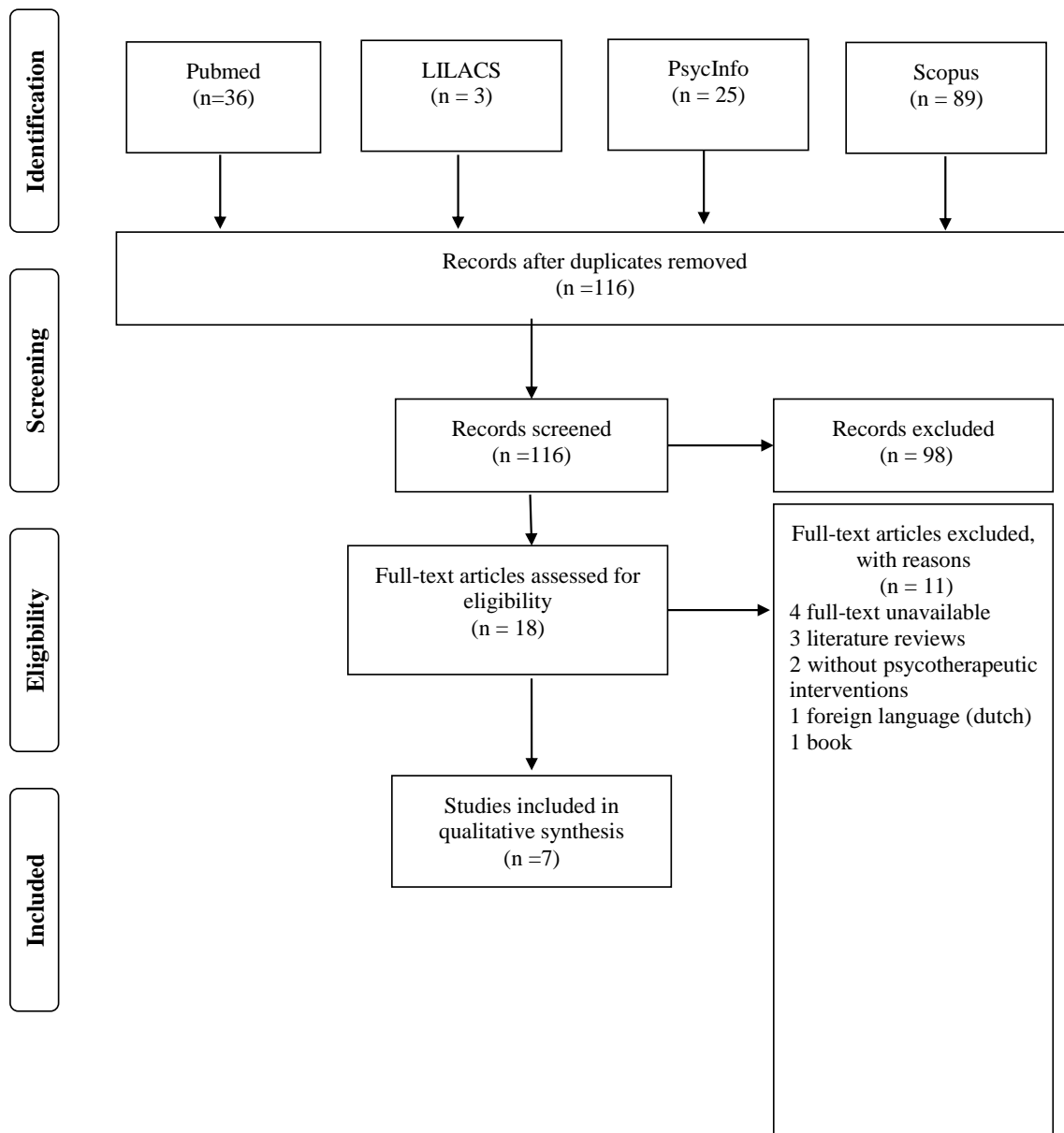


Figura 1. Diagrama PRISMA.

A Tabela 1 traz o resumo dos sete artigos selecionados, apresentando seu título, autores, país, quem compôs a amostra, qual o tipo de intervenção, resultados apresentados pelos autores e bases de dados onde foram encontrados. Dos sete estudos encontrados, três foram realizados no continente europeu, dois na América do Sul, um na do Norte e um na Ásia.

Tabela 1.
Resultados

Título	Autores	País	Amostra	Intervenção	Resultados	Base de dados
The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatised firefighters in Saudi Arabia: A randomized controlled study	Alghamdi, Hunt & Thomas (2015)	Arábia Saudita	34 bombeiros	Terapia de Exposição Narrativa	Redução dos sintomas de TEPT em todos os participantes após a intervenção, mas não se sustentou nos <i>follow-ups</i> de 3 e 6 meses	Pubmed
Police officers under attack: resilience implications of an fMRI study	Peres et al. (2011)	Brasil	36 participantes. Grupo experimental: 12 policiais com diagnóstico de TEPT.	Terapia de Exposição e Reestruturação Cognitiva (ECRT)	Grupo experimental mostrou 37% menos sintomas de TEPT após a psicoterapia.	<i>PsycInfo</i>
Vicarious trauma and first responders: a case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as the primary treatment modality.	Keenan & Royle (2007)	Estados Unidos	1 policial	Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares (EMDR)	Verbalização de crenças e pensamentos que podem ser relacionados a melhora. Ausência de desconforto residual. Retirada da medicação e retorno aos deveres operacionais policiais.	Pubmed
Heart rate responsivity to script-driven imagery in posttraumatic stress disorder: Specificity of response and effects of psychotherapy	Lindauer et al. (2006)	Holanda	54 participantes. Grupo experimental: 12 civis com TEPT e 15 policiais com TEPT.	Psicoterapia Eclética Breve (BEP).	Resposta psicofisiológica maior taxa de batimento cardíaco quando expostos ao áudio do trauma em ambos os grupos. Habituação ocorreu no grupo experimental de civis. Não foi possível realizar o pós teste com o grupo experimental dos policiais.	Scopus
Cambios sintomáticos en policías con estrés postraumático y psicoterapia de grupo	Vallejo (2001)	Colômbia	8 policiais (7 homens e 1 mulher).	Terapia psicanalista de grupo. Pré teste e pós teste: Clinician-Administered PTSD Scale - CAPS	O único critério que apresentou diferença significativa foram os sintomas de reexperiênciação.	Lilacs

Tabela 1. (continuação)
Resultados

Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder.	Gersons, Carlier, Lamberts & Kolk (2000)	Holanda	42 policiais holandeses. Grupo experimental: 22 policiais.	Psicoterapia Eclética Breve (BEP)	Tratamento efetivo de maneira geral na diminuição dos sintomas de TEPT. Ao final da intervenção, a diferença entre os grupos foi significativa em todos os critérios.	Pubmed
A new technique for treating post-traumatic stress disorder	Muss (1991)	Reino Unido	19 policiais	Técnica de “rebobinar”	Todos os pacientes reportaram estarem se sentindo melhor no <i>follow-up</i> que aconteceu uma semana depois	Pubmed

Avaliação da qualidade dos artigos

Cada um dos estudos foi avaliado por risco de enviesamento e qualidade metodológica. Estudos randômicos controlados foram avaliados utilizando as ferramentas *Cochrane Risk of Bias Tool* (Higgins et al., 2011) e ROBINS-I (Sterne et al., 2016). Estudos não randomizados foram avaliados utilizando a ROBINS-I.

A Terapia de Exposição Narrativa foi utilizada no estudo de Alghamdi, Hunt e Thomas (2015) e contou com a participação de 34 bombeiros. O estudo foi realizado de maneira randômica. Os participantes sabiam se participariam da intervenção ou não, uma vez que o grupo controle foi mantido em uma lista de espera. Os terapeutas também sabiam que estavam realizando a intervenção no grupo experimental.

Foram realizados testes de pré e pós-teste, utilizando a Scale of Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS) (Carlson, 2001), para avaliar a taxa de prevalência de TEPT. A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983) foi utilizada para mensurar depressão e ansiedade. A Brief COPE scale (Carver, 1997) avaliou habilidades de enfrentamento. Para determinar suporte social aplicaram a Social Support scale de Jaber (2012).

Os resultados foram apresentados e expostos, sem ocultar dados provenientes da intervenção. Os autores realizaram análises de maneiras variadas e múltiplas com métodos estatísticos válidos: teste ANCOVA para análise de covariância, teste T e ANOVA para medidas repetidas.

O estudo brasileiro realizado avaliando a Psicoterapia de Reestruturação Cognitiva e Exposição (ECRT) (Peres et al., 2011) com 36 policiais, possuía grupo experimental formado por 12 policiais com TEPT. Havia dois grupos controle, sendo um com 12 policiais (com diagnóstico parcial de TEPT), mas que não passou pela intervenção (grupo 2); e outro grupo (grupo 3) com 12 policiais saudáveis e resilientes.

Todos os participantes foram recrutados da mesma população. Possuíam critérios de inclusão e exclusão claros e consistentes. Apresentara um grupo experimental claramente definido e diferenciado do grupo controle de maneira randômica.

O estudo apresentou diversos instrumentos de pré e pós-teste. As imagens por ressonância magnética funcional (fMRI) dos três grupos antes e depois da intervenção, a Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV (SCID, First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1995) e a Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS, Blake et al., 1990).

Utilizaram ainda o Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), o Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988), a Impact of Event Scale (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979), Dissociative Experiences Scale (Fizman, Cabizuca, Lanfredi & Figueira, 2004) e o Resilience Quotient Test (Reivich & Shatte, 2002, validado por Barbosa, 2006). Os participantes deram importância a fatores tais como espiritualidade e religião, o que fez com que os pesquisadores utilizassem a Brief Religious Coping (RCOPE, Pargament, Koenig & Perez, 2000) e o Duke Religious Index (DUREL, Koenig, Parkerson & Meador, 1997) no pré e pós-teste.

O estudo de Peres et al. (2011) apresentou uma pergunta de pesquisa clara, uma população bem definida e específica, justificando o tamanho da amostra. Os autores puderam confirmar que o TEPT decorreu de um evento traumático anterior a intervenção. Dois pesquisadores independentes avaliaram os participantes dos grupos experimental e controle no pré e pós-teste. Os resultados foram analisados e correlacionados por meio de testes estatísticos válidos: correlação de Pearson e Spearman.

O estudo de caso americano, publicado por Keenan e Royle (2007) com um policial que passou por um trauma vicário, ou seja, o evento traumático não ocorreu com ele e sim, com terceiros. Foi utilizada Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares (EMDR, Shapiro, 1989). Este procedimento usa estimulação bilateral ocular, alterando o foco da direita para esquerda. O cliente segue o movimento da mão do terapeuta enquanto se concentra mentalmente na experiência traumática.

Não foram realizados pré-teste nem pós-teste no estudo de Keenan e Royle (2007), não houve grupo controle. Entretanto o sujeito foi selecionado dentro de critérios de inclusão e exclusão específicos e os autores puderam identificar que o evento ocorreu antes do desenvolvimento de TEPT. Os autores não justificaram a decisão de realizar uma pesquisa com delineamento de sujeito único, tampouco a decisão de utilizar apenas um participante. Nenhum método estatístico foi utilizado para comprovar os resultados e conclusões.

Dois estudos realizados na Holanda utilizaram a Psicoterapia Eclética Breve (BEP, Gersons & Carlier, 1994) como método de intervenção. A BEP incorpora técnicas de intervenção utilizadas em protocolos com bases cognitivo-comportamentais como: psicoeducação, orientação imaginativa, tarefas de casa e reestruturação cognitiva. Também inclui uma abordagem com foco psicodinâmico e um ritual de despedida no final do tratamento (Gersons, Carlier, Lamberts & Kolk, 2000; Lindauer et al., 2006).

Ambos estudos apresentaram uma pesquisa de pergunta clara, foi direcionada a uma população específica e detalhada. As amostras para os grupos experimentais e controles foram selecionadas da mesma população através de critérios bem definidos e consistentes. Os autores puderam identificar que o evento traumático que desencadeou o TEPT ocorreu antes do início da intervenção.

No primeiro estudo (Lindauer et al., 2006), participaram 30 policiais e 24 civis. O grupo experimental era formado por 15 policiais e 12 civis que apresentavam diagnóstico para TEPT e no grupo controle estavam 15 policiais e 12 civis. Como instrumentos de pré e pós-teste os autores desenvolveram *scripts* (áudios de relatos gravados durante as sessões) sobre o evento traumático, um evento neutro (como escovar os dentes) e um estressante baseado num evento não traumático pessoal. Os áudios eram tocados para cada um dos participantes na ordem: neutro, estressante e traumático. Os sujeitos escutavam os scripts e eram instruídos a imaginar cada um dos eventos da maneira mais vívida possível, como se eles estivessem realmente os revivenciando (Lindauer et al., 2006).

No pré e pós-teste também foram utilizadas a Structured Interview for Posttraumatic Stress Disorder for DSM-IV, embora nas referências, os mesmos autores citem o DSM-III (SI-PTSD, Davidson, Smith & Kudler, 1989) para o diagnóstico de TETP. Aplicaram também a Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID, First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996), a List of Traumatic Events and the Police Life Event Scale (PLES, Carlier & Gersons, 1992), além de entrevistas semiestruturadas.

As respostas fisiológicas foram aferidas por meio de batimento cardíaco, pressão sanguínea arterial e diastólica, através de um aparelho oscilométrico no braço esquerdo. A coleta ocorria dois minutos antes do início da intervenção, durante a escuta e quatro minutos depois de cada áudio ser tocado. O State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) era aplicado para determinar o escore subjetivo de ansiedade após cada áudio.

Lindauer et al. 2006 realizaram análises estatisticamente válidas das variáveis, utilizando teste qui-quadrado para variáveis categóricas e análise de variância multivariada (MANOVA) para variáveis contínuas. Os autores, entretanto, não

mencionaram a justificativa relacionada ao tamanho da amostra, também não menciona a existência de pesquisadores independentes na análise dos resultados.

No segundo estudo holandês (Gersons et al., 2000) participaram 42 policiais. Eles foram divididos em dois grupos; 22 no grupo controle e 20 no grupo experimental. Os autores descrevem o estudo como randômico, mas no método não descrevem adequadamente como o processo foi realizado. Tanto participantes quanto pesquisadores sabiam se eram parte da intervenção ou do grupo controle. Dois terapeutas diferentes avaliaram de maneira independente os resultados obtidos.

Foi realizada uma structured interview (SI-PTSD, Davidson, Smith & Kudler, 1989) com base no DSM-III (APA, 1987), o Symptom Checklist (SCL-90, Derogatis, 1994) para mensurar os efeitos da psicoterapia e a Anxiety Disorders Interview Schedule—Revised (DiNardo & Barlow, 1988) para avaliar existência de comorbidades. Todos os instrumentos foram utilizados em pré e pós-teste. Os resultados dos testes foram analisados de maneira estatisticamente apropriada e válida. Entretanto, não foi descrito se análises variadas ou múltiplas dos resultados foram realizadas.

Na psicoterapia em grupo com base psicanalítica realizada na Colômbia (Vallejo, 2001), participaram oito policiais (sete homens e uma mulher). Selecionados de acordo com critérios bem definidos de inclusão e exclusão. Entretanto, não há existência de um grupo controle. Como instrumento de pré-teste e pós-teste foi utilizada a *Clinician-Administered PTSD Scale* – CAPS (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Charney & Keane, 1995) que mensura a intensidade e frequência dos sintomas de TEPT. Foi realizada análise estatística dos resultados do grupo com o teste paramétrico de Wilcoxon, mas não foram feitas de maneira repetida.

O estudo de Muss (1991) foi selecionado por atender aos critérios de inclusão estabelecidos no início da revisão, entretanto apresenta fragilidade no método do artigo. O estudo foi realizado com 19 policiais, o autor não utilizou teste de pré ou

pós-teste e não houve grupo controle. Não há uma explicação clara do método, nem descrição da intervenção.

DISCUSSÃO

O objetivo dessa revisão era caracterizar e avaliar sistematicamente intervenções psicoterapêuticas para policiais militares com Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Intervenções com esse objetivo têm aumentado e as publicações ainda são escassas. É importante que as evidências encontradas para esse tratamento sejam avaliadas, por isso o critério relacionado ao tipo de intervenção realizada foi mantido amplo para que um maior número de estudos fosse encontrado.

A qualidade de alguns dos artigos que foram selecionados na seleção dos *abstracts* foi baixa, com estudos sem desenho metodológicos apropriados e sem descrição adequada das intervenções. Apenas sete artigos estavam dentro dos critérios de inclusão, sendo o mais recente de 2015. Artigos mais atuais focam em levantamento de dados e caracterização da população, e não em intervenções.

Algumas limitações devem ser consideradas nessa revisão. O número de estudos encontrados (n=7) foi pequeno, mesmo com critérios de inclusão amplos. Foi utilizado o termo “*law enforcement*” na busca de artigos, que possui uma definição diferente do português para o termo “policial” ou “policial militar”. Outra limitação foi a falta de acesso ao texto completo de alguns dos artigos mesmo quando esgotado os recursos de busca disponíveis aos pesquisadores.

Foram selecionados sete estudos com seis tipos de intervenções diferentes para o tratamento de TEPT: Terapia de Exposição Narrativa, Terapia de Exposição e Reestruturação Cognitiva (ECRT), Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares (EMDR), Psicoterapia Eclética Breve (BEP), Terapia psicanalítica de grupo e Técnica de “rebobinar”. Estudos que utilizaram terapias baseadas em exposição imaginativa ou sensorial apresentaram evidência científica,

mesmo com desenhos diferentes. Os instrumentos utilizados no pré e pós-teste desses estudos demonstraram uma diminuição significativa nos sintomas de TEPT.

Os estudos incluídos nessa revisão variaram em qualidade. Aspectos importante da metodologia, por vezes, não foram realizados ou não reportados. Para melhorar a qualidade dos estudos com intervenções psicoterápicas para TEPT, sugere-se, que pesquisadores considerem alguns fatores importantes ao desenharem seus estudos: existência de um grupo controle; certificar-se de que seja um estudo cego tanto para terapeutas quanto para participantes; seleção randomizada dos participantes; definição clara da população a ser trabalhada; tamanho apropriado da amostra; definição clara do evento traumático, incluindo data do ocorrido; detalhar rigorosamente a intervenção escolhida; reportar com detalhes a análise realizada. Isso ajudará a melhorar a qualidade dos estudos nessa área, e conseqüentemente, a qualidade da evidência apresentada.

Os participantes dos artigos selecionados nessa revisão eram na sua maioria do sexo masculino e policiais militares, tendo estudos que também focaram sobre policiais do sexo feminino, bombeiros e civis. Foram apresentados estudos de diferentes países, com diversos tipos de incidentes traumáticos como incidentes com armas de fogo, trauma vicário. Entretanto a maior parte dos estudos apenas se referiu aos traumas como estando dentro do critério A do DSM III, IV ou 5 (APA, 1987, 1994, 2014). Aponta-se a necessidade de uma maior especificação em relação aos traumas sofridos pelos participantes, principalmente em relação ao tempo, quando que o incidente ocorreu e há quanto tempo o participante apresenta sintomas de TEPT.

Há evidência positiva para o uso de terapias de exposição para o tratamento de TEPT em policiais militares. Estudos que apresentaram a utilização desse tipo de intervenção apresentaram evidência científica forte em relação aos seus resultados que refletiram na melhora dos sintomas apresentados entre o pré e o pós-teste. A terapia

narrativa é conduzida de maneira similar as terapias de exposição, e apresentou resultados similares.

A intervenção psicanalítica de grupo e a técnica de rebobinar não puderam ser apropriadamente avaliadas porque os artigos não apresentaram um desenho metodológico adequado. Não foi realizado nenhum teste estatístico ou apresentação gráfica dos resultados e as intervenções não foram detalhadas, o que prejudica a possibilidade de replicação desses estudos. Estudos futuros são necessários para garantir a eficácia dessas intervenções, ressaltando a importância de investir em estudos com terapia de exposição para o tratamento TEPT, com dados sendo reportados de maneira mais rigorosas, realizando estudos controlados e randômicos.

CONCLUSÃO

Durante a pesquisa por intervenções psicoterapêuticas para policiais militares ou agentes da lei com TEPT foi possível perceber que a maior parte delas ainda tem como objetivo realizar um levantamento da prevalência desse diagnóstico. Apenas sete estudos focaram em intervenções para a melhora e diminuição desses sintomas.

É notório que ainda não há consenso em relação a intervenção mais adequada para TEPT em policiais. Terapias com exposição foram as mais utilizadas, e mesmo com desenhos diferentes apresentaram resultados benéficos, ocorrendo diminuição dos sintomas de TEPT e habituação (Peres et al., 2011; Keenan & Royle, 2007; Lindauer et al., 2006; Gersons et al., 2000).

Os efeitos terapêuticos das terapias de exposição podem estar relacionados ao aprendizado de extinção, o qual constrói uma nova hierarquia de respostas e substitui gradualmente o condicionamento de medo. Os resultados obtidos mostram que a resiliência pode ser desenvolvida e que a psicoterapia pode afetar esse processo de aprendizagem (Peres et al., 2001).

Fica clara a necessidade de mais pesquisas nessa área. Intervenções psicoeducacionais com policiais que visem aumentar o conhecimento da importância de tratamento e que quebrem a barreira do preconceito existente dentro dessa instituição fundamentada em hierarquia rígida e disciplina militar (Souza, Minayo, Silva & Pires, 2012) podem ser uma alternativa. O conhecimento pode fazer com que essa população se permita ser ajudada, através dessas ferramentas existentes, visto que a incidência deste diagnóstico em policiais militares é significativa.

Referências

- Alghamdi, M., Hunt, N., & Thomas, S. (2015). The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatised firefighters in Saudi Arabia: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.008>
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV)*. São Paulo: Manole.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed.
- Barbosa, G. S. (2006). Validação e Aplicação do Questionário do Índice de Resiliência: Adulto Reivich-Shatté [Validation and application of the Reivich-Shatté Adult Resilience Index]. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Beck, A. T., Epstein N., Brown, G., & Steer, R. A.. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Blake, D., Weathers F., Nagy L., Kaloupek, D., Charney, D., & Keane, T. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, D., Kaloupek, G., Klauminzer, D., Charney, D., et al. (1990). *Clinician- Administered PTSD Scale (CAPS)*. Boston MA: National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, Behavioural Science Division Boston-VA.

- Brasil. Secretaria Nacional de Segurança Pública. (2012). *Perfil dos cargos das instituições estaduais de segurança pública: estudo profissiográfico e mapeamento de competências*. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública.
- Carlier, I. V.E., & Gersons, B. P.R. (1992) Development of a scale for traumatic incidents in police officers. *Psyciatria Fennica*, 23, 59–70.
- Castellano, C., & Everly, G. S. Jr. (2010). Large group intervention for military reintegration: peer support & Yellow Ribbon enhancements. *International Journal of Emergency Mental Health*, 12(3), 171-179. PMID: 21473367
- Convey, T. J., Shucard, J. L., Violanti, J. M., Lee J. & Shucard D. W. (2013). The effects of exposure to traumatic stressors on inhibitory control in police officers: A dense electrode array study using a Go/NoGo continuous performance task. *International Journal of Psychophysiology*, 87(3), 363-375. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2013.03.009>
- Davidson, J. T. R., Smith, R., & Kudler, H. S. (1989). Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumatic stress disorder: Experiences with a structured interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 336–341. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-198906000-00003>
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (3rd edition). Minneapolis: National Computer Systems.
- DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Scale—Revised*. Albany, NY: Center for Phobia and Anxiety Disorders.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). *Structured clinical Interview for DSM-IV*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders—Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0)*. New York.
- Fiszman, A., Cabizuca, M., Lanfredi, C., & Figueira, I. (2004). The cross-cultural adaptation to Portuguese of the dissociative experiences scale for screening and quantifying dissociative phenomena. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 164-173. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000300006>
- Gersons, B. P. R., & Carlier, I. V. E. (1994). Treatment of work related trauma in police officers: Posttraumatic stress disorder and posttraumatic decline. In M. B. Williams & J. F. Sommer (Eds.), *Handbook of posttraumatic therapy* (pp. 325–333). Westport, CT: Greenwood.
- Gersons, B. P. R., Carlier, I. V. E., Lamberts, R. D., & Van der Kolk, B. A. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with

posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 333–347. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1007793803627>

- Guimarães, L. A. M., Mayer, V. M., Bueno, H. P. V., Minari, M. R. T., & Martins, L. F. (2014). Síndrome de burnout e qualidade de vida de policias militares e civis. *Revista Sul Americana de Psicologia*, 2(1), 98-122. Retirado de: <http://www.revista.unisal.br/am/index.php/psico/article/view/32>
- Hartley, T. A., Violanti, J. M., Sarkisian, K., Andrew, M. E., & Burchfiel, C. M. (2005). PTSD symptoms among police officers: associations with frequency, recency, and types of traumatic events. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7, 241-253. PMID: 24707587
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., ... Cochrane Statistical Methods Group. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343, d5928. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218. doi: 0033-3174/79/03020910
- Keenan, P., & Royle, L. (2008). Vicarious trauma and first responders: a case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as the primary treatment modality. *International Journal of Emergency Mental Health*, 9(4), 291-298. PMID: 18459532
- Koenig, H., Parkerson Jr., G. R., & Meador, K. G. (1997). Religion index for psychiatric research. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 885-886. doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.885b>
- Lima, E. P., & Assunção, A. A. (2011). Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma revisão sistemática de literatura. *Revista Brasileira Epidemiol*, 14(2), 217-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200004>
- Lindauer, R. T. L., Van Meijel, E. P. M., Jalink, M., Olf, M., Carlier, I. V. E., & Gersons, B. P. R. (2006). Heart rate responsivity to script-driven imagery in posttraumatic stress disorder: Specificity of response and effects of psychotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 33–40. doi: <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000188566.35902.e7>
- Maia, D. B., Marmar, C. R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger W., Mendlowicz, M. V., et al. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 97, 241-245. doi: 10.1016/j.jad.2006.06.004
- Meichenbaum, D. (2007). Stress Inoculation Training: A preventive and treatment approach. In: P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk e W. S. Sime, *Principles and Practice of Stress Management* (pp. 497-518). Guilford Press.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Medicine, 6(7). doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Muss, D. C. (1991). A new technique for treating post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 30(1), 91–92. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1991.tb00924.x>
- Nho, S. M., & Kim, E. A. (2017). Factors Influencing Post Traumatic Stress Disorder in Crime Scene Investigators. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(1), 39–48. doi: 10.4040/jkan.2017.47.1.39
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519–543. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1)
- Peres, J. F. P., Foerster, B., Santana, L. G., Ferreira, M. D., Nasello, A. G., Savoia, M., ... Lederman, H. (2011). Police officers under attack: Resilience implications of an fMRI study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 727–734. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.004>
- Plant, B. (2001). Psychological trauma in the police service. *International Journal of Police Science & Management*, 3(4), 327–349. doi: <https://doi.org/10.1177/146135570100300405>
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak M. P., Gillihan S.J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635–641. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.007.
- Reivich, K., & Shatte, A. (2002). *The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles*. New York e USA: Brodway Books e Random House.
- Renck B., Weisaeth L., & Skarbo S. (2002). Stress reactions in police officers after a disaster rescue operation. *Nord J Psychiatry*, 56(1), 7–14. doi:10.1080/08039480252803855
- Santos, P. A. O. (2017). O Perfil Psicológico de Policiais de Dois Grupos de Elite. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Forense da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2017.
- Schütte, N., Bär, O., Weiss, U., & Heuft, G. (2012). Prediction of PTSD in police officers after six months - A prospective study. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1339–1348. doi: http://dx.doi.org.ez196.periodicos.capes.gov.br/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39419
- Shapiro, F. (1989). Eye Movement Desensitisation: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), 211–217. doi: [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6)

- Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. *The Permanent Journal*, 18(1), 71-77. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-098>.
- Smith, M. H., & Brady, P. J. (2006). Changing the face of Abu Ghraib through mental health intervention: U.S. Army mental health team conducts debriefing with military policemen and Iraqi detainees. *Military Medicine*, 171(12), 1163–1166. doi: <https://doi.org/10.7205/MILMED.171.12.1163>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Souza, E. R., Minayo M. C. de S., Silva, J. G., & Pires, T. de O. (2012). Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(7), 1297-1311. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700008>
- Sterne, J. A., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., ... Higgins, J. P. (2016). ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*, i4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330–338. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.330>
- Vallejo, Á. R. (2011). Symptomatic changes in police officers with post-traumatic stress and group psychotherapy [Cambios sintomáticos en policías con estrés postraumático y psicoterapia de grupo]. *Terapia Psicológica*, 29(1), 13–23. Retirado de: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-79960479349&partnerID=40&md5=e821126eee16fcc06b96682e8742700a>
- Van den Berg, D. P. G., Bont, P. A. J. M., Van der Vleugel, B. M., Roos, C., Jongh, A., Minnen, A. V. et al. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259-267, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2637.
- Witteveen A. B., Bramsen I., Twisk J. W. R., Huizink A. C., Slottje P., Smid T. et al. (2006). Psychological distress of rescue workers eight and one-half years after professional involvement in the Amsterdam air disaster. In: Witteveen, A. B. *The long-term aftermath of the Amsterdam air disaster: Psychological wellbeing of professionally involved rescue workers* (pp. 83-98). Netherlands: Ponsen & Looijen BV.

PARTE II

Yacote, T. S. (2018). *Terapia de Exposição Prolongada para Policiais Militares com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de concentração Psicologia Forense. Universidade Tuiuti do Paraná – Curitiba/PR.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o protocolo de Terapia de Exposição Prolongada para Transtorno de Estresse Pós-Traumático utilizado com policiais militares que apresentavam este diagnóstico. Dois policiais militares e um bombeiro militar participaram da pesquisa. O primeiro participante, policial militar, não concluiu o processo. As sessões foram realizadas no consultório da pesquisadora. Como instrumentos de pré e pós-teste foram utilizados *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL) e o Inventário de Ansiedade Beck (BAI). As sessões eram individuais com duração de 90 a 120 minutos cada, foram realizadas um total de nove sessões com cada um dos participantes. O protocolo é composto por sessões de psicoeducação, exposições imaginativas e exposições reais realizadas como tarefa de casa pelo cliente. A eficácia das exposições foi mensurada pela Escala Subjetiva de Desconforto (SUDS) prevista no protocolo. Os dados foram apresentados por meio de inspeção visual da análise comparativa dos valores dos testes no pré e nos pós-teste e os valores de SUDS representados por tabelas. Os resultados mostram que houve uma diminuição no escore bruto geral dos testes e da escala SUDS das exposições reais e imaginativas. Estudos futuros com maior número de participantes são necessários para que seja possível comparar os resultados da intervenção entre sujeitos.

Palavras-chave: **protocolo de terapia de exposição prolongada, policiais militares, transtorno de estresse pós-traumático**

Yacote, T. S. (2018). *Prolonged Exposure Therapy for Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder*. Master's dissertation in Psychology, area of study Forensic Psychology. Universidade Tuiuti do Paraná – Curitiba/PR.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the Prolonged Exposure Therapy Protocol for Posttraumatic Stress Disorder with police officer. Two police officers and one firefighter took part on this research. The first participant, a police officer did not finish the protocol. The sessions took place in the researcher's office. As pre-test and a posttest the *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5), Lipp's Inventory of Stress Symptoms for Adults (ISSL) and Beck's Anxiety Inventory (BAI) were used. The sessions were individual and lasted from 90 to 120 minutes each, there was a total of nine sessions with both participants. The protocol is divided in psychoeducation sessions, imaginative exposure and in vivo exposures, which are assigned as homework. The efficacy of the exposures was measured by the Subjective Units of Discomfort Scale (SUDS) suggested within the protocol. Data were presented into tables and the analysis was made by the visual inspection of the comparative values from the pre and posttest and from the SUDS Scales. Results showed a decrease in the total score in the tests and on the SUDS scale of the in vivo and imaginative exposures. Future studies with a bigger number of participants are required so it is possible to compare the intervention results between the subjects.

Keyword: prolonged exposure protocol, police officers, posttraumatic stress disorder

INTRODUÇÃO

A incidência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência pode variar entre 5-16% de acordo com estudos realizados por Berger et al. (2011), Lima, Assunção e Barreto (2015), Maia et al. (2007), Renck et al. (2002) e Witteveen et al. (2007). Em uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, no Brasil, com 738 policiais militares, Souza et al. (2012) constataram que 35,7% dos participantes apresentavam sofrimento psíquico devido ao desgaste profissional.

Esses profissionais precisam atuar em situações de risco, de emergências ou desastres de maneira eficaz e efetiva, expondo suas vidas e assistindo aqueles que estão ao seu redor fazer o mesmo. As consequências dessas atividades podem trazer prejuízos para a saúde mental, o que prejudica o seu desempenho psicossocial e profissional.

Convey et al. (2013) constataram que policiais com sintomas de ansiedades estão mais propensos a atirar de maneira inapropriada em incidentes críticos simulados. Plant (2001) aponta que a exposição repetida a esses tipos de incidentes, como é potencialmente o caso de ocupação de alto-risco, pode resultar em um vício comportamental. O indivíduo se torna dependente da situação de excitação, violência ou trauma e parece não conseguir realizar suas funções efetivamente sem isso.

Pesquisas nesta área ainda são escassas (Ellrich & Baier, 2015; Lima & Assunção, 2011; Maia et al., 2011; Plant, 2001). A questão cultural brasileira reduz as chances de o profissional buscar a ajuda adequada ao ser exposto ao estresse decorrente de sua atuação. Além disso, grande parte das corporações não reconhecem a consequência prejudicial da atuação dos próprios funcionários.

O presente trabalho teve como intuito demonstrar a utilização do protocolo de Terapia de Exposição Prolongada com Policiais Militares que apresentem diagnóstico

de TEPT. Esse protocolo é uma intervenção baseada em evidências e que pode servir como ferramenta para esta instituição na qual esse diagnóstico se mostra muito frequente.

REVISÃO DE LITERATURA

As situações enfrentadas por profissionais que atendem os serviços de emergência frequentemente são imprevisíveis, apresentam risco para suas vidas e para as vidas das vítimas socorridas (Lima & Assunção, 2011). O trabalho desses profissionais exige alta atenção, discriminação de estímulos do ambiente e habilidades de controle cognitivo para um ágil processo de decisão (Convey, Shucard, Violanti, Lee & Shucard, 2013).

De acordo com o Art. 144, §5º, da Constituição Federal (Brasil, 1988), a segurança pública é dever do Estado, que cumpre por meio das forças policiais, representadas pela polícia federal, polícia rodoviária federal, polícia ferroviária federal, polícia civil, policiais militares e corpo de bombeiros. O artigo ainda preceitua que às polícias militares compete o policiamento ostensivo e a preservação da ordem pública.

Souza, Minayo, Silva e Pires (2012) ressaltam que no caso de policiais militares, o nível de estresse tem sido apontado como superior ao de outras categorias profissionais. Não apenas devido à atividade profissional que exercem, mas também pelo excesso de trabalho e a dinâmica interna dessa instituição que se fundamenta em uma rígida disciplina e hierarquia.

Os autores também destacam que todo o estresse envolvido em ser policial militar, dentro e fora da corporação, faz com que esses indivíduos fiquem em constante estado de alerta aos perigos. Essa condição emocional constante gera diversos prejuízos à saúde e a qualidade de vida desses profissionais (Souza, Minayo, Silva & Pires, 2012).

No trabalho policial existe uma combinação de variáveis, perigo e autoridade, que os deixa em constante pressão por eficiência. A sensação de estar em perigo os coloca em estado de alerta e pode fazer com que desenvolvam um

comportamento contínuo de desconfiança (Guimarães, Mayer, Bueno, Minari, & Martins, 2014).

De acordo com Oliveira e Santos (2010), o cansaço físico e a falta de equilíbrio emocional podem levar esses profissionais a assumirem atitudes irracionais durante crises e situações caóticas. Isto gera prejuízos ao desempenho do exercício profissional, o que coloca em perigo tanto eles próprios quanto a população em geral.

A exposição constante a eventos ocupacionais adversos pode influenciar negativamente na saúde mental desses profissionais. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um dos problemas que podem acometer policiais que são expostos a incidentes críticos de maneira repetida; podendo-se afirmar que estão sob maior risco de desenvolvê-lo do que a média população. (Lima & Assunção, 2011; Maia et al., 2011).

O estudo realizado por Maia et al. (2011) indica que os sintomas de estresse pós-traumático podem causar um funcionamento psicossocial e profissional empobrecido. Apesar de policiais brasileiros serem frequentemente expostos a uma grande quantidade de acidentes críticos, preditores de TEPT ainda são desconhecidos nessa população.

De acordo com o DSM-5 (*American Psychiatry Association*, 2014), no critério A, o TEPT é caracterizado pela exposição a um ou mais eventos traumáticos. Por exemplo, guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência de agressão física, violência sexual, sequestro, ataque terrorista, tortura, encarceramento, e exposição excessiva ou extrema a detalhes do evento traumático, como é o caso de profissionais socorristas.

Os sintomas estão divididos em mais 4 critérios. Estão no critério B, sintomas intrusivos associados ao evento traumático, como lembranças, sonhos, reações dissociativas, sofrimento psicológico e reações fisiológicas intensas. Critério C,

evitação persistentes de estímulos relacionados ao evento traumático, desde recordações e pensamentos até pessoas, lugares e situações. Critério D, alterações negativas em cognição e no humor, como incapacidade de recordar aspectos importantes do evento, distanciamento em relação aos outros, incapacidade de sentir emoções positivas. Critério E, comportamento irritadiço e surtos de raiva, comportamentos imprudentes e autodestrutivos, hipervigilância, dificuldade de concentração e perturbação do sono (APA, 2014).

Enquanto a maioria das pessoas se recupera bem de traumas, efeitos psicológicos a longo prazo podem resultar em impactos adversos no desempenho de trabalho. Algumas pessoas podem não conseguir voltar a trabalhar, há aumento de absentismo devido a doenças, apresentam sintomas como distúrbios do sono, baixo nível de concentração, comportamento evitativo e irritabilidade (Plant, 2001).

Maia et al. (2007) entrevistaram 157 policiais de uma unidade de elite da Força da Polícia Estadual do Estado de Goiás, no Brasil. O objetivo do estudo era determinar a prevalência de sintomas de estresse pós-traumático na amostra de policiais e comparar grupos que apresentavam sintomas com aqueles que não apresentavam. A prevalência de TEPT entre os participantes foi de 8,9%, e os autores consideraram que 16% apresentaram um diagnóstico parcial.

Foram levantados questionamentos referentes à percepção dos entrevistados em relação a sua saúde. Dos participantes que apresentavam sintoma de TEPT, 64,3% responderam que consideravam sua saúde como regular ou ruim. Enquanto apenas 6% do grupo com TEPT parcial fez essa mesma avaliação. A média do número de consultas médicas, considerando os últimos dois meses foi duas vezes mais alta para aqueles diagnosticados com o TEPT, quando comparados com os sem diagnóstico, cujas internações médicas foram 4,6 vezes mais frequentes (Maia et al., 2007).

Lima, Assunção e Barreto (2015) realizaram um estudo transversal de base censitária com 711 bombeiros na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais. A prevalência encontrada de casos prováveis de TEPT foi de 6,9%, similar às taxas encontradas em outros grupos de profissionais de emergências e superior à encontrada na população geral. A hipótese é de que a natureza das atividades desempenhadas pelos bombeiros influencie negativamente a saúde mental, independente de outros estressores ocupacionais (Lima & Assunção, 2011).

Figueira e Mendlowicz (2003), ainda ressaltam que indivíduos que tenham sofrido um trauma e desenvolvido TEPT raramente irão trazer essa questão à vista. É necessário que o clínico faça uma investigação minuciosa, num ambiente seguro e acolhedor, para que a vítima se sinta segura e confiante para relatar o ocorrido. Considerando as características da organização da polícia é possível constatar que para essa população as dificuldades de relatar o trauma e de buscar ajuda se ampliam.

Na literatura, é possível encontrar pesquisas com levantamentos, preditores e causas de TEPT em policiais militares. Entretanto, pouco se tem publicado sobre intervenções que auxiliam a diminuição dos sintomas e aumentem a qualidade de vida profissional e pessoal dessa população. Diversas terapias cognitivo-comportamentais têm demonstrado eficácia para o tratamento de TEPT (Meichenbaum, 2007; Powers et al., 2010; Shapiro, 2014; Taylor et al., 2003; Van den Berg et al., 2015).

O Treinamento de Inoculação de Estresse (*Stress Inoculation Training* - SIT) tem como objetivo ensinar habilidades de enfrentamento para que o indivíduo aprenda a lidar com os sintomas de TEPT. Meichenbaum (2007) afirma que o SIT auxilia sobreviventes a tomarem ciência de como alguns comportamentos mantêm e aumentam o sofrimento derivado dos sintomas de TEPT.

O SIT ajuda a construir uma narrativa mais adaptativa, a elaborar o que aconteceu, a buscar comportamentos direcionados a resolução de problemas, regulação

emocional, aceitação e habilidades de enfrentamento. Ele é comumente utilizado como uma ferramenta suplementar a outras formas de intervenção, como Terapia de Exposição Prolongada (Meichenbaum, 2007).

A Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR*) é uma abordagem que se baseia na ativação de memórias traumáticas com ajuda dos estímulos bilaterais ocular, alternando o foco visual de um lado para o outro. Esses estímulos bilaterais alternados geram uma ativação mais eficaz dos dois hemisférios cerebrais, e isso faz com que o processamento das informações seja mais integrado e completo (Shapiro, 2014).

A EMDR possui dois mecanismos de ação importantes, a exposição e a reestruturação cognitiva. Ela proporciona um processamento adequado das memórias traumáticas, e é capaz de trazer uma melhora significativa em curtos períodos de tempo (Shapiro, 2014).

A Terapia de Exposição Prolongada (*Prolonged Exposure Therapy – PE*), de acordo com Hembree, Rauch e Foa (2003), tem como objetivo reduzir a severidade dos sintomas crônicos de TEPT. O tratamento é realizado em sessões individuais de 90 a 120 minutos, totalizando de 9 a 12 encontros. O protocolo é composto de psicoeducação, momento em que são explicados os sintomas de TEPT e quais comportamentos os mantêm, como a evitação de situações que remetam ao trauma e reações comuns aos traumas. Junto com treinamentos de respiração, exposições ao vivo que abordam situações seguras e narração de memórias traumáticas. As autoras enfatizam que exercícios designados para serem realizados em casa, o encorajamento para práticas de exposição e a reeducação respiratória são aspectos primordiais para o tratamento.

Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan e Foa (2010) realizaram uma meta-análise com o objetivo estimar a eficácia da utilização da PE para o TEPT. Essa terapia

foi considerada pela *American Psychological Association's Division 12*, que gerencia tratamento psicológicos empiricamente testados, como um tratamento com uma boa base empírica para ser utilizado com indivíduos que tenham diagnóstico de TEPT. A PE também foi escolhida por grandes administrações de saúde internacionais devido a sua eficácia.

Na metanálise realizada por Powers et al. (2010) foram selecionados 13 estudos com uma amostra total de 675 participantes. A primeira análise mostrou um alto efeito de PE versus o grupo controle (Hedge's $g=1,08$ [SE=0,20, 95% CI: 0,069 para 1,46, $p<0,001$]). Mesmo que ao final não tenha sido apontada uma diferença expressiva entre a PE e outros métodos ativos de tratamentos, como SIT e EMDR. Os autores concluíram que a PE é um tratamento altamente eficaz para TEPT e traz ganhos substanciais que são mantidos ao longo do tempo (Powers et al., 2010).

Na revisão realizada por Nemeroff et al. (2006), o tratamento escolhido pelo *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)* foi o Protocolo de Terapia de Exposição Prolongada como um programa modelo para disseminação mundial. Um estudo realizado por Harned, Korslund e Lnehan (2014) avaliou a eficácia da integração de tratamentos para TEPT. Em um grupo foi utilizada Terapia Dialética Comportamental (*Dialectical Behavior Therapy – DBT*), e em outro a DBT juntamente com a PE. Essa combinação dos tratamentos trouxe melhoras maiores e mais estáveis e dobrou a taxa de remissão entre aqueles que completaram o tratamento (80% vs 40%). Esses pacientes também apresentaram 2,4 vezes menos propensão à tentativa de suicídio e 1,5 vezes menos propensão a automutilação do que aqueles que foram tratados apenas com DBT.

A Terapia de Exposição Prolongada não é recomendada para sobreviventes que não estejam dispostos a enfrentar o trauma ou a tolerar um aumento temporário dos níveis de ansiedades e sintomas de TEPT, e para pessoas perpetradoras de danos nas

quais a culpa é a emoção predominante, o que faz com que programas de exposição tenham maiores taxas de desistência (20,5%) (Hembree, Rauch & Foa, 2003; Hembree, Foa, Dorfan, Street, Kowalski & Tu, 2003). Indivíduos que apresentem ideação suicida ou comportamentos homicidas necessitam de uma atenção clínica especial focada para esses comportamentos, e antes que isso seja trabalhado, o tratamento com foco no trauma também não é indicado (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

A PE é uma intervenção terapêutica que envolve exposição imaginativa repetida da memória traumática e exposição ao vivo a situações seguras que são evitadas pelo indivíduo após ter desenvolvido TEPT (Hembree, Rauch e Foa, 2003). É o protocolo de psicoterapia de exposição baseada em evidência mais estudado no mundo, e existem diversos testes randômicos controlados que atestam sua eficácia (Mott et al., 2014, Ruzek et al., 2014; Foa et al., 2005; Taylor et al., 2003). Estudos demonstram que intervenções com a PE levam a uma significativa diminuição dos sintomas TEPT, e por vezes a remissão total desses sintomas, fazendo com que os participantes não alcancem mais os critérios diagnósticos de TEPT (Van den Berg et al. 2015; Eftekhari et al., 2013).

Protocolo de Terapia de Exposição Prolongada para TEPT

O Protocolo de Terapia de Exposição Prolongada (PE, Foa, Hembree e Rothbaum, 2007), é composto de 9 a 12 sessões de psicoterapia com duração de 90 a 120 minutos cada. PE é derivada da Terapia de Processamento Emocional para TEPT, que enfatiza o papel central de processar a memória traumática para diminuir os sintomas. Processamento emocional é o mecanismo base para que a redução de sintomas de TEPT seja bem-sucedida. Segundo as autoras o objetivo geral do processamento emocional é auxiliar clientes a processar emocionalmente sua experiência traumática para diminuir sintomas relacionados ao trauma.

Atualmente, variantes de terapia de exposição, incluindo o PE, têm recebido diversas evidências empíricas sobre sua eficácia no tratamento de TEPT (Foa et al., 2018; Horesh, Qian, Freedman & Shalev, 2017; Smith et al., 2015; Peres et al., 2011). Entretanto, ainda não se pode afirmar se é devido ao processamento emocional ou ao aprendizado de extinção que as exposições proporcionam para as respostas condicionadas de medo (Peres et al., 2011; Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

Mesmo assim, a terapia de exposição tem demonstrado alta eficácia, com ou sem componentes cognitivos comportamentais, para uma ampla gama de populações, incluindo mulheres sobreviventes de violência sexual, de abuso infantil, e sobreviventes de ambos os gêneros que tenham sido expostos a experiências traumáticas, como acidentes de trânsito, tortura, vitimização criminal e guerra (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

Quando desenvolvida, a PE teve como base a Teoria de Processamento Emocional, utilizada por Foa e Kozak (1985, 1986) como uma estrutura para entender os transtornos de ansiedade e os mecanismos subjacentes à terapia de exposição. O ponto inicial para a Teoria de Processamento Emocional é a noção de que o medo é representado na memória como uma regra que é a forma como o indivíduo aprendeu que deve se comportar para escapar do perigo.

Dentro do seu repertório comportamental essa emoção está associada a diversos estímulos, por exemplo, se o indivíduo aprendeu que ursos são perigosos (regra) e ao se deparar com um urso apresenta um respondente de aceleração dos batimentos cardíacos ocorre um emparelhamento, ou seja, ele associa aceleração dos batimentos cardíacos com estar com medo. Quando esse emparelhamento tem como estímulo uma ameaça real, temos como resposta um comportamento adequado e adaptativo, isto é, uma resposta eficaz a ameaça. Assim, sentir medo ou pavor na

presença de um urso e agir para escapar são respostas apropriadas e podem ser vistas como reações normais e adaptativas de medo (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

De acordo com Foa e Kozak (1986), o condicionamento da resposta de medo se torna patológico quando (1) ocorrem associações entre estímulos que não representam com exatidão o mundo (erro de estímulo), (2) resposta de fuga e esquiva são evocadas por estímulos inofensivos, (3) respostas facilmente ou excessivamente evocadas interferem com o comportamento adaptativo, e (4) estímulos inofensivos e respostas são erroneamente associadas com o significado de ameaça. Duas condições são necessárias para modificar resposta condicionada de medo considerada patológica, e assim diminuir os sintomas de ansiedade. Primeiro, essa resposta tem que ser evocada, senão não fica disponível para modificações; segundo, novas informações que sejam incompatíveis com informações erradas condicionadas a esta resposta devem estar disponíveis. Quando isso ocorre, estímulos que costumavam evocar sintomas de ansiedade se tornarão neutros.

Deliberar e confrontar sistematicamente um estímulo (situação ou objeto) que seja temido, apesar de ser seguro ou ter baixa probabilidade de causar perigo, encaixa-se nessas duas condições. A exposição a estímulos aversivos evoca a resposta de medo e ao mesmo tempo fornece informações realistas sobre a probabilidade e o custo das consequências temidas. Além do medo da ameaça externa (ser atacado novamente), a pessoa pode ter formado autorregras sobre a ansiedade em si que são contestados durante a exposição, como, por exemplo, a autorregra de que a ansiedade irá fazer com que a pessoa “perca o controle” ou “fique louca”. Essa nova informação que é adquirida durante a sessão de terapia de exposição, possibilita um novo pareamento em relação ao estímulo ou a um estímulo similar, ocorrendo habituação e como consequência, a redução dos sintomas (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

A resposta de medo subjacente ao TEPT, de acordo com Foa, Hembree e Rothbaum (2007), é evocada por um grande número de estímulos que estão erroneamente associados ao significado de perigo. Essa afirmação corrobora com o que foi exposto no estudo de Peres et al. (2011) sobre as exposições ensinarem o indivíduo a colocar em extinção essas respostas de medo.

Devido ao grande número de estímulos que são percebidos como perigosos, indivíduos com TEPT percebem o mundo como inteiramente perigoso. Além disso, representações de como uma pessoa se comporta durante um trauma, seus sintomas subsequentes, e a interpretação negativa de sintomas de TEPT estão associadas com o significado de ser incompetente. Essas duas autorregras (“o mundo é muito perigoso”, “eu sou completamente incapaz de lidar com ele”) promovem a severidade de sintomas de TEPT, o que, por sua vez, reforça essas autorregras, criando um ciclo.

O processo de recuperação natural está relacionado ao manejo realizado logo após um incidente traumático. O foco deve ser conter e atenuar a resposta emocional, ou seja, ajudar a pessoa traumatizada a recuperar o controle emocional, restaurar comunicações interpessoais e encorajá-la a retomar suas atividades (Zohar, Sonnino, Juven-Wetzler & Cohen, 2009). Para tanto, os autores indicam uma atuação direcionada as necessidades básicas do indivíduo, como redução de estresse, cuidado com as necessidades fisiológicas, fornecimento de informação e orientação, localização de fontes de suporte e ênfase na expectativa de retorno à normalidade.

Outra recomendação, nesse período, é não administrar intervenções psicofarmacológicas, como o uso de benzodiazepínicos (Davidson, 2006). Esse psicotrópico suprime a resposta de cortisol, hormônio associado a resposta traumática, o aumento do nível de cortisol está associado a diminuição do indicador de medo, e isso pode atenuar a resposta natural do cérebro ao trauma (Soraiva et al., 2006).

Zohar, Juven-Wetzler, Sonnino, Cwikel-Hamzany, Balaban e Cohen (2011) sugerem não patologizar a resposta traumática com terapia em grupo ou *debriefing* e encorajar o processo espontâneo de recuperação. Os autores indicam os “3Ps” (acrônimo para as palavras em inglês) sobre o que o não fazer durante o manejo de estresse agudo: não patologizar, não psicologizar e não farmacologizar.

O desenvolvimento de TEPT crônico se dá pela ausência de um processamento adequado da memória traumática devido a uma intensa esquivas de tudo que lembre o trauma. Por isso que a terapia para TEPT deve promover o processamento emocional. O comportamento de medo é evocado, na PE, pelo confronto deliberado de pensamentos, imagens e situações (estímulos aversivos) relacionadas ao trauma, via exposição imaginativa e real, e da aprendizagem que as autorregras formadas em relação a eles mesmos e ao mundo são imprecisas (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

Foa, Hembree e Rothbaum (2007) ainda ressaltam que evitar memórias traumáticas e lembranças relacionadas ao trauma é mantido através do processo de reforçamento negativo, ou seja, a ansiedade diminui a curto prazo. A longo prazo, a evitação mantém o medo relacionado ao trauma através do impedimento do processamento emocional. Quando essas memórias e lembranças são confrontadas, PE bloqueia esse repertório comportamental de esquivas, assim reduz um dos fatores primários que mantém o TEPT.

Outro mecanismo envolvido é a habituação da ansiedade, que desmente autorregras de que a ansiedade irá durar para sempre ou que irá apenas diminuir se for evitada. Clientes aprendem que podem tolerar seus sintomas e que ter esses sintomas não significa que estão ficando loucos ou perdendo o controle, medos que normalmente indivíduos com TEPT sentem (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

Exposição imaginativa e real ajudam os clientes a diferenciar eventos traumáticos de outros que sejam similares, mas não sejam perigosos. Isso permite que

eles percebam o trauma como um evento específico que ocorreu naquele local e naquele tempo. Isso ajuda a refutar a percepção de que o mundo é inteiramente perigoso e que eles são completamente incapazes, a discriminar entre passado e presente e perceber que, pensar sobre o evento não é perigoso. Revisitar e recontar o trauma repetidamente também dá ao cliente a oportunidade de avaliar os aspectos do evento de maneira precisa. Todas essas mudanças reduzem sintomas de TEPT e trazem um senso de controle e competência (Hembree, Rauch & Foa, 2003).

As informações a seguir foram retiradas do Guia do Terapeuta para Terapia de Exposição prolongada para TEPT (2007). De acordo com o guia, o protocolo inclui os seguintes procedimentos:

- Conhecimento sobre reações comuns ao trauma;
- Treinamento respiratório;
- Exposição real repetida a situações ou objetos que o cliente tem evitado porque causam sofrimento ou ansiedade relacionados ao estresse;
- Exposição imaginativa prolongada e repetida às memórias traumáticas, por exemplo, revisitar ou recontar a memória traumática no imaginário.

O componente de psicoeducação da PE começa na primeira sessão com a apresentação da lógica do tratamento para o cliente. Além de fornecer uma visão geral do programa, introduz-se a ideia de que evitar lembranças traumáticas mantém os sintomas de TEPT e sofrimento relacionados ao trauma e que o protocolo se contrapõe diretamente a tal evitação. Essa lógica é repetida e elaborada em várias sessões com a introdução da base da intervenção de PE: exposição imaginativa e real (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

A psicoeducação continua na segunda sessão com a discussão de Reações Comuns ao Trauma. O terapeuta revê com o cliente os sintomas, emoções e comportamentos comuns que ocorrem no surgimento de uma experiência traumática,

com o objetivo de evocar e discutir as reações do próprio cliente sobre a experiência traumática e a normalização dessas reações no contexto de TEPT (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

O manual (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007) introduz o treinamento respiratório na primeira sessão. O objetivo é fornecer ao cliente uma habilidade útil e prática para reduzir a tensão geral e ansiedade que interferem com o funcionamento diário do cliente, por exemplo, no trabalho. Com algumas exceções, é instruído aos clientes que não usem o treinamento respiratório durante os exercícios de exposição porque o objetivo é que eles experienciem sua habilidade de lidar com as memórias relacionadas ao trauma e situações sem ferramentas especiais. A habilidade de respirar não é crítica para o processo e resultado de PE.

A exposição real a situações seguras, atividades, locais e objetos que o cliente esteja evitando por causa da ansiedade e sofrimento relacionados ao trauma é apresentada na segunda sessão. Cria-se, então, uma lista com todas essas situações, e a escala de Unidade Subjetiva de Desconforto (SUDS) é apresentada para o cliente (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

Esta escala varia de 0-100 dependendo da quantidade de desconforto, sofrimento e ansiedade, o cliente sente para cada uma das situações (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007). Para estabelecer uma linha de base de comparação, é perguntado ao cliente qual situação seria um nível zero, um 50 e um 100 de desconforto. Por exemplo, estar em casa sentado no sofá assistindo televisão seria um zero, um SUDS 50, no caso de um dos policiais, era fazer trabalhos noturnos, e o nível 100, geralmente é estar na situação traumática novamente.

Para as diversas situações colocadas na lista, o cliente, dá uma nota de SUDS, de como ele se sente naquele momento dentro do consultório. A partir disso, em todas as sessões seguintes, terapeuta e cliente irão escolher quais exercícios o cliente

deve praticar. Deve-se levar em consideração o nível de sofrimento e o repertório dele para completar as tarefas com sucesso. Recomenda-se iniciar as situações que apresentam menor nível de SUDS e ir aumentando o nível sistematicamente. Essa lista é reavaliada na quinta ou sexta sessão, e depois ao final do tratamento.

Na maior parte das vezes, os clientes conduzem as exposições reais como tarefa de casa entre as sessões, mas se um exercício é particularmente difícil, o terapeuta e o cliente podem fazer juntos. Durante as tarefas de casa pede-se para que o cliente também anote o nível de SUDS: antes de começar a exposição (pré), depois que terminou (pós) e qual foi o nível de SUDS mais alto durante a exposição (pico) (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

A exposição imaginativa (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007), revistar a memória traumática no imaginário, se inicia na terceira sessão. Ela consiste na visualização e narração do evento traumático em voz alta e é conduzida em cada sessão de tratamento dali por diante. Após a exposição imaginativa é realizado o processamento daquilo que foi exposto, neste momento o terapeuta tenta ajudar o cliente a discriminar quais comportamentos estão mantendo os sintomas de TEPT e as consequências deles para sua vida atual. O objetivo da exposição real e imaginativa, como explicado na lógica do tratamento, é aumentar o processamento emocional dos eventos traumáticos para ajudar o cliente a enfrentar as memórias traumáticas e as situações que estão associadas a elas.

Foa, Hembree e Rothbaum (2007) indicam que seja perguntado o nível de SUDS do cliente durante a exposição imaginativa em um intervalo de cinco minutos. Esse número também deve se referir ao momento presente, durante o exercício de exposição dentro do consultório. Pede-se também que o cliente grave sua própria exposição para que a ouça em casa como tarefa de casa. Essa tarefa também será avaliada na escala SUDS, com valores de pré, pós e pico.

Assim, os clientes aprendem que as memórias do trauma, e as situações ou atividades que estão associadas a essas memórias, não são as mesmas do que o trauma em si. Eles aprendem que podem experienciar seguramente essas lembranças e que a ansiedade e o estresse que inicialmente resultavam do confronto com essas lembranças diminuem com o tempo. Aprendem que podem tolerar esse sofrimento (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

Estudos recentes corroboram com a premissa de que a PE auxilia na redução da severidade dos sintomas de TEPT. Em um estudo realizado por Horesh, Qian, Freedman e Shalev (2017) com 756 indivíduos que sobreviveram a traumas foi constatado, após a utilização do protocolo, uma diferença significativa nos pré e pós testes que mensuraram a severidade dos sintomas de TEPT.

Smith et al. (2015) realizaram um estudo utilizando uma adaptação do protocolo com veteranos de guerra. Iniciaram a pesquisa com 67 participantes dos quais 49 completaram todo o protocolo. Os resultados mostraram uma diferença significativa na redução dos sintomas de TEPT e também de depressão no pós-teste, com tamanho do efeito entre 0,76 e 1,37 para TEPT e de 0,59 a 0,79 para depressão.

Foa et al. (2018) também realizaram um estudo com 370 militares comparando quatro grupos. O primeiro grupo utilizou o protocolo de PE em intervenções que duraram duas semanas (n=110), o segundo com o protocolo com duração de oito semanas (n=110), o terceiro com terapia sem foco no trauma (n=110) e o quarto sem intervenção nenhuma (n=40).

A diferença na duração no tratamento não interferiu na eficácia do tratamento, tanto o tratamento com duração de duas semanas quanto o de oito apresentaram redução na severidade dos sintomas de TEPT. Entretanto, foi possível perceber que na intervenção mais curta a taxa de desistência foi de 15% enquanto a do tratamento regular foi de 32% (Foa, 2018).

Face ao exposto, o presente trabalho visou avaliar um Protocolo de Terapia de Exposição Prolongada para uma população específica: policiais militares. Esta população encontra-se sob constante pressão, e incidentes durante o trabalho, podendo desencadear TEPT.

OBJETIVO

Objetivo Geral

Avaliar o Protocolo de Terapia de Exposição Prolongada como método de intervenção para redução de sintomas de TEPT em policiais militares.

Objetivos Específicos

- Realizar psicoeducação sobre os comportamentos que mantêm o TEPT.
- Apresentar reações comuns a um evento traumático.
- Conduzir exposições imaginativas e exposição reais relacionadas ao evento traumático para diminuir sintomas de TEPT apresentados inicialmente pelos participantes.

HIPÓTESE

A intervenção diminuirá os níveis de sintomas de estresse pós-traumático do policial militar que tenha sido exposto a um trauma com diagnóstico de TEPT.

Método

Participantes: Contou-se com dois policiais militares e um bombeiro que sofreram alguma situação traumática em serviço e que, de acordo com os critérios do DSM-5 (APA, 2014), apresentavam sintomas de TEPT.

Critérios de inclusão:

- Ser policial militar, de ambos os sexos, estar em serviço ativo;
- Ter sofrido um incidente considerado de alto-risco pela definição da corporação (por exemplo, incidentes com armas de fogo e incêndios) e que esteja dentro dos critérios A do DSM-5 (APA, 2014) há pelo menos 30 dias;
- Apresentar diagnóstico de TEPT de acordo com o PCL-5;
- Aceitar o convite da pesquisadora.

Critérios de exclusão:

- Estar fazendo tratamento psicofarmacológico;
- Estar participando de outro tipo de tratamento psicoterápico.

Local: Consultório particular da pesquisadora. A sala é composta por um sofá próximo a porta, uma poltrona localizada na frente do sofá, duas mesas pequenas de apoio, uma ao lado do sofá onde foi colocado o gravador das sessões e outra ao lado da poltrona, uma mesa de retangular próxima a janela que fica no sentido oposto da porta.

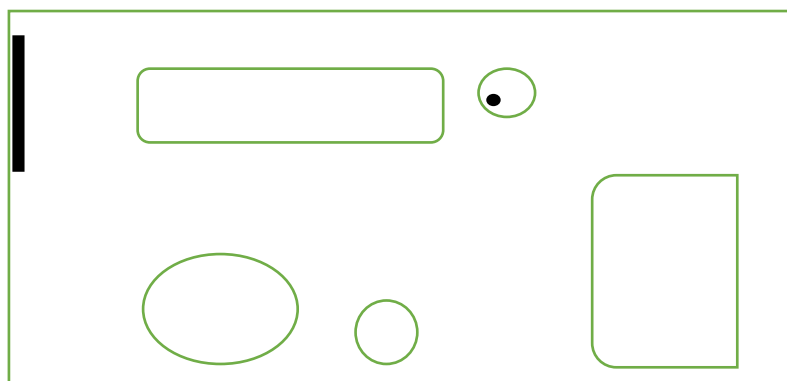


Figura 1. Ambiente das intervenções.

Instrumentos: Foram utilizados três instrumentos, o *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5, Weathers et al., 2013) na versão autorizada, traduzida e adaptada para o português do Brasil (Osório et al., 2017). O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL, Lipp, 2000) e o Inventário de Ansiedade Beck (BAI, Cunha, 2001).

PCL-5: É um instrumento de autoavaliação composto por 20 itens que mensuram os sintomas de TEPT, entre os seus objetivos estão: avaliar as mudanças de sintomas durante e após o tratamento, identificar indivíduo com TEPT, e realizar um diagnóstico provisório de TEPT. Ele pode ser respondido por participantes de um estudo de pesquisa de maneira autônoma, ou seja, é um instrumento de autorrelato. Demora de 5-10 minutos para ser respondido. A pontuação total que demonstra a severidade dos sintomas e varia de 0-80 pontos, é obtida por meio da soma da pontuação de cada um dos 20 itens. A pontuação da severidade das categorias de sintomas do DSM-5 (APA, 2014) pode ser feita pela soma dos itens dentro de cada critério, critério B (sintomas intrusivos, itens 1 a 5), critério C (evitação, itens 6 e 7), critério D (alteração da cognição e humor, itens 8 a 14) e critério E (hipervigilância, itens 15 a 20). Quando um item é avaliado com pontuação de 2 pontos ou mais, este item se torna relevante para o diagnóstico provisório. Para o diagnóstico completo segue-se a regra do DSM-5 que exige pelo menos, um item do critério B, um do C, dois itens do critério D e dois do E (Weathers et al., 2013).

ISSL (Lipp, 2000): Fornece uma medida objetiva da sintomatologia do estresse. A aplicação demora aproximadamente 10 minutos e pode ser realizada em grupo ou individualmente. O Instrumento é composto por três quadros referentes às fases do estresse. O primeiro quadro, composto de 15 itens refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas. O segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos; e está relacionado aos sintomas experimentados na última semana. E o terceiro quadro, composto de 12

sintomas físicos e 11 psicológicos, refere-se a sintomas experimentados no último mês. No total, o ISSL apresenta 37 itens de natureza somática e 19 psicológicas, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade e seriedade. Os resultados se dão em quatro fases: fase de alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão, como é possível observar na Tabela 1.

Tabela 1

Fases do Stress do LIPP

	Fases do Stress	Resultado Bruto
Fase 1	Alerta	7-15
Fase 2	Resistência	4-9
Fase 3	Quase Exaustão	10-15
Fase 4	Exaustão	9-23

BAI: É uma escala de autorrelato que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade que pode ser respondida de forma auto-administrada com tempo de aplicação de 5 a 10 minutos ou, pode ser aplicada de forma oral, levando cerca de 10 minutos. É composta por 21 itens, que podem ser respondidos numa escala de *likert* de 4 pontos (absolutamente não, levemente, moderadamente e gravemente). A pontuação total é de 63 pontos, os níveis dos escores considerados, como apresentado na Tabela 2, são: mínimo: 0 - 10; leve: 11 - 19; moderado: 20 - 30; grave: 31 – 63 (Cunha, 2001).

Tabela 2

Níveis dos escores do BAI

Nível	Escores
Mínimo	0-10
Leve	11-19
Moderado	20-30
Grave	31-63

Modelo de intervenção

Para a intervenção foi utilizado o Protocolo de Terapia de Exposição Prolongada. O processo iniciou com uma entrevista inicial com os participantes para verificar se os mesmos preenchiam os critérios de inclusão. Na mesma sessão, os testes PCL-5 (Osório et al., 2017; Weathers et al., 2013), ISSL (Lipp, 2000) e BAI (Cunha, 2001) eram aplicados. Os testes foram reaplicados na quarta e na oitava sessão. No total, foram realizadas uma entrevista e oito sessões baseadas no Protocolo de Exposição Prolongada (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007) como exposto na Tabela 3.

Tabela 3

Modelo de Intervenção

Pré-teste	Intervenção	Pós-teste
PCL-5 <i>Standard version</i>	Protocolo de Terapia de Exposição Prolongada	PCL-5 <i>Standard version</i>
BAI	Sessão 1: explicação do programa.	BAI
ISSL	Sessão 2: introdução a exposição ao vivo.	ISSL
	Sessão 3: introdução exposição imaginativa. E reaplicação dos testes (PCL-5 <i>Standard version</i> , BAI e ISSL)	
	Sessões 4-8 (ou 4-11): exposição imaginativa e exposições ao vivo.	
	Sessão 9 (ou 12): exposição imaginativa; revisar progresso e encerramento.	

Delineamento de sujeito único

Foi utilizado o delineamento de sujeito único (Figura 2) que se caracteriza por tratar os sujeitos individualmente. Isso não implica na utilização de um único sujeito, mas sim, em um manejo específico das decisões relativas ao próprio delineamento e do processamento dos dados. Neste tipo de delineamento, os sujeitos são expostos a uma série de condições e o seu desempenho é medido repetidamente para

que se verifique uma possível relação entre as condições manipuladas no experimento e as alterações nessas medidas (Matos, 1990).



Figura 2. Representação do delineamento experimental de caso único

Conforme observa-se na figura 2, a condição “A” é de psicoeducação que nas três primeiras sessões é feita de maneira detalhada, e continua sendo utilizada em todas as outras sessões do protocolo para retomar o que mantém os sintomas do TEPT. A “B” é a exposição real que entra como tarefa de casa, o cliente inicia na quarta sessão e continua até o final do tratamento. A “C” é a exposição imaginativa, na qual o cliente reconta de maneira repetida e prolongada o que aconteceu no dia do trauma. Essa exposição começou na quarta sessão e foram realizadas em todas as demais até o final do protocolo.

Procedimentos: A pesquisadora solicitou ao Comandante Geral da Polícia Militar autorização para realizar a pesquisa (Apêndice A) e a Declaração de Infraestrutura (Apêndice B). Após a autorização ser concedida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná. Com a autorização do Comitê, a pesquisadora entrou em contato com o psicólogo responsável pelo Serviço de Assistência Social do Comando Geral da Polícia Militar para que fossem encaminhados os policiais com suspeita de TEPT.

A pesquisadora entrou em contato com os policiais e marcou uma entrevista inicial na qual explicou os objetivos da pesquisa. Foi apresentado o TCLE (Apêndice C). Após a explicação e assinatura do mesmo, a pesquisadora aplicou o PCL-5 (Osório et al., 2017; Weathers et al., 2013) para verificar se o policial se encaixava nos critérios

de inclusão da pesquisa, em caso positivo, era convidado para participar das sessões de intervenção.

Na mesma sessão era aplicado o teste ISSL (Lipp, 2000) e o BAI (Cunha, 2001). A partir disso, foram realizadas sessões de 90 a 120 minutos baseadas no Protocolo de Exposição Prolongada (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007). Os testes foram aplicados em 3 momentos diferentes, na primeira sessão como pré-teste para se estabelecer uma linha de base, na quarta sessão quando foi introduzida a exposição imaginativa e na última sessão como pós-teste. As aplicações não foram realizadas mais vezes devido ao delineamento do próprio protocolo que estabelece o número de sessões. As sessões ocorreram no consultório particular da pesquisadora.

Intervenção

Três policiais militares aceitaram o convite de participar da pesquisa. O primeiro participante militar, tinha 26 anos, trabalhava na polícia há dois anos. Com base no PCL-5 (Osório et al., 2017; Weathers et al., 2013) apresentava sintomas do critério B (sintomas intrusivos) e E (hipervigilância) do DSM-5 (APA, 2014) de maneira moderada e muito incômoda, respectivamente; do critério C (evitação) de maneira muito incômoda; os do critério D (alteração de cognição e humor) eram moderadamente incômodos.

O participante 1 estava afastado das suas atividades profissionais, realizando trabalho administrativo. O incidente traumático tinha ocorrido dois meses antes do início da intervenção. Um veículo foi furtado e ele e seu parceiro foram chamados para comparecer ao local. Durante o confronto, houve troca de tiros entre os policiais e os assaltantes; não ocorreu nenhum óbito.

Este participante compareceu a três sessões do protocolo. Desistiu após o início da exposição imaginativa porque, para ele, as exposições eram muito penosas e

não se sentia preparado para entrar em contato com as memórias relacionadas ao trauma. Foi oferecido apoio e acompanhamento psicológico sem a utilização do protocolo, mas ele não aceitou.

O segundo participante era bombeiro militar, tinha 28 anos, trabalhava há um ano e meio na corporação. Com base no PCL-5 (Osório et al., 2017; Weathers et al., 2013) apresentava sintomas do critério B (sintomas intrusivos) e D (alteração de cognição e humor) do DSM-5 (APA, 2014) de maneira moderada ou pouco incômoda, respectivamente; do critério C (evitação) de maneira pouco incômoda; e os do critério E (hipervigilância) eram pouco, moderadamente ou muito incômodos.

Ele estava trabalhando regularmente. Entre inúmeras situações críticas pelas quais ele vivenciou, a que mais trazia sofrimento naquele momento foi um incêndio que tinha ocorrido sete meses antes do início do tratamento.

Com este participante foram realizadas nove sessões, inicialmente com frequência semanal. Após a sexta sessão, ele faltou durante quatro semanas. Dizia que estava muito difícil comparecer às sessões. Quando concordou em retornar para o tratamento, foi lembrado o que era trabalhado no período de psicoeducação sobre o que os sintomas de TEPT provocam. Depois dessa intervenção foi possível terminar o tratamento na nona sessão.

O terceiro participante era policial militar, tinha 33 anos, estava na corporação há 10 anos. Com base no PCL-5 (Osório et al., 2017; Weathers et al., 2013) apresentava sintomas do critério B (sintomas intrusivos) do DSM-5 (APA, 2014) de maneira moderada, muito e extremamente incômoda; do critério C (evitação) de maneira muito incômoda; os do critério D (alteração de cognição e humor) eram extremamente, moderadamente e pouco incômodos; e do critério E (hipervigilância) de maneira muito e extremamente incômoda.

Durante um trabalho noturno foi assaltado, sendo atingido com um tiro no rosto cinco meses antes de iniciar o processo de intervenção. No momento da intervenção estava executando suas funções regularmente.

As sessões ocorreram de maneira semanal no início. Após a quinta sessão devido a impedimentos relacionados a sua escala de trabalho, foram realizados atendimentos de forma quinzenal. A frequência de atendimentos semanais retornou nas duas últimas sessões. Foram realizadas um total de nove sessões.

Tabela 3

Identificação dos participantes e tipo de trauma

Participante	Idade	Profissão	Tempo dentro da corporação	Número de sessões	Tipo de incidente
Participante 1	26 anos	Policial militar	2 anos	3	Arma de fogo
Participante 2	28 anos	Bombeiro militar	1 ano e meio	9	Incêndio
Participante 3	33 anos	Policial militar	10 anos	9	Arma de fogo

Análise de dados

Todos os resultados foram avaliados por meio de inspeção visual. Os dados de pré-teste e pós-teste (*Checklist* do PCL-5, ISSL e BAI) foram comparados por meio de gráficos e tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão expostos e discutidos de acordo com os testes realizados e as escalas SUDS obtidas pelas exposições realizadas durante as sessões. Ao final serão apresentadas as possíveis comparações entre os dois participantes que finalizaram a intervenção.

Os escores iniciais do teste do PCL-5 (Osório et al., 2017; Weathers et al., 2013) apresentados pelos participantes, e expostos na Tabela 4, foram: participante 1, 31 pontos; participante 2, 27 pontos; e participante 3, 43 pontos. Na quarta sessão, os escores diminuíram 37% para o participante 2 e 34% para o participante 3. Na sessão final, houve uma diminuição de 59% em relação a entrevista para o participante 2 e de 69% para o participante 3. O participante 1 desistiu do processo após três sessões, por isso não há dados de sessões posteriores.

O PCL tem sido utilizado em outros estudos para mostrar a eficácia do Protocolo de Exposição Prolongada. Jeffreys, Reinfeld, Nair, Garcia, Mata-Galan, & Rentz (2014) realizaram um estudo de análise de 128 prontuários médicos de veteranos de guerra e apontaram que após a intervenção do Protocolo de Terapia de Exposição Prolongada, os escores do PCL reduziram em 42%.

Em um estudo realizado por Sexton et al. (2017) com 21 veteranos de guerra, antes da utilização do protocolo, no pré-teste, os participantes apresentavam um escore médio de 61,7 pontos e no pós-teste, essa pontuação diminuiu cerca de 32%. Clapp, Kemp, Cox & Tuerk obtiveram um resultado similar no pré-teste e no pós-teste do PCL que diminuiu 31%, em um estudo realizado com 109 veteranos de guerra.

Tabela 4

Escore bruto do PCL-5 dos participantes por sessão

	Entrevista	4ª sessão	8ª sessão
Participante 1	31	-	-
Participante 2	27	17	11
Participante 3	46	28	13

De acordo com Hembree et al. (2003) o índice de desistência em intervenções com terapia de exposição é de 20,5%. Apesar desse dado não se referir diretamente a população policial, a desistência que ocorreu nesta pesquisa pode ser explicada pelas mesmas razões como dificuldade de lidar com aumento temporário dos sintomas de TEPT e ansiedade. Além, das características dos profissionais dessa instituição que muitas vezes não possuem ferramentas comportamentais e emocionais para o exercício de suas atividades (Santos, 2017).

Em um estudo realizado com militares, Foa et al. (2018) realizaram a aplicação do protocolo de duas maneiras diferentes. A primeira de maneira intensiva, com sessões diárias em um período de duas semanas, e a segunda da maneira tradicional, sugerida dentro do protocolo, com uma ou duas sessões semanais, foram realizadas são dez sessões em um período de oito semanas.

Não houve diferença nos resultados relacionados a eficácia do protocolo, em ambos houve uma diminuição da severidade dos sintomas de TEPT. Entretanto, a taxa de desistência dos participantes foi de 15% durante a intervenção intensiva e de 28% durante a espaçada (Foa et al., 2018). A taxa de desistência obtida nesse estudo, 33% corrobora com os resultados obtidos na pesquisa de Foa et al. (2018), uma vez que a intervenção realizada foi de maneira espaçada, principalmente, devido a questões de escalas de trabalho dos participantes.

O questionário do PCL-5 (Osório et al., 2017; Weathers et al., 2013) está dividido em blocos de perguntas de acordo com os quatro critérios de sintomas do DSM-5 (APA, 2014): critério B, sintomas intrusivos; critério C, evitação; critério D, alteração de cognição e humor; e critério E, hipervigilância. As Figuras 3 e 4 mostram o escore bruto dos participantes na entrevista, na quarta sessão e na oitava sessão.

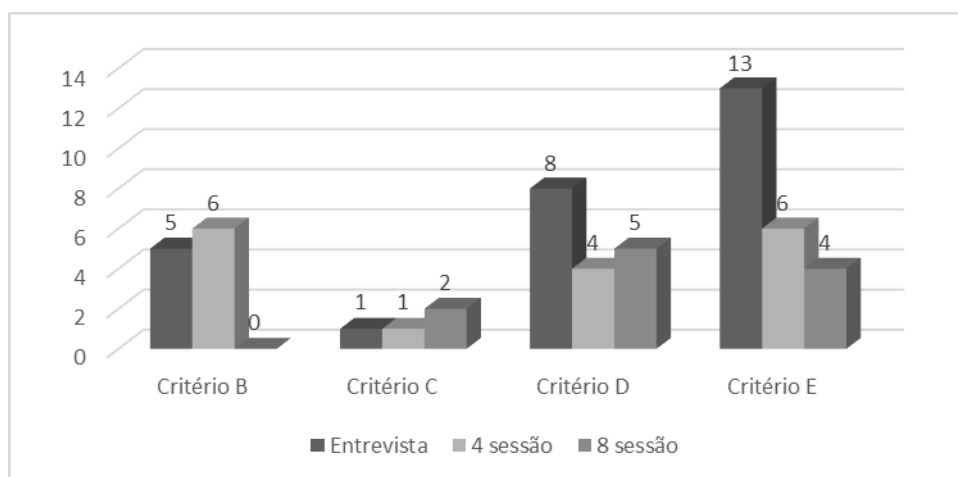


Figura 3. Escore bruto do PCL-5 do participante 2 de acordo com os critérios do DSM-5.

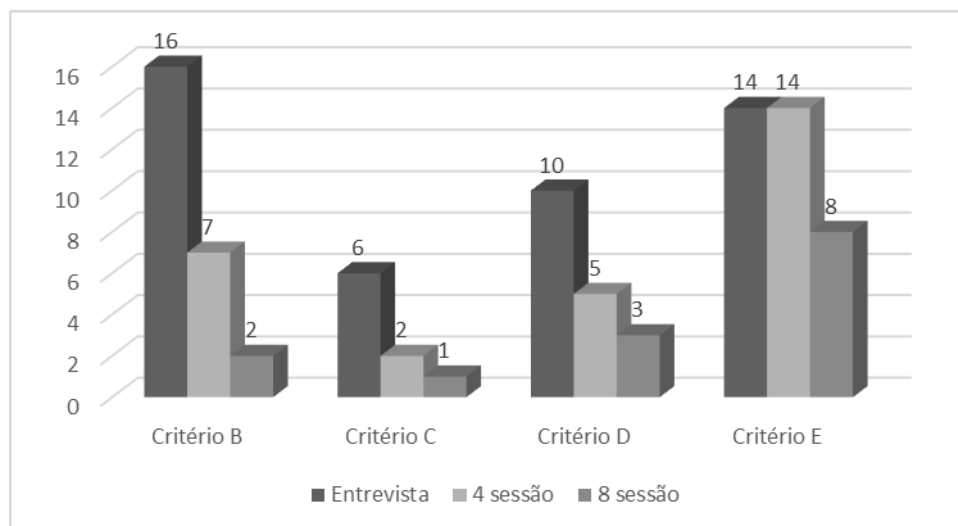


Figura 4. Escore bruto do PCL-5 do participante 3 de acordo com os critérios do DSM-5.

É possível observar que os sintomas do critério E, hipervigilância, do DSM-5 (APA, 2014) era o mais acentuado em ambos participantes. Isso condiz com descrição das condições do trabalho policial que é composto por variáveis que o fazem ficar em

alerta constante por serem expostos a riscos de maneiras repetidas (Guimarães et al., 2014; Lima & Assunção, 2011; Maia et al., 2011).

Durante o início da intervenção com o segundo participante, foram inseridos mais dois instrumentos de pré e pós-teste, o BAI (Cunha, 2001) e o ISSL (Lipp, 2000). O intuito foi verificar a existência de uma possível relação entre a presença de TEPT e as comorbidades de estresse e ansiedade, levando em consideração também o exercício profissional dos participantes.

Os escores dos BAI (Cunha, 2001) estão apresentados na Tabela 5. O participante 2 respondeu o inventário a partir da quarta sessão, obtendo um escore de 13 pontos, e ao final da intervenção o escore foi de 10 pontos (23%). O participante 3 teve um escore de 19 pontos na entrevista, e 16 pontos tanto na quarta quanto na oitava sessão.

Tabela 5

Escore bruto do BAI dos participantes por sessão

	Entrevista	4ª sessão	8ª sessão
Participante 2	-	13	10
Participante 3	19	16	16

O teste ISSL (Lipp, 2000) possui quatro fases diferentes de estresse: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. Ambos participantes obtiveram escore para a fase de resistência (Tabela 6). O participante 2 obteve 4 pontos na entrevista, e não obteve escore suficiente nas outras aplicações do teste do ISSL (Lipp, 2000), ou seja, não apresentava estresse. O participante 3 obteve escore de 8 pontos na entrevista, 4 na quarta sessão e 5 na oitava sessão, todos também na fase de resistência.

Tabela 6

Escore bruto da fase de resistência do teste ISSL dos participantes por sessão

	Entrevista	4ª sessão	8ª sessão
Participante 2	4	0	0
Participante 3	8	4	5

As exposições reais eram designadas como tarefas de casa, foram escolhidas duas exposições como tarefa para cada participante. A tarefa 1 do primeiro participante era escutar a sirene do caminhão dos bombeiros, e a tarefa 2 era assistir vídeos com motos em alta velocidade. O participante 2 deveria dormir sem estar armado (tarefa 1) e tomar banho sem estar com a arma no banheiro (tarefa 2). O nível SUDS (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007) para cada uma das tarefas foi perguntado na segunda sessão, na sexta sessão e na última sessão. Os valores estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7

Nível de SUDS das exposições reais dos participantes por sessão

	2ª sessão	6ª sessão	8ª sessão
Tarefa 1 – participante 2	100	40	30
Tarefa 2 – participante 2	40	20	15
Tarefa 1 – participante 3	50	20	10
Tarefa 2 – participante 3	50	30	20

A diminuição do nível de SUDS entre as sessões corrobora com o pressuposto de Foa, Hembree & Rothbaum (2007) de que os clientes passam a discriminar o que aconteceu no passado do que ocorre no presente. Eles aprendem que confrontar as situações, objetos, pessoas ou lugares que lembravam a experiência traumática diminui o nível de estresse e sofrimento causados por ela, ocorrendo habituação.

As exposições imaginativas tiveram início na quarta sessão, e foram realizadas um total de cinco exposições com cada um dos participantes. Durante a narrativa era questionado o nível de SUDS (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007) dos participantes. As Tabelas 8 (participante 2) e 9 (participante 3) apresentam o nível antes do início da exposição (pré), ao final (pós) e o nível mais elevado (pico) de cada participante.

Tabela 8

Nível de SUDS das exposições imaginativa do participante 2 em cada exposição

	Pré	Pico	Pós
1ª Exposição	25	55	35
2ª Exposição	10	40	20
3ª Exposição	20	45	30
4ª Exposição	30	40	15
5ª Exposição	5	25	10

Tabela 9

Nível de SUDS das exposições imaginativa do participante 3 em cada exposição

	Pré	Pico	Pós
1ª Exposição	10	60	40
2ª Exposição	20	90	50
3ª Exposição	10	50	30
4ª Exposição	20	30	20
5ª Exposição	10	20	20

Os resultados dos níveis de SUDS da exposição imaginativa realizada no consultório demonstram a ocorrência do processo de habituação. Foa, Hembree & Rothbaum (2007) descrevem que quando o cliente aprende que pode tolerar sintomas de ansiedade, estímulos que evocam a memória traumática deixam de ser aversivos.

Os dois participantes relataram que o aprendizado obtido durante o protocolo foi de valia para as situações enfrentadas em suas rotinas de serviço. Por

estarem constantemente expostos a situações de risco (Souza, Minayo, Silva & Pires, 2012), as técnicas de exposição sistemáticas são importantes caso ocorra o aumento ou retorno de alguns dos sintomas de TEPT.

Possíveis comparações

Por se tratar de delineamento de caso único e serem poucos casos, não foi possível fazer uma análise entre sujeitos. Entretanto, por meio de inspeção visual é possível observar que a variação dos escores dos testes é semelhante para ambos participantes. Os escores dos de cada teste dos dois participantes, por sessão em que foram aplicados, estão expostos nas Figuras 5, 6 e 7.

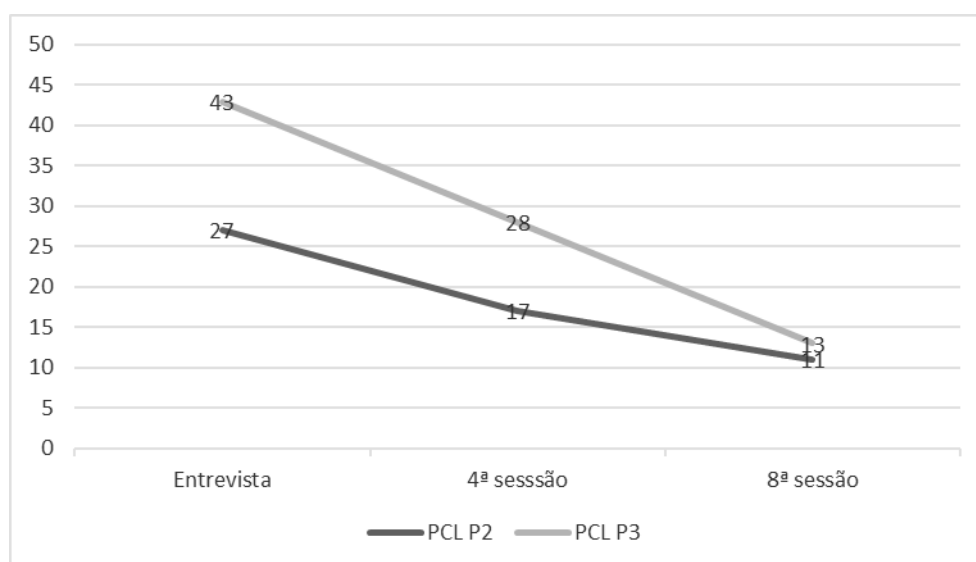


Figura 5. Escore bruto do PCL-5 dos participantes 2 e 3 por sessão em que foram aplicados.

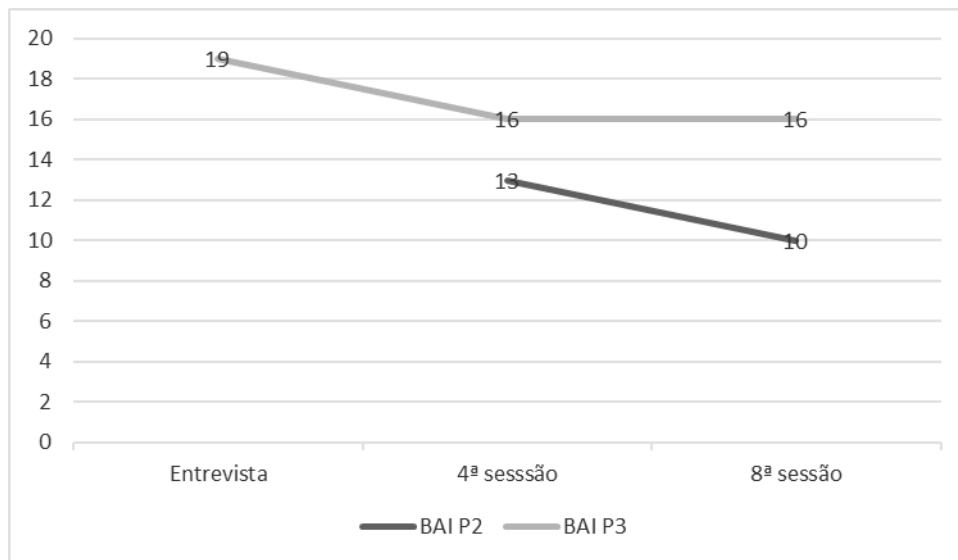


Figura 6. Escore bruto do BAI dos participantes 2 e 3 por sessão em que foram aplicados.

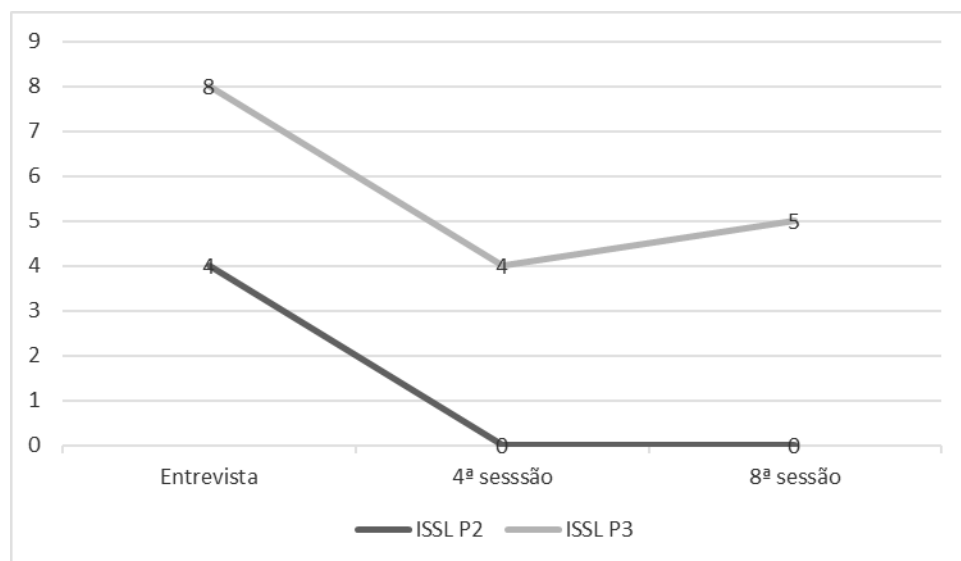


Figura 7. Escore bruto do ISSL dos participantes 2 e 3 por sessão em que foram aplicados.

É possível visualizar que houve uma diminuição dos escores dos três testes aplicados. No teste PCL, o participante 2 que inicialmente obteve um escore de 27 pontos, e no final obteve 11 pontos. O participante 3 pontuou 43 na entrevista e após a intervenção obteve 13 pontos.

O BAI foi aplicado a partir da quarta sessão para o participante 2 que pontuou 13 pontos e ao final 10 pontos. O participante 3 respondeu ao BAI em três momentos diferentes, obtendo um escore de 19 pontos na entrevista, e se mantendo com 16 pontos na quarta sessão e ao final da intervenção.

O participante 2 pontou quatro pontos no ISSL na entrevista, e não atingiu pontuação na quarta e ao final do protocolo. O participante 3 obteve oito pontos na entrevista e cinco pontos término da intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo verificar a eficácia do Protocolo de Exposição Prolongada para TEPT em Policiais Militares. Foi possível verificar uma diminuição nos sintomas de TEPT apresentados pelos participantes ao compará-los no início e no final do tratamento. As escalas SUDS também diminuíram tanto durante as exposições imaginativas no consultório quanto nas realizadas como tarefas de casa.

Algumas limitações foram determinantes para os resultados desta pesquisa. O aumento dos sintomas de TEPT e do nível de ansiedade durante o protocolo requer um preparo emocional e comportamental elaborado. Assim, era esperado que houvesse desistências durante a pesquisa.

Devido a pequena quantidade de interessados em participar na pesquisa esse foi um agravante que impactou o número da amostra. Uma hipótese para que isso tenha ocorrido é a cultura das instituições militares, que mesmo com demanda para esse tipo de atendimento, encara a busca por ajuda e cuidados psicológicos com receio e julgamento.

O protocolo propõe a utilização da escala SUDS para mensurar o desconforto dos participantes durante a intervenção. Não foi utilizada outra medida durante a intervenção, o que aponta uma limitação no estudo. Outros testes ou escalas poderiam ter sido aplicados para acompanhar a evolução dos clientes.

Verifica-se, portanto, a necessidade de um trabalho de psicoeducação dentro desta instituição para que seus funcionários possam usufruir das ferramentas disponíveis. Essas ferramentas podem ajudá-los a ter uma melhor performance no trabalho e melhor qualidade de vida.

Os relatos de ambos participantes, no início era de desconhecimento em relação ao diagnóstico que apresentavam, e ao final eles relataram usar as técnicas

aprendidas durante o protocolo em outros aspectos de suas vidas. Mesmo estando ainda expostos a incidentes críticos parecidos com aqueles que os levaram a buscar ajuda, a maneira como se comportavam diante dessas situações tinha mudado.

Assim, considerando os dados apresentado, verifica-se a relevância do protocolo de Terapia de Exposição Prolongada para tratamento de TEPT. A necessidade de mais estudos dentro da Psicologia da Polícia se torna clara, policiais militares enfrentam situações críticas diariamente e precisam de auxílio para lidar com as consequências que isso traz para suas vidas pessoais e profissionais.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed.
- Berger, W., Coutinho, E. S. F. C., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., Marmar, C. E. & Mendlowicz, M. V. (2011). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1001-1011. doi: 10.1007/s00127-011-0408-2
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Clapp, J. D., Kemp, J. J., Cox, K. S., & Tuerk, P. W. (2016). Patterns of change in response to prolonged exposure: implications for treatment outcome: Research Article: Response to Prolonged Exposure. *Depression and Anxiety*, 33(9), 807–815. <https://doi.org/10.1002/da.22534>
- Convey, T. J., Shucard, J. L., Violanti, J. M., Lee J. & Shucard D. W. (2013). The effects of exposure to traumatic stressors on inhibitory control in police officers: A dense electrode array study using a Go/NoGo continuous performance task. *International Journal of Psychophysiology*, 87(3), 363-375. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2013.03.009>
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Davidson, J. R. T. (2006). Acute and Chronic Stress Following Trauma: 2006. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 34-39. PMID:16602813
- Ellrich, K., & Baier, D. (2015). Post-Traumatic Stress symptoms in police officer following violent assaults: a study on general and police-specific risk and protective factor. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-26. doi: 10.1177/0886260515586358
- Eftekhari, A., Ruzek, J. I., Crowley, J. J., Rosen, C. S., Greenbaum, M. A., & Karlin, B. E. (2013). Effectiveness of national implementation of prolonged exposure therapy in veterans affairs care. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 949-955. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2637
- Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(I), 12-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004>
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 953–964. doi:10.1037/0022-006X.73.5.953

- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences - Therapist Guide*. Oxford: University Press.
- Foa E. B. & Kozak, M. J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 421-452). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Foa E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*, 20-35.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Rosenfield, D., Yadin, E., Yarvis, J. S., ... for the STRONG STAR Consortium. (2018). Effect of Prolonged Exposure Therapy Delivered Over 2 Weeks vs 8 Weeks vs Present-Centered Therapy on PTSD Symptom Severity in Military Personnel: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, *319*(4), 354. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21242>
- Guimarães, L. A. M., Mayer, V. M., Bueno, H. P. V., Minari, M. R. T., & Martins, L. F. (2014). Síndrome de burnout e qualidade de vida de policias militares e civis. *Revista Sul Americana de Psicologia*, *2*(1), 98-122.
- Harned, M. S., Korlund K. E., & Linehan M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *55*, 7-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, *16*(6), 555-562. doi:10.1023/b:jots.0000004078.93012.7d
- Hembree, E. A., Rauch S. A. M., & Foa, E. B. (2003). Beyond the manual: the insider's guide to Prolonged Exposure Therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, *10*, 22-30.
- Horesh, D., Qian, M., Freedman, S., & Shalev, A. (2017). Differential effect of exposure-based therapy and cognitive therapy on post-traumatic stress disorder symptom clusters: A randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(2), 235-243. <https://doi.org/10.1111/papt.12103>
- Jeffreys, M. D., Reinfeld, C., Nair, P. V., Garcia, H. A., Mata-Galan, E., & Rentz, T. O. (2014). Evaluating treatment of posttraumatic stress disorder with cognitive processing therapy and prolonged exposure therapy in a VHA specialty clinic. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(1), 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.010>
- Lima, E. P., & Assunção, A. A. (2011). Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma

revisão sistemática de literatura. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 14(2), 217-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200004>

- Lima, E. D. P., & Barreto, S. M. (2015). Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: Prevalência e Fatores Ocupacionais Associados. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 31(2), 279-288. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015022234279288>
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maia, D. B., Marmar, C. R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger W., Mendlowicz, M. V., et al. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 97, 241-245. doi: 10.1016/j.jad.2006.06.004
- Maia, D. B., Marmar, C. R., Henn-Haase, C., Nóbrega, A., Fiszman, A., Marques-Portella, C. et al. (2011). Predictors of PTSD symptoms in Brazilian police officers: the synergy of negative affect and peritraumatic dissociation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(4), 362-366. doi: 10.1590/S1516-44462011000400009
- Matos, M. A. (1990). Controle experimental e controle estatístico: a filosofia do caso única na pesquisa experimental. *Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*, 42(8), 585-592.
- Meichenbaum, D. (2007). Stress Inoculation Training: A preventive and treatment approach. In: P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk e W. S. Sime, *Principles and Practice of Stress Management* (pp. 497-518). Guilford Press.
- Mott, J. M., Mondragon, S., Hundt, N. E., Beason-Smith, M., Grady, R. H., & Teng, E. J. (2014). Characteristics of U.S. veterans who begin and complete prolonged exposure and cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 265-273. doi: 10.1002/jts.21927
- Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C. S., & Stein, M. B. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40(1), 1-21. doi: 10.1016/j.jpsychires.2005.07.005
- Osório, F. L., Silva, T. D. A. da, Santos, R. G. dos, Chagas, M. H. N., Chagas, N. M. S., Sanches, R. F., & Crippa, J. A. de S. (2017). Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): transcultural adaptation of the Brazilian version. *Arch Clin Psychiatry*, 44(1), 10-19. doi: 10.1590/0101-60830000000107
- Plant, B. (2001). Psychological trauma in the police service. *International Journal of Police Science & Management*, 3(4), 327-349. doi: <https://doi.org/10.1177/146135570100300405>

- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak M. P., Gillihan S.J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*, 635-641. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.007
- Renck B., Weisaeth L., & Skarbo S. (2002). Stress reactions in police officers after a disaster rescue operation. *Nordic Journal of Psychiatry, 56*(1), 7-14. doi: 10.1080/08039480252803855
- Ruzek, J. I., Eftekhari, A., Rosen, C. S., Crowley, J. J., Kuhn, E., Foa, E. B. et al. (2014). Factors related to clinician attitudes toward prolonged exposure therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 27*, 423-429. doi: 10.1002/jts.21945
- Sexton, M. B., Avallone, K. M., Smith, E. R., Porter, K. E., Ashrafioun, L., Todd Arnedt, J., & Rauch, S. A. M. (2017). Sleep disturbances as predictors of prolonged exposure therapy effectiveness among veterans with PTSD. *Psychiatry Research, 256*, 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.044>
- Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. *The Permanente Journal, 18*(1), 71-77. doi: <https://doi.org/10.7812/TPP/13-098>
- Smith, E. R., Porter, K. E., Messina, M. G., Beyer, J. A., Defever, M. E., Foa, E. B., & Rauch, S. A. M. (2015). Prolonged Exposure for PTSD in a Veteran group: A pilot effectiveness study. *Journal of Anxiety Disorders, 30*, 23–27. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.008>
- Soravia, L. M., Heinrichs, M., Aerni, A., Maroni, C., Schelling, G., Ehlert, U., Roozendaal, B., & Quervain, D. J. De. (2006). Glucocorticoids reduce phobic fear in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 103*(14), 5585-5590. doi: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0509184103
- Souza, E. R., Minayo M. C. de S., Silva, J. G., & Pires, T. de O. (2012). Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 28*(7), 1297-1311. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700008>
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 330–338. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.330>
- Van den Berg, D. P. G., Bont, P. A. J. M., Van der Vleugel, B. M., Roos, C., Jongh, A., Minnen, A. V. et al. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 72*(3), 259-267. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2637

- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard [Measurement instrument]. Recuperado de: <http://www.ptsd.va.gov/>.
- Witteveen A. B., Bramsen I., Twisk J. W. R., Huizink A. C., Slottje P., Smid T. et al. (2006). Psychological distress of rescue workers eight and one-half years after professional involvement in the Amsterdam air disaster. In: Witteveen, A. B. *The long-term aftermath of the Amsterdam air disaster: Psychological wellbeing of professionally involved rescue workers* (pp. 83-98). Netherlands: Ponsen & Looijen BV.
- Zohar, J., Juven-Wetzler, A., Sonnino, R., Cwikel-Hamzany, S., Balaban, E. & Cohen, H. (2011). New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 301-309. doi: 10.1176/jnp.16.2.135
- Zohar, J., Sonnino, R., Juven-Wetzler, A. & Cohen, H. (2009). Can Posttraumatic Stress Disorder be Prevented? *CNS Spectrum*, 14(1), 44-51. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Hagit_Cohen3/publication/23985529_Can_Posttraumatic_Stress_Disorder_be_Prevented/links/09e41507e59af7ebdb000000/Can-Posttraumatic-Stress-Disorder-be-Prevented.pdf

Apêndice A

Universidade Tuiuti do Paraná

Credenciada por Decreto Presidencial de 7 de julho de 1997 - D.O.U nº 128, de julho de 1997, Seção 1, página 14295



Curitiba, junho de 2017.

Ref.: Pedido de autorização para realização de pesquisa.

Senhor Cel. QOPM Mauricio Torato,

Venho por meio desta, apresentar meu projeto de pesquisa, intitulado “Proposta de Clínica Forense com Policiais Militares com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático”, que tem por objetivo realizar uma intervenção com policiais que apresentem diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Meu nome é Thaís Salomão Yacote, sou aluna do curso de Mestrado com ênfase em Psicologia Forense na Universidade Tuiuti do Paraná.

Para a realização da pesquisa serão necessárias 12 sessões individuais semanais, com Policiais Militares de ambos os sexos que tenham sofrido um incidente crítico no período de 3 a 6 meses, não estejam realizando outro acompanhamento terapêutico e não estejam sob tratamento psicofarmacológico. Cada sessão terá duração de 90 minutos e será utilizado o Protocolo de Exposição Prolongada que visa diminuir os sintomas crônicos de Estresse Pós-Traumático. No início e no final da intervenção será aplicado o PTSD Checklist 5 (PCL-5) que mensura os sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Sendo que local do atendimento ficará a critério de sua conveniência, no Serviço de Assistência Social da Polícia Militar, localizado na Rua Santo Antônio, 231 ou poderá realizado clínica-escola do serviço de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), localizada na Rua Sydney Antonio Rangel Santos, 245.

Com intuito de me informar sobre a viabilidade do projeto tive uma reunião com o Tenente-Coronel Rothenburg que me colocou em contato com Tene...

CAMPUS PROF. SYDNEI LIMA SANTOS

Rua Sydney Antônio Rangel Santos, 238 - Stº. Inácio - 82010-900

Telefone: (41) 3331-7700 - Fax: (41) 3331-7792

Universidade Tuiuti do Paraná

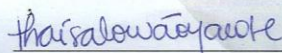
Credenciada por Decreto Presidencial de 7 de julho de 1997 - D.O.U nº 128, de julho de 1997, Seção 1, página 14295

este me informou da possibilidade de indicação dos policiais que estejam dispostos a participar da pesquisa após solicitar a autorização dos mesmos para que eu entre em contato, dessa maneira, o número de participantes será uma decisão feita em conjunto, levando em consideração tantos quantos forem indicados e seja possível oferecer o atendimento.

Gostaria de informar que o caráter ético desta pesquisa assegura a preservação da identidade das pessoas participantes. Uma das metas para a realização deste estudo é o comprometimento da pesquisadora em possibilitar, aos participantes, um retorno dos resultados da pesquisa. Solicito ainda a permissão para a divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões, em forma de pesquisa, preservando sigilo e ética, conforme termo de consentimento livre que será assinado pelo participante. Esclareço que tal autorização é uma pré-condição.

Agradeço sua compreensão e colaboração nesse processo. Em caso de dúvida você pode me procurar por meio do telefone (41) 99237-7055 ou a Prof.^a Dra. Giovana Munhoz da Rocha, minha orientadora neste projeto, através do telefone (41) 3331-7846.

Atenciosamente,



Thais Salomão Yacote



Prof.^a Dra. Giovana Veloso Munhoz da Rocha

CAMPUS PROF. SYDNEI LIMA SANTOS E REITORIA

Rua Sydnei Antônio Rangel Santos, 238 - St.º. Inácio - 82010-330 - Fone (41) 3331-7700 - Fax: (41) 3331-7792

Apêndice B



Universidade Tuiuti do Paraná

Credenciada por Decreto Presidencial de 7 de julho de 1997 - D.O.U. nº 128, de 8 de julho de 1997, Seção 1, página 14295

Declaração de Infra-Estrutura e Autorização Para o Uso da Mesma


Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

Declaro, conforme a Resolução CNS 466/2012 a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada, “Uma proposta de Clínica Forense com Policiais Militares com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático” sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) Thaís Salomão Yacote e Giovana Veloso Munhoz da Rocha, que a área do Serviço de Assistência Social da Polícia Militar, conta com toda a infra-estrutura necessária para a realização e que o(s) pesquisador(es) acima citado(s) está(ão) autorizado(s) a utilizá-la, tão logo o projeto seja aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná.

De acordo e ciente,

Curitiba, 02 de Junho de 2017.



Cel. QOPM Mauricio Tortato
Comandante-Geral

Apêndice C



Universidade Tuiuti do Paraná

Credenciada por Decreto Presidencial de 7 de julho de 1997 - D.O.U. nº 128, de 8 de julho de 1997, Seção 1, página 14295

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Thaís Salomão Yacote da Universidade Tuiuti do Paraná, estou convidando você a participar de um estudo intitulado “Uma proposta de Clínica Forense para Policiais Militares com diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático”. Este estudo é importante porque a incidência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em policiais pode variar entre 5-16%. Policiais precisam atuar em situações de risco e as consequências dessas atividades podem trazer prejuízos para a saúde mental, o que prejudica o seu desempenho psicossocial e profissional.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a eficácia do Protocolo de Terapia de Exposição Prolongada para diminuição de sintomas de TEPT em policiais militares.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder um Checklist para sintomas de TEPT (PCL-5) no início e ao final da pesquisa e participar de 12 sessões de psicoterapia semanais.

c) Para tanto você deverá comparecer no endereço: Rua Padre Anchieta 2050, conj. 1908, para preenchimento do questionário que levará em torno de 10 minutos, e neste mesmo local serão realizadas as sessões de psicoterapia que terão duração de aproximadamente 90 minutos.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a aumento temporário dos sintomas e dos níveis de ansiedade.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser reviver o mal-estar relacionado ao evento traumático.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são melhorar a severidade de sintomas crônicos de TEPT. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

g) As pesquisadoras responsáveis por esse estudo Psicóloga Giovana Munhoz da Rocha (CRP 08/6848-7) poderá ser localizada através do telefone (41) 3331-7846 e Thaís Salomão Yacote (CRP 08/24352) por meio do telefone (41) 99237-7055 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

j) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como a orientadora do projeto Prof^a Dr^a Giovana Munhoz Veloso da Rocha e a banca examinadora que avaliará o trabalho. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

l) O material obtido, questionários e relatos das sessões, será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

n) Você terá a garantia de que problemas como o próprio estresse, aumento dos sintomas ou mal-estar decorrentes do estudo serão tratados em psicoterapia durante a própria intervenção.

o) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, ou serão apresentados apenas dados gerais de todos participantes da pesquisa.

p) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668. Rua: Sidnei A. Rangel Santos, 238 Sala 328 Bloco C. Horário de atendimento das 13:30 às 17:30.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item n.

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local, ___ de _____ de 20 ____.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Nome e Assinatura do Pesquisador]

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____