

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Resiliência a Eventos Traumáticos: Conceito, Operacionalização e Estudo Seccional”

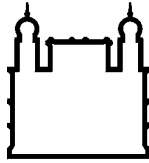
por

Liliane Maria Pereira Vilete

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador principal: Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho
Segundo orientador: Prof. Dr. Ivan Luiz de Vasconcellos Figueira

Rio de Janeiro, junho de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

***“Resiliência a Eventos Traumáticos: Conceito, Operacionalização e
Estudo Seccional”***

apresentada por

Liliane Maria Pereira Vilete

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

Prof.^a Dr.^a Carla Marques Portella

Prof. Dr. Marco Antônio Alves Brasil

Prof.^a Dr.^a Simone Gonçalves de Assis

Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho – Orientador principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V699 Vilete, Liliâne Maria Pereira
Resiliência a eventos traumáticos: conceito, operacionalização
e estudo seccional. / Liliâne Maria Pereira Vilete. Rio de Janeiro :
s.n., 2009.
277 f.

Orientador: Coutinho, Evandro da Silva Freire
Figueira, Ivan Luiz de Vasconcellos
Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos. 2. Saúde
Mental. 3. Epidemiologia. 4. Revisão. 5. Escalas. 6. Estudos
Transversais. I. Título.

CDD - 22.ed. – 616.8521

Para meus amores, Julia e Sidney.

*“Não desespere, pois a vida fere, fere
e nenhum mágico interferirá.
Se a vida fere como a sensação do brilho,
de repente, a gente brilhará”.*

Gilberto Gil

AGRADECIMENTOS

Ao querido Evandro Coutinho, minha gratidão por tê-lo tido como orientador por tantos anos, nutrindo a esperança de continuar sempre tendo o prazer e o privilégio dessa alegre e criativa parceria de trabalho.

Ao estimado Ivan Figueira, meu co-orientador, grande maestro de uma orquestra de muitas vozes de que tenho tanto orgulho de participar.

Aos parceiros do Instituto do Milênio “Saúde Mental e Violência”, por quem nutro uma enorme admiração. Em especial, meus agradecimentos aos pesquisadores Wagner Ribeiro, à Prof. Dra. Maria Inês Quintana e ao coordenador Prof. Dr. Jair Mari, pela oportunidade que me foi oferecida. Ao Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli, pelas mesmas razões e por sua disponibilidade em participar da banca examinadora.

Às caras Prof. Dra. Simone de Assis e Prof. Dra. Carla Marques pelos comentários valiosos e sugestões no exame de qualificação e por sua participação na banca examinadora. Ao prezado Prof. Dr. Marco Antônio Brasil, também por sua disponibilidade em participar da argüição da tese.

Aos funcionários do IBOPE e entrevistadores, pela competência e perseverança. Aos entrevistados, pela participação e confiança depositada na pesquisa.

À Érika Arce, pelo trabalho de tradução dos artigos em alemão.

Aos meus professores de sempre.

Aos meus caros amigos.

À minha família querida.

RESUMO:

Introdução: A resiliência pode ser conceituada como um processo dinâmico que leva à adaptação positiva diante de uma adversidade e que envolve a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e de proteção. **Metodologia:** Tese composta por três artigos independentes, que apresentam a resiliência como aspecto comum. O primeiro deles apresenta uma revisão sistemática sobre a operacionalização do conceito de resiliência em estudos epidemiológicos sobre o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) seguido a eventos de violência urbana e/ou íntima. O segundo artigo traz uma revisão sistemática sobre as propriedades psicométricas da Escala de Resiliência e de suas diferentes versões. As bases de dados nas duas revisões foram: ISI; MEDLINE; PILOTS e LILACS. O terceiro artigo investigou os fatores associados à resiliência a eventos traumáticos a partir dos dados de um inquérito epidemiológico domiciliar conduzido com uma amostra representativa da população com 15 anos ou mais residente na cidade de São Paulo. A associação foi investigada através de modelos logísticos multivariados hierárquicos, tanto para traumas intensos quanto para aqueles leves/moderados. **Resultados:** Artigo 1) Estudos epidemiológicos sobre violência íntima e/ou urbana são relativamente recentes e muito heterogêneos no modo como operacionalizam o conceito de resiliência junto ao TEPT. Artigo 2) A literatura apresenta críticas sobre a capacidade de um instrumento único abranger a complexidade do fenômeno de resiliência. No entanto, a Escala de Resiliência vem sendo amplamente aplicada, apresentando boas propriedades psicométricas em suas diferentes versões, e sugerindo ser um instrumento útil para aferir alguns fatores individuais de resiliência. Artigo 3) O estudo seccional conduzido em São Paulo exemplificou a proposta de um método de análise que combina algumas formas de operacionalização da resiliência, demonstrando congruência dos achados (isto é, com maiores escores da Escala de

Resiliência predizendo ausência de patologia após um evento traumático e com o grupo classificado como resiliente - através dessa operacionalização de “adaptação positiva” - apresentando os maiores escores de bem-estar). **Conclusão:** Apesar da complexidade do fenômeno de resiliência, a congruência dos achados aponta para a possibilidade de uma cada vez melhor apreensão do construto, favorecendo o entendimento sobre o que pode contribuir para a superação de eventos traumáticos pelos indivíduos a eles expostos.

Descritores: epidemiologia, resiliência, revisão, escala, estudo seccional.

ABSTRACT

Introduction: *The resilience can be conceptualized as a dynamic process that leads to positive adaptation in the face of adversity and involves the interaction between intrapsychic and social processes of risk and protection.* **Methods:** *Thesis of three independent articles, which have the resilience as common theme. The first one presents a systematic review on the operationalization of the resilience concept in epidemiological studies on Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) following events of urban and/or intimate violence. The second article provides a systematic review on the psychometric properties of the Resilience Scale, and their different versions. The databases in the two revisions were: ISI, MEDLINE, LILACS and PILOTS. The third article investigates the factors associated with resilience to traumatic events from the data of a household survey conducted with a representative sample of the population aged 15 years or more living in the city of São Paulo. The association was investigated using hierarchical multivariate logistic models for both trauma intense as those for light / moderate.* **Results:** *Article 1) Epidemiological studies on PTSD followed intimate and/or urban violence are relatively recent and very heterogeneous in how*

*operationalize the resilience concept. 2) The literature presents criticism on the ability of a single instrument to cover the complexity of the resilience phenomenon. However, the Resilience Scale has been widely applied, showing good psychometric properties in different versions, and suggesting to be a useful tool to assess individual factors of resilience. 3) The cross-sectional study conducted in São Paulo illustrated the proposal for a method of analysis that combines some forms of operationalization of resilience, demonstrating consistency of findings (with higher scores of the Resilience Scale predicting absence of disease after a traumatic event and the group classified as resilient - through the operationalization of "positive adjustment" - showing the higher scores of well-being). **Conclusion:** Despite the complexity of the phenomenon of resilience, the congruence of findings points to the possibility of an even better understanding of the construct, facilitating the comprehension of what can help to overcome traumatic events on individuals exposed to them.*

Key-words: epidemiology, resilience, review, scale, cross-sectional study

SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Epígrafe.....	v
Agradecimentos.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Sumário.....	x
Lista de quadros, tabelas e figuras.....	xiii
Lista de Abreviaturas.....	xiv

CAPÍTULOS

1. INTRODUÇÃO

1.1. Definição do Termo Resiliência.....	1
1.2. Histórico.....	4
1.2.1. A origem do conceito de Resiliência na Psicopatologia do Desenvolvimento. As crianças “invulneráveis”.....	4
1.2.2. A resiliência é dinâmica, relativa, e resultado de interações constitucionais e ambientais.....	10
1.2.3. O Transtorno de estresse pós-traumático e o estudo da resiliência na Traumatologia e entre adultos.....	12
1.3. A Psicologia Positiva.....	18
1.4. Resiliência Comunitária	20

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO DA RESILIÊNCIA

2.1. Definição dos principais construtos relacionados à resiliência: mecanismo de risco/ estressor, adaptação positiva (ou desfecho resiliente) e processos de proteção ou de vulnerabilidade.....	23
2.1.1. Tipos de Estressores.....	24
2.1.2. Definição de Adaptação Positiva.....	27

2.1.3. Processos protetores (“fatores resilientes”, “fatores” moderadores ou “fatores” relacionados à resiliência).....	32
2.1.3.1. Fatores Individuais.....	37
2.1.3.1.1. Biológicos.....	37
2.1.3.1.1.1. Genéticos.....	38
2.1.3.1.1.2. Neurofisiológicos.....	40
2.1.3.1.1.3. Auto-regulação.....	44
2.1.3.1.2. Gênero.....	46
2.1.3.1.3. Auto-estima.....	48
2.1.3.1.4. Inteligência.....	49
2.1.3.1.5. Estratégias de enfrentamento (<i>coping styles</i>).....	50
2.1.3.1.6. <i>Locus</i> interno de controle.....	52
2.1.3.1.7. Mecanismos de defesa do ego.....	53
2.1.3.1.8. Temperamento.....	55
2.1.3.1.9. Emoções positivas.....	57
2.1.3.1.10. Empatia.....	59
2.1.3.1.11. “ <i>Hardiness</i> ”.....	59
2.1.3.1.12. Auto-valorização – (“ <i>Self-Enhancement</i> ”).....	61
2.1.3.2. Fatores Familiares.....	62
2.1.3.2.1. Experiências Precoces. Relações com adultos cuidadosos – O sistema de Apego.....	62
2.1.3.2.2. Apoio conjugal.....	68
2.1.3.3. Fatores Sociais.....	69
2.1.3.3.1. Apoio Social.....	69
2.1.3.3.2. Macro-ambiente.....	71
2.1.3.4. Pontos de mudança (“ <i>Turning points</i> ”).....	74
2.1.4. A resiliência como uma “mágica comum” (“ <i>ordinary magic</i> ”).....	74
2.1.5. Possibilidade de Intervenção para Promoção de Saúde.....	76
2.2. Modelos de análise para as pesquisas em resiliência.....	78
2.2.1. Abordagem focada na variável	78
2.2.2. Abordagem focada na pessoa.....	83

2.2.3. Cuidado na interpretação dos resultados. A questão da bidirecionalidade da causalidade.....	84
2.2.4. A operacionalização dos estudos sobre resiliência. Resiliência como processo X “escalas de resiliência”	85
3. JUSTIFICATIVA.....	90
4. OBJETIVO GERAL.....	91
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	91
6. METODOLOGIA.....	92
6.1. Estudo A – revisão sistemática sobre como o conceito de resiliência vem sendo pesquisado nos estudos epidemiológicos sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.....	92
6.2. Estudo B – revisão sistemática sobre as propriedades psicométricas das diferentes versões da escala de resiliência.....	93
6.3. Estudo C - Inquérito Epidemiológico na cidade de São Paulo no ano de 2007.....	93
7 – PRIMEIRO ARTIGO - Estudo A - Operacionalização do Conceito de Resiliência em Estudos sobre Transtorno de Estresse pós-Traumático após Violência Íntima e/ou Urbana.....	95 (A-1 – A-24)
8 – SEGUNDO ARTIGO – Estudo B - Propriedades Psicométricas da Escala de Resiliência – Uma Revisão Sistemática	96 (B-1 – B-25)
9 – TERCEIRO ARTIGO – Estudo C - Resiliência a Eventos Traumáticos- Inquérito Epidemiológico na Cidade De São Paulo no Ano de 2007.....	97 (C-1 – C-43)
10 – CONCLUSÃO.....	98
11- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
ANEXOS.....	111

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Qualidade de relacionamentos: um preditor específico de resiliência/vulnerabilidade seguindo o abuso.....	9
Figura 2. Trajetórias prototípicas de ruptura no funcionamento normal durante o período de 2 anos seguintes a uma perda ou a um trauma.....	16
Figura 3. Efeitos ilustrativos de variáveis moderadoras em interação com o status de risco e em relação aos desfechos competentes.....	33
Figura. 4. Comportamento anti-social como função da atividade da MAOA e de uma história de maus-tratos na infância.....	39
Figura. 5. Efeito dos maus-tratos na infância no risco de depressão moderado pelo gene 5-HTT.....	39
Figura. 6. Medidas Biológicas de risco e resiliência subdivididos pela exposição, resistência, recuperação e TEPT atual.....	44
Figura 7. Efeito protetor de um bom relacionamento.....	64
Figura 8. Exemplo de um Modelo Indireto de Risco e Resiliência.....	66
Figura 9. Perda materna (antes dos 11 anos), agentes provocantes e depressão.....	67
Figura.10. Intimidade com o parceiro, agentes provocantes e transtorno afetivo.....	68
Figura 11. Exemplo de Modelos de Efeitos Principais Baseados em Análises Multivariadas na Pesquisa da Resiliência.....	79
Figura 12. Exemplos de Modelos de Interação para a Pesquisa da Resiliência.....	80
Figura 13. Interação do estresse e QI com relação ao sucesso acadêmico.....	81
Quadro 1. Itens da Escala de Resiliência.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS

5HT1A – 5-hidroxi triptamina-1A

ARS – Adolescent Resilience Scale

CIDI – Composite International Diagnostic Interview

CD-RISC – Connor-Davidson Resilience scale

CID-10 – Classificação Internacional das Doenças

CRH – Hormônio liberador de corticotropina

DHEA – Dehidroepiandrosterona

DSM – Diagnostic and Statistical Manual

FP – Fatores Protetores

GABA – Ácido Gama-Aminobutírico

HPA – (eixo) Hipotálamo-pituitária-adrenal

ISI – Institute for Scientific Information

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MAO-A – Monoaminoxidase A

MEDLINE – Base de Dados da *U.S. National Library of Medicine*

PANAS – Positive and Negative Affect Scale

PDEQ – Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaires

PILOTS - Published International Literature On Traumatic Stress

PRS – Physical Reaction Subscale

PTSD – Posttraumatic Stress Disorder

RSA – Resilience Scale for Adults

SCL-90 – Symptom Checklist 90-revised

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TIS – Tonic Imobility Scale

TSST – Trier Social Stress Test

1 - INTRODUÇÃO

1.1 Definição do Termo Resiliência

“Uma definição apenas define os definidores.”
Mário Quintana

“ - Quando *eu* uso uma palavra –Humpty-Dumpty disse com certo desprezo – ela significa o que eu quiser que ela signifique... Nem mais nem menos.
- A questão é – disse Alice – se você *pode* fazer as palavras significarem tantas coisas diferentes.
(Alice através do Espelho e o que Alice encontrou lá, Lewis Carrol, 1872)

O termo resiliência, originariamente, tem suas raízes nas ciências físicas. É utilizado para descrever a habilidade que um material possui de armazenar energia ao sofrer uma pressão e de se flexionar elasticamente sem quebrar ou se deformar (GORDON, 1978 *apud* NORRIS *et al*, 2008). Descreve ainda a velocidade com a qual um sistema retorna ao seu equilíbrio após deslocamento, sem considerar quantas oscilações sejam necessárias para isso. Ou seja, diz respeito à velocidade com que a homeostase é atingida novamente (BODIN & WIMAN, 2004 *apud* NORRIS *et al*, 2008). Etimologicamente, a origem inglesa da palavra (*resilient*) também remete à idéia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação (HOUAISS & VILLAR, 2001).

A partir dessa metáfora de elasticidade, de retorno à homeostase e de flexibilidade que impede a quebra do material diante de um estresse, o termo vem sendo utilizado na Psicologia e Psiquiatria desde o final da década de 70. Começou a ser utilizado com o surgimento de evidências de que algumas crianças seriam capazes de apresentar um desenvolvimento favorável apesar da grande exposição a condições de risco. No entanto, ao longo dessas três décadas, suas definições vêm sendo diversas para diferentes autores/pesquisadores. A literatura sobre o tema reflete pouco consenso, com variações substanciais na operacionalização e aferição dos construtos principais (LUTHAR *et al*, 2000a).

A expressão já foi utilizada como sinônimo de fator de proteção intrínseco ao indivíduo (HOGE *et al*, 2007), como uma característica positiva da personalidade que facilita a adaptação individual (WAGNILD & YOUNG, 1993), e como sinônimo do conjunto de fatores de proteção individuais, familiares e sociais (LAM & GROSSMAN, 1997). Embora já tenha sido utilizada como sinônimo de desfecho positivo, freqüentemente, é usada para descrever o processo dinâmico que leva à adaptação positiva no contexto de uma adversidade (LUTHAR *et al*, 2000a).

A distinção entre os fatores que definem a resiliência e os fatores que a promovem ou a reduzem também costuma ser pouco clara. Por exemplo, a auto-estima positiva ora é considerada um preditor da resiliência, ora é apresentada como um critério para defini-la (KINARD, 1998).

Em Inglês, vemos dois termos relacionados ao construto, com grafias distintas – “*resiliency*” e “*resilience*”. Observamos que o primeiro, freqüentemente, é utilizado para se referir aos fatores (protetores) relacionados à resiliência, como um traço de personalidade do indivíduo que favorece a superação; já “*resilience*” costuma descrever o processo que leva à adaptação/superação de uma adversidade. Essa, no entanto, não pode ser considerada uma regra e, certamente, encontramos artigos em que essa distinção não está clara. Luthar et al (2000a) acreditam que essa confusão entre “traço” e “processo” pode derivar, pelo menos em parte, da influência da literatura que versa sobre o construto “*ego-resiliency*”. Esse conceito se refere a uma característica pessoal do indivíduo, que refletiria uma resistência do caráter e uma flexibilidade de funcionamento na resposta a várias circunstâncias ambientais, com uma capacidade dinâmica de modificar contextualmente o nível individual de autocontrole em resposta às demandas e ofertas situacionais (KLOHNEN, 1996; LETZRING *et al*, 2005). Como característica da personalidade, o conceito de “*ego-resiliency*” não pressupõe a

necessidade de uma exposição substancial a uma adversidade, enquanto que “resilience” (isto é, o processo que leva à adaptação positiva) requer, por definição, a exposição a uma condição adversa. Masten (1994 *apud* LUTHAR *et al.* 2000a) sugere cautela na utilização do termo “resiliency”, por causa de sua conotação de “traço individual”.

Em virtude da falta de consenso, a resiliência psicológica foi, ironicamente, apelidada por Rutter (1999) - um dos pioneiros em seu estudo -, como o “Rorschach do Milênio”, fazendo menção ao teste projetivo de avaliação de personalidade. Diz ele:

Resiliência fornece o estímulo ideal para as pessoas lerem nela o que quer que as preocupe. É claro que, como Humpty-Dumpty esclareceu há mais de um século atrás, indivíduos podem fazer as palavras significarem o que eles quiserem. No entanto, a comunicação é problemática quando a mesma palavra é utilizada por diferentes pessoas para exprimir idéias totalmente disparatadas. (RUTTER, 1999 p. 159 – tradução nossa).

Apesar da inexistência de um consenso na literatura, a maioria das definições enfatiza a capacidade de adaptação bem-sucedida diante de um distúrbio, estresse ou adversidade (NORRIS *et al.*, 2008). Também não existe ainda um consenso sobre a definição operacional da resiliência (KINARD, 1998). No entanto, parece também haver uma proximidade em outros dois pontos: primeiro, que a resiliência é melhor definida como uma habilidade ou processo do que como um desfecho; e segundo, que é melhor definida como adaptabilidade do que como estabilidade (NORRIS *et al.*, 2008). Para Norris *et al.* (2008), a resiliência é um processo ligando um conjunto de capacidades adaptativas a uma trajetória positiva de funcionamento e adaptação após um distúrbio. Isto é, um processo ligando recursos (capacidades adaptativas) a desfechos (adaptação). É possível percebermos uma convergência de muitos pesquisadores para esse conceito atual de maior complexidade, considerando a resiliência como um construto multifacetado que expressa um processo dinâmico e

envolve a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e de proteção (ASSIS *et al*, 2006).

A resiliência é, assim, um construto contextual e inferencial e, para identificá-la, dois julgamentos são necessários. Primeiro, que tenha havido uma ameaça significativa ao indivíduo, tipicamente indexada por: um estado de alto-risco (p.ex. nascimento em condições sócio-econômicas extremamente precárias, de uma mãe solteira e sem instrução secundária); ou uma exposição a uma adversidade severa; ou um trauma (violência familiar, guerra, morte de um parente). Segundo, que a qualidade da adaptação ou do desenvolvimento seja boa. Indivíduos não são considerados resilientes se nunca tiverem sofrido uma ameaça significativa (MASTEN & COATSWORTH, 1998; MASTEN 2001).

A seguir, descreveremos mais detalhadamente a origem desse conceito e sua evolução.

1.2 Histórico

1.2.1 A origem do conceito de Resiliência na Psicopatologia do Desenvolvimento. As crianças “invulneráveis”.

“Aquele que vê as coisas crescerem desde o princípio terá, delas, a melhor visão”.

Aristóteles

“O menino é o pai do homem”.

William Wordsworth.

A percepção de que experiências negativas de vida e acontecimentos estressantes podiam precipitar transtornos mentais esteve presente desde os primórdios da prática psiquiátrica há mais de 200 anos atrás. Tradicionalmente, os estudos empíricos deram ênfase, por muito tempo, na demonstração de que as experiências ruins levavam a desfechos negativos para a saúde mental (RUTTER, 1985). Entende-se por

estressor qualquer circunstância adversa que ameace o bem-estar ou funcionamento de um indivíduo, organização, vizinhança, comunidade ou sociedade (NORRIS *et al*, 2008).

Os interesses de Bowlby sobre a infância e sobre os componentes afetivos da maternidade constituíram uma primeira mudança nesse enfoque, e estudos posteriores confirmaram que ele estava certo em enfatizar a influência das experiências familiares e das relações parentais para o desenvolvimento psicológico da criança. No entanto, Bowlby ainda superestimava tanto a universalidade quanto a irreversibilidade de um dano para a posterior saúde mental do indivíduo (RUTTER, 1985).

No final da década de 70, alguns estudos na área de psicopatologia do desenvolvimento começaram a evidenciar o que antes parecia inesperado: que, apesar da exposição a graves estressores, parte das crianças não sucumbia, demonstrando competência apesar da adversidade. Nessa época, tornou-se popular o conceito de “criança invulnerável” (RUTTER, 1985).

O estudo epidemiológico longitudinal conduzido na ilha de Kauai no Hawaí, com primeira publicação feita por Werner & Smith em 1982, marcou definitivamente essa mudança de paradigma: do predominante enfoque dado aos fatores de risco que levavam a problemas psicossociais, para a identificação da resistência dos indivíduos. O estudo, iniciado em 1955, acompanhou uma coorte de 698 crianças, desde o pré-natal e com reavaliações nas idades: 1, 2, 10, 18, 32 e 40 anos. Dessas crianças, cerca de 30% viviam “sob risco”, devido a estresse perinatal, pobreza, discórdia familiar crônica, desorganização e graves problemas mentais dos pais. Os pesquisadores observaram que dois terços do grupo com quatro ou mais fatores de risco desenvolveu distúrbios de aprendizagem, delinqüência, distúrbios mentais ou gravidez na adolescência. Entretanto, cerca de um terço se desenvolveu adequadamente, se tornando adultos competentes,

confiáveis e cuidadosos (WERNER, 1989, 1992). Os autores categorizaram, então, as características desses indivíduos competentes apesar da adversidade. Esses tinham sido crianças ativas, afetivas, fáceis de lidar, comunicativas e práticas e que desenvolveram um padrão de enfrentamento que combinava autonomia com uma habilidade de pedir ajuda quando necessário. Frequentemente, essas crianças tinham um interesse especial ou hobby que compartilhavam com um amigo, o que lhes dava um sentimento de orgulho e auto-estima. Acreditavam na efetividade de suas ações e tinham um forte sentido de responsabilidade. Os autores também observaram que esses indivíduos tiveram a oportunidade de uma ligação próxima a pelo menos um adulto estável e competente, e de participarem de um ambiente saudável extra-familiar (WERNER, 1992).

O estudo da resiliência surgiu do estudo do risco, à medida que os investigadores pioneiros (como Werner, Rutter, e Garmezy) perceberam que algumas crianças prosperavam em meio à adversidade (MASTEN & COATSWORTH, 1998).

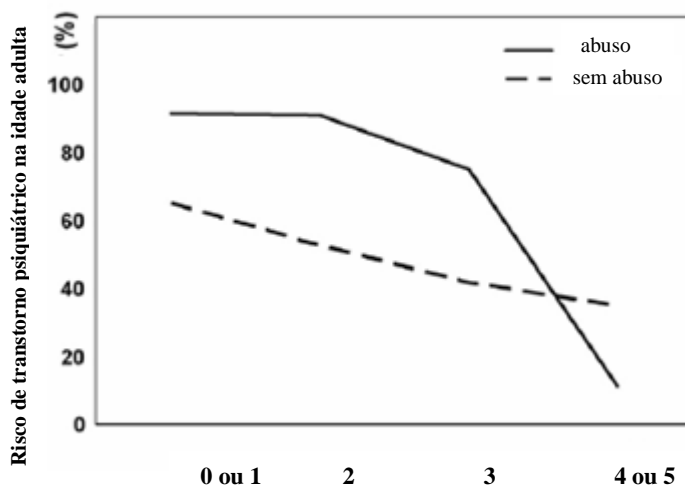
“Essas crianças podem nos ensinar melhores modos de reduzir o risco, promover competência e modificar o curso do desenvolvimento em direções mais positivas” (MASTEN, 1998, p. 206 – tradução nossa).

A partir da observação da enorme variabilidade de resposta aos estresses exibidas pelas pessoas, que não podia ser explicada apenas pela diferença dos estressores e por suas diferentes gravidades, surge a hipótese de “*buffering*”, isto é, de que fatores protetores pudessem impedir, amortecer ou atenuar o efeito do estresse, evitando assim o desenvolvimento de transtornos mentais. Uma compreensão dos mecanismos subjacentes a essa variação poderia ajudar a esclarecer os processos causais e, fazendo isso, teria implicações para estratégias de intervenção no que diz respeito tanto à prevenção quanto ao tratamento (RUTTER, 1985, 2006).

Muitos estudos foram, então, realizados por pesquisadores da Psicopatologia do Desenvolvimento, passando a considerar não apenas os desfechos negativos (psicopatologia), mas os positivos (p.ex. competência), e a investigar não só os fatores de risco, mas os fatores protetores que levavam a uma adaptação positiva na adversidade. Embora correlações estatisticamente significativas fossem geralmente encontradas entre estresse e ajustamento, a magnitude dessas correlações estava tipicamente entre 0.30 e 0.40. Estudos que exploraram, além dos estresses de vida, o impacto de atributos da criança e de fatores ambientais no ajustamento, levaram a coeficientes de correlações entre 0.60 e 0.80, explicando uma proporção bem maior da variância no ajustamento do que a predita apenas pelos estresses de vida (LUTHAR & ZIEGLER, 1991).

Outro estudo longitudinal a partir de uma amostra populacional na Ilha de Wight, Inglaterra, iniciado em 1964, acompanhou intensivamente um grupo de crianças sob risco e um grupo controle, totalizando 571 crianças, reavaliadas então na adolescência e na meia-idade. Em 2007, Collishaw *et al.* (2007) publicaram os últimos resultados do subgrupo que sofreu abuso (investigado retrospectivamente) e um grupo controle. De toda a coorte, quarenta e quatro indivíduos relataram história de abuso físico ou sexual severo na infância, que foi mais comum no contexto de outra adversidade familiar e associado a um baixo cuidado parental. Esse grupo apresentou taxas aumentadas de transtornos psiquiátricos (mesmo após controle da variável de adversidade familiar) na adolescência e na vida adulta, tais como: ansiedade, depressão, ideação e tentativas de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), abuso/dependência de substâncias, distúrbio de conduta e dificuldade de relacionamento com pares. Nesse grupo, uma substancial minoria não relatou nenhum problema de saúde mental ao longo da vida e foram classificados como “resilientes”. Para testar se

esses indivíduos apresentavam problemas em outras esferas, eles foram comparados com um subgrupo de indivíduos sem história de abuso e também sem transtornos mentais na vida adulta, no que diz respeito a dificuldades de funcionamento da personalidade, instabilidade relacional, crime e percepção de estado de saúde ruim. No entanto, no subgrupo “resiliente”, embora alguns indivíduos mostrassem dificuldades isoladas, o grupo apresentou taxas ainda menores do que o grupo de comparação, mostrando um funcionamento psicossocial superior. Indivíduos com escores elevados para neuroticismo se mostraram com menor probabilidade de serem resilientes a um transtorno mental na idade adulta. Foram evidenciadas taxas elevadas de resiliência dentre aqueles com história de presença de, pelo menos, um dos pais como muito cuidadoso; dentre os com boas relações entre os pares na adolescência; e com boa qualidade das amizades e a estabilidade das relações amorosas na vida adulta. Controlando-se pela variável de gravidade do abuso, as variáveis neuroticismo adulto, qualidade de relacionamento entre os pares na adolescência, presença de transtorno mental na adolescência e cuidado parental permaneceram significativas ou quase. Como mostrado na figura 1, na predição de transtorno mental, foi evidenciada uma interação significativa entre o status de abuso e o índice de funcionamento relacional (composto pelo número de domínios bem sucedidos: elevado cuidado parental; relacionamento normal entre pares adolescentes; boas amizades na vida adulta, apoio de um primeiro parceiro e história de relacionamentos estáveis).



Número de domínios de funcionamento de relacionamentos bem-sucedidos.

Figura 1. Qualidade de relacionamentos: um preditor específico de resiliência/vulnerabilidade seguindo o abuso. Risco de transtorno psiquiátrico (pelo DSM-IV) ao longo da vida adulta de acordo com escores no índice de funcionamento relacional (número de domínios bem sucedidos: elevados cuidados parentais; relacionamento normal entre os pares na adolescência; boas amizades na vida adulta; primeiro parceiro que apóie; história de relacionamento estável). Adaptado de Collishaw *et al.* (2007).

Garnezy *et al.* (1984) também estudaram crianças sob risco de psicopatologia. Conduzindo pesquisas inicialmente com filhos de mães esquizofrênicas, e observando o grande número de crianças vulneráveis que mostraram pouco ou nenhum sinal de patologia ou incompetência, os autores passaram a se dedicar ao estudo da “resistência ao estresse” em crianças. Essa era por eles definida como: “manifestações de competência apesar da exposição a eventos estressantes”. Garnezy *et al.* (1984) encontraram que a maior parte das crianças não se tornou adultos mal-adaptados, mas cresceram como pessoas calorosas e competentes, que tinham como características: efetividade no trabalho, lazer e relacionamento amoroso; expectativas elevadas; visão positiva; auto-estima; *locus* interno do controle; auto-disciplina; habilidades para a solução de problemas e para o pensamento crítico e humor.

Todos esses estudos com crianças operacionalizaram cada um dos maiores construtos relacionados com a resiliência (como p.ex. os construtos competência e estresse) por múltiplas medidas, muitas vezes usando várias fontes de informação para a avaliação do desfecho (como, p.ex. pais, professores, desempenho escolar).

O mesmo reconhecimento de que muitos não sucumbiriam com perdas pessoais foi aplicado aos adultos, através das evidências de que, embora o risco de depressão seja aumentado após eventos de vida negativos, é comum que a maioria das pessoas não se torne deprimida apesar das experiências estressantes (PAYKEL, 1978 *apud* RUTTER, 1985).

1.2.2. A resiliência é dinâmica, relativa, e resultado de interações constitucionais e ambientais.

Em 1985, Rutter publica seu clássico artigo “Resilience in the Face of Adversity Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder”, onde ele comenta o equívoco produzido pelo termo “invulnerabilidade” de levar as pessoas a acreditarem que tais crianças “invulneráveis” seriam constitucionalmente tão resistentes que não cederiam sobre a pressão de estresses ou adversidades. Rutter esclarece que a resistência ao estresse é relativa e não absoluta, sendo mais útil considerar a susceptibilidade ao estresse como um fenômeno gradativo. Esse grau de resistência não seria uma qualidade fixa, mas variaria ao longo do tempo e de acordo com as circunstâncias. Por esse motivo, os pesquisadores passaram a preferir o conceito de resiliência ao de invulnerabilidade para descrever esses fenômenos. Embora, nos primeiros anos do estudo sobre a resiliência, a variabilidade individual de resposta aos estressores fosse muitas vezes atribuída apenas a diferenças constitucionais - o que levou a uma série de estudos sobre as variações do temperamento - Rutter reforça em seu artigo que as bases da resistência são tanto ambientais quanto constitucionais. Embora as diferenças individuais também devam ser geneticamente determinadas, essas bases genéticas não explicariam todo o fenômeno. Rutter (1985, 1987, 1993) nos lembra que não é acurado ou útil conceitualizar diferenças individuais como devidas à natureza e o estresse como resultado do ambiente. Primeiro, porque padrões do temperamento refletem tanto

fatores genéticos quanto fatores relacionados à experiência do indivíduo. Segundo, pois a genética do indivíduo cria, em parte, os ambientes que ele experimenta. Terceiro, porque fatores genéticos podem operar largamente através de influências na susceptibilidade a condições particulares do ambiente (RUTTER, 1985). Além disso, como Lazarus *et al.* (1985 *apud* LUTHAR & ZIEGLER, 1991) argumentaram, o estresse não repousa apenas no estímulo ambiental, mas na avaliação da pessoa sobre a relação entre o estímulo ambiental e os seus recursos pessoais para enfrentar as demandas impostas.

Masten & Coatsworth (1998) também observam que a maioria dos pesquisadores da década de 90 assumiram que a resiliência surge de interações dinâmicas dentro do organismo e entre ele e o ambiente. Dizem os autores: “a competência resulta de complexas interações entre a criança e seu ambiente; e, portanto, irá mudar na medida em que a criança se desenvolve ou quando muda o contexto. A criança é um sistema vivo” – e podemos pensar, que um adulto também é assim – “À medida que ela cresce” – ou que envelhece, ou que o tempo passa – “os contextos em que ela deve funcionar mudam, e os desafios que ela deve negociar para demonstrar competência irão diferir”. (...). “Mais ainda, a mesma criança” – ou pessoa – “pode ser julgada como competente em um contexto e incompetente em outro. Similarmente, uma criança capaz pode não ser bem sucedida em um determinado ambiente por causa de barreiras para oportunidades de sua ação, como pode ocorrer para um grupo oprimido ou sociedade”. E concluem: “O desenvolvimento está enviesado na direção da competência, mas não existe isso chamado de criança invulnerável” (MASTEN & COATSWORTH, 1998, p. 206 – tradução nossa).

Nesse processo dinâmico, enquanto circunstâncias passadas continuam a ter peso, circunstâncias subseqüentes também são importantes (VANDERBILT-

ADRIANCE & SHAW, 2008). Peck (1987 *apud* LUTHAR & ZIGLER 1991) ao descrever um “adulto invulnerável”, também observa que esse forte impulso individual em direção à superação periodicamente o leva a entrar em contato com um alto-risco que ele não é capaz de dominar, podendo resultar em ansiedade ou depressão (LUTHAR & ZIGLER, 1991)

Existem poucos estudos que examinam a continuidade e descontinuidade da resiliência ao longo do tempo, mas aqueles que o fazem geralmente demonstram que a resiliência não é estável, sobretudo dentre aqueles com mais alto-risco (VANDERBILT-ADRIANCE AND SHAW, 2008).

Dumont *et al.* (2007) sugerem duas explicações para a queda observada do número de indivíduos resilientes com o passar dos anos em um estudo longitudinal dentre vítimas de abuso. Pela ocorrência de novas experiências de revitimação e retraumatização, ou pela possibilidade de que estressores subseqüentes venham erodir os apoios remanescentes, os recursos ou competências, levando assim a um estado de má-adaptação de duração desconhecida.

1.2.3. O Transtorno de estresse pós-traumático e o estudo da resiliência na Traumatologia e entre adultos.

“...a disfunção jamais será completamente compreendida sem um mais profundo conhecimento da saúde e da resiliência” (Bonanno, 2004; p. 26).

Embora o estudo da resiliência em crianças venha sendo desenvolvido ao longo de cerca de quatro décadas, só recentemente esse construto começou a ser mais amplamente estudado entre adultos. A maior parte das pesquisas sobre resiliência vem sendo conduzida com populações jovens, e pouco é conhecido sobre como a resiliência opera na vida adulta (CAMPBELL-SILLS *et al.*, 2006). Bonanno (2004) argumenta também que, como a maior parte da pesquisa sobre trauma e perda incluía apenas

populações que procuravam tratamento, muito pouco se sabe sobre como o processo de adaptação resiliente opera nessas faixas etárias.

Na história da classificação psiquiátrica *DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi incluído somente em 1980, na sua terceira edição (*DSM-III*). Na versão anterior, isto é, na segunda edição (*DSM-II*), só havia a descrição de um quadro de “transtorno situacional transitório”, que deveria remitir logo após a retirada do estressor, com retorno à normalidade. Caso esse retorno não ocorresse, os sintomas seriam atribuídos a uma neurose subjacente, o que levou a estigmatização de muitas pessoas - julgadas como “fracas de caráter” ou como portadoras de uma fragilidade -, responsabilizando-as mais do que o evento traumático pelos seus sintomas. No *DSM-III*, foi incluído o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, que descrevia, no entanto, que o estressor produzindo essa síndrome evocaria sintomas significativos na maioria das pessoas, estando geralmente fora de experiências comuns como luto, doença crônica, perdas financeiras ou conflito conjugal. Assim, o TEPT rapidamente passou a representar uma “resposta normal a um trauma catastrófico” (YEHUDA & FLORY, 2007).

No entanto, os estudos epidemiológicos subsequentes não apoiaram essa afirmativa, observando uma proporção baixa de TEPT desenvolvido entre os expostos a esses eventos (YEHUDA & FLORY, 2007).

Como compara Ribeiro *et al* (2005), os dois manuais oficiais para classificação diagnóstica, (a Classificação Internacional das Doenças na sua décima edição – CID-10; e o *DSM-IV*) apresentam diferenças marcantes nos critérios para definição de caso de TEPT. Diz ele:

[...] as diferenças principais dizem respeito à definição de evento traumático e à forma como os indivíduos se referem a ele. A CID-10 define como evento traumático, em seu Critério

A, a exposição a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, que deve causar angústia invasiva em quase todas as pessoas. Já no Critério A do DSM-IV, a definição é bem mais abrangente, incluindo qualquer evento que represente um ameaça à própria integridade física ou de outras pessoas. Para o DSM-IV, os eventos traumáticos são definidos não apenas em função das características objetivas da experiência vivida, mas também em função da resposta subjetiva de intenso medo, impotência ou horror diante do evento (Ribeiro *et al*, 2005, p. 140).

Embora não seja tecnicamente possível diagnosticar TEPT imediatamente após um trauma (visto que é necessário que os sintomas estejam presentes por mais de um mês para que seja estabelecido o diagnóstico), mais de 90% de sobreviventes de um trauma exibem inicialmente algum grau de sintomas agudos de TEPT. Com o tempo, a maioria dos sobreviventes apresenta uma redução dos sintomas, com persistência do diagnóstico em apenas uma minoria. Assim, o TEPT pode representar uma falência na recuperação de um conjunto de reações universais (YEHUDA, 2004).

Vários fatores de risco para TEPT vêm sendo identificados e incluem variáveis pré-traumáticas, peritraumáticas e pós-traumáticas. Dentre as pré-traumáticas estão incluídas: baixo nível sócio-educacional; baixa inteligência; atrasos do desenvolvimento; história prévia de transtorno mental e sexo feminino. Dentre as peritraumáticas, estão: a magnitude do estressor, as reações imediatas a este e a presença de dissociação peritraumática. Variáveis pós-traumáticas incluem: falta de apoio social percebido; subsequente estresse de vida; e contínua ameaça à segurança. História de exposição prévia a um trauma, como abuso infantil, geralmente está associado ao desenvolvimento de sintomas mais graves de TEPT após um novo trauma. Em uma meta-análise dos fatores de risco para TEPT conduzida por Brewin CR *et al.* (2000 *apud* HOGE *et al.* 2007), os mais importantes preditores encontrados foram: falta de apoio social; presença de estresses de vida adicionais; gravidade do trauma;

adversidade na infância e baixa inteligência. Em outra meta-análise, conduzida por Ozer *et al.* (2003 *apud* HOGE *et al.* 2007), o maior preditor de TEPT foi dissociação peritraumática.

Segundo Bonanno (2004), a resiliência seria a resposta mais comum a um trauma potencial. Para esse autor, a maioria dos indivíduos manteria uma trajetória relativamente estável de funcionamento saudável após a exposição a um trauma potencial. Muitos indivíduos apresentariam apenas um quadro de sintomas de curta-duração ou de reações subclínicas ao estresse - como dificuldade esporádica de concentração, insônia intermitente, e variabilidade diária de níveis de bem-estar -, que remitiriam após algumas semanas, com a manutenção de seu funcionamento efetivo ou próximo a sua normalidade. No entanto, como a maior parte do conhecimento sobre como os adultos lidam com uma perda ou um trauma teria sido proveniente de estudos com indivíduos que buscavam tratamento ou exibiam maior mal-estar, os teóricos costumavam ver esse tipo de resiliência como rara e patológica. Essa seria vista como sinal de uma força emocional excepcional ou como uma aberração resultante de negação extrema. Assim, já chegou a ser assumido que virtualmente todos os indivíduos expostos a eventos violentos e de ameaça à vida iriam se beneficiar de intervenção terapêutica, que, muitas vezes, se mostrou ineficiente ou mesmo prejudicial (BONANNO 2004, 2005).

Bonanno (2004) sugeriu, então, que fosse adaptado o corpo da literatura desenvolvimentalista sobre resiliência para estudar desfechos resilientes em adultos que são expostos a eventos potencialmente muito disruptivos. Vista pela perspectiva da traumatologia, a resiliência é a adaptação eficaz apesar de ameaças significativas à integridade pessoal e física (AGAIBI & WILSON, 2005).

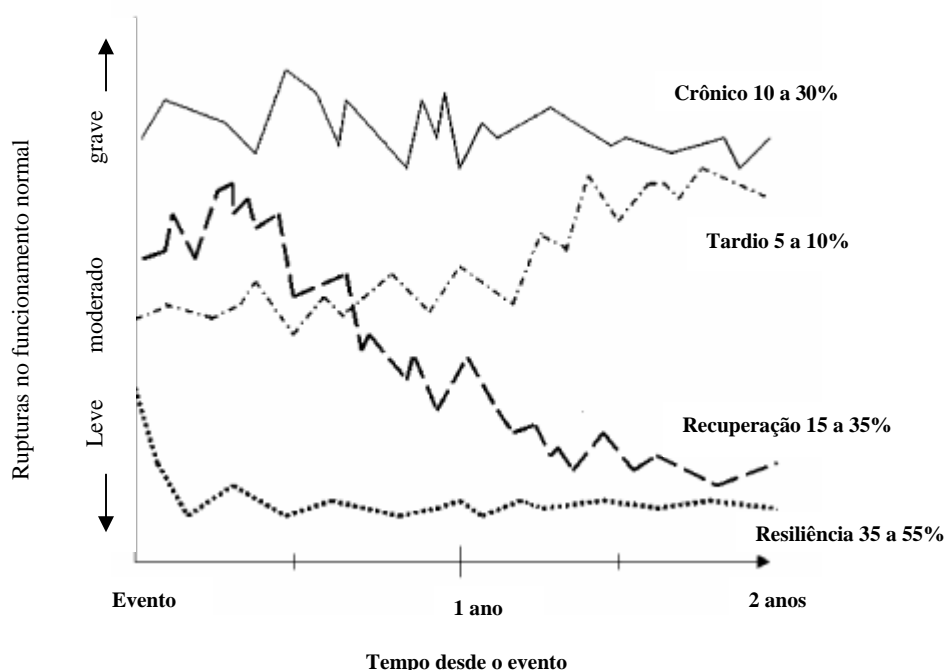
Para Hoge *et al.* (2007), nesse contexto do estudo dos eventos traumáticos (traumatologia), indivíduos resilientes seriam aqueles que experimentam um trauma e que não desenvolvem TEPT. Bonanno, em seus estudos, também costuma operacionalizar a resiliência como a ausência de sintomas de TEPT ou a presença de apenas um sintoma deste transtorno (BONANNO *et al.* 2006).

Essa operacionalização para definir resiliência vem sendo alvo de críticas, como, por exemplo, a de (ALMEDOM & GLANDON, 2007). Ele diz:

[...]esse estudo se restringiu a medir o TEPT como indicador de resiliência. Isso traz um problema. Assim como é difícil interpretar a ausência de febre (acuradamente medida por um termômetro) como evidência de boa saúde em indivíduos que podem bem ter outros sintomas de doenças não medidos por um termômetro, é inadequado igualar a ausência de TEPT como evidência de resiliência (Almedon, 2007, p. 138).

Uma diferença observada nos estudos nessas diferentes faixas etárias é que, embora a resiliência entre crianças possa ser utilizada para significar também recuperação (RUTTER, 2006), nos estudos conduzidos em adultos comumente essa distinção é feita, com a afirmação de que a trajetória resiliente é diferente da trajetória de recuperação após um transtorno maior (BONANNO, 2005). Ver figura 2.

Figura 2. Trajetórias prototípicas de ruptura no funcionamento normal durante o período de 2 anos seguintes a uma perda ou a um trauma. Extraído de Bonanno *et al.* (2005).



Luthar & Brown (2007) observam, no entanto, que talvez essas trajetórias não sejam qualitativamente diferentes, mas que possam apenas refletir diferentes níveis de um mesmo contínuo de relativa resiliência. Para eles, talvez o grupo “resiliente” possa, mais rápido e prontamente do que o grupo “recuperado”, acessar os vários recursos de amortecimento (“*buffering*”). Os autores acrescentam que seria necessária a evidência de um conjunto distinto de preditores ou conseqüências, para estabelecer que resilientes e recuperados sejam grupos qualitativamente diferentes.

Já para Yehuda (2006a), é essencial diferenciarmos esses dois aspectos da resiliência – resistência e recuperação – que devem ser avaliados separadamente. Para a autora, é imperativo não apenas distinguir entre protótipos relacionados com a resiliência, mas testar a extensão na qual esses constructos estão relacionados, comparando parâmetros biológicos e psicológicos e suas associações na sua capacidade de distinção de sobreviventes de trauma que nunca desenvolveram TEPT e aqueles que se recuperaram dele.

O estudo da resiliência entre crianças enfatiza que esta deriva de diferentes forças, incluindo aspectos proximais e distais do ambiente, e que mesmo “traços protetores da criança”, como boa auto-regulação e alta auto-eficácia, são afetados pela qualidade de suas relações com a família e a comunidade. Já o estudo da resiliência entre adultos tem focado amplamente nos atributos pessoais individuais, como traços de personalidade e biologia, fazendo pouca menção a como esses atributos dependem eles mesmos de qualidades externas, como as relações de apoio (LUTHAR & BROWN, 2007; HOGE *et al*, 2007).

Embora, de algum modo, a resiliência ao trauma represente um problema mais simples (o contexto aversivo está centrado em um único evento), ainda será crucial determinar: como ela varia ao longo da vida; como a resiliência no adulto se relaciona

às experiências do desenvolvimento; e se os vários fatores que promovem resiliência no adulto também poderiam funcionar de uma maneira cumulativa e interativa (MCFARLANE AND YEHUDA, 2008 *apud* SELIGMAN & CSIKSZENTMIHALYI 2000; RICHARDSON, 2002; BONANNO, 2004; CAMPBELL-SILLS *et al.*, 2006).

1.3. A Psicologia Positiva

“não digo que a vida é bela,
tampouco me nego a ela.
Digo sim”.

Ferreira Gullar

Além da mudança de paradigma representada pelos estudos sobre a resiliência que passaram a focar os desfechos positivos e fatores protetores, outro movimento atual vem estimulando a produção científica em outra direção que não a tradicionalmente voltada para as doenças e fatores de risco. Em 2000, Seligman & Csikszentmihalyi publicaram um editorial observando que o campo da Psicologia teria se afastado de sua proposição inicial e de que nas várias últimas décadas esse estaria sendo focado quase que exclusivamente na compreensão do funcionamento humano a partir de um modelo médico focado na doença e mais preocupado em reparar as piores coisas da vida do que em contribuir para as qualidades positivas. A um modelo compreensivo do ser humano falta a compreensão de características positivas que fazem a vida valer a pena de ser vivida. Esperança, sabedoria, criatividade, capacidade de sonhar, coragem, espiritualidade, responsabilidade e perseverança são ignoradas ou explicadas como transformações de impulsos negativos mais autênticos. O movimento da psicologia positiva advoga uma visão mais ampla da experiência humana, que inclui a compreensão das forças individuais, dos talentos e das virtudes, encorajando a aplicação do método científico para a compreensão de toda a complexidade do comportamento

humano, incluindo a adaptação positiva e o crescimento. Essa abordagem é consistente com o que vem sendo chamado de perspectiva pós-moderna ou da “nova ciência”, que recomenda uma mudança das abordagens orientadas para os problemas para aquelas que foquem em forças, recursos, que permitam aos indivíduos sobreviverem e crescerem mesmo diante de uma adversidade. O campo da Psicologia Positiva diz respeito às experiências subjetivas valiosas: bem-estar, contentamento e satisfação (no passado); esperança e otimismo (para o futuro); fluxo e felicidade (no presente). Diz respeito aos traços individuais positivos: a capacidade para o amor e vocação, a coragem, a curiosidade, as habilidades interpessoais, a sensibilidade estética, a perseverança, o perdão, a originalidade, o talento e a sabedoria. E também às virtudes cívicas que movem os indivíduos na direção de uma melhor cidadania: a responsabilidade, o cuidado, o altruísmo, a civilidade, a moderação, a tolerância e a ética no trabalho. Os autores propõem, então, que seja lembrado que o campo da Psicologia não se restringe só em estudar a patologia, a fraqueza e o dano; é também o estudo da força e da virtude. E que o tratamento não se restringe apenas a “consertar o que está quebrado”, mas em nutrir o que há de melhor (SELIGMAN & CSIKSZENTMIHALYI, 2000; RICHARDSON, 2002; CAMPBELL-SILLS *et al.*, 2006).

Ao contrário de uma psicologia que perceba os seres humanos como focos passivos - em que um estímulo vem e provoca uma resposta -, a psicologia baseada em princípios evolucionários partiria do pressuposto de que os sistemas vivos são auto-organizáveis e orientados para uma complexidade crescente. Assim, entende-se que os indivíduos são autores de sua própria evolução, e que suas escolhas de comportamentos e de valores seriam motivadas não apenas pelas pressões da adaptação e sobrevivência, mas também pela necessidade de reproduzir melhores experiências. A partir desse ponto de vista, sempre que possível – uma vez que características psicológicas complexas não

podem ser entendidas isoladas de contextos sociais e culturais - as pessoas escolheriam comportamentos que fazem elas se sentirem mais cheias de vida, competentes e criativas (SELIGMAN & CSIKSZENTMIHALYI, 2000)

A Psicologia Positiva seria, portanto, o estudo das condições e processos que contribuem para o florescimento ou para o melhor funcionamento de indivíduos, grupos e instituições.

O objetivo da Psicologia Positiva não é negar o mal-estar e o desagradável, ou os aspectos negativos da vida, nem é um esforço para vê-los através de lentes ‘cor-de-rosa’[...] O objetivo da Psicologia Positiva é estudar o outro lado da moeda – os modos como as pessoas sentem alegria, mostram altruísmo, criam famílias saudáveis e instituições – acessando, assim, ao espectro completo da experiência humana (GABLE & HAIDT, 2005, p. 105 – tradução nossa).

Acredita-se que, desse modo, compreendendo os recursos e as forças humanas, seria possível prevenir ou diminuir o dano da doença e do estresse.

Gable & Haidt (2005) observam que talvez os mais desencorajadores desafios da psicologia positiva estejam sobre o que é realmente positivo e a linha ambígua entre **descrever** algo como “bom” e **prescrever** algo como “bom”. Rotular algo como bom ou positivo não é tarefa fácil e, considerando a complexidade dos indivíduos, um único modelo que se pressuponha para todos certamente não será efetivo.

1.4. Resiliência Comunitária

“Sou um homem comum [...] Mas somos muitos milhões de homens comuns e podemos formar uma muralha com nossos corpos de sonho e margaridas.”

- Ferreira Gullar

O conceito de resiliência vem sendo estendido para descrever também a superação de eventos adversos por comunidades e sociedades. Também vêm sendo

descritos atributos de instituições e organizações que são facilitadores de resiliência. São caracterizados por serem estruturas coerentes e flexíveis; com respeito; garantia de privacidade; tolerância às mudanças; com limites de comportamento definidos e realistas; com comunicação aberta; tolerância aos conflitos; busca de reconciliação; sentido de comunidade e empatia (FLACH, 1991 *apud* PINHEIRO, 2004).

Norris *et al.* (2008), a partir da teoria inicial de Bruneau *et al.* sobre as características dos sistemas resilientes, propõem que os recursos para a resiliência comunitária devam ter três propriedades dinâmicas: robustez, redundância e rapidez. Robustez é aqui entendida como a capacidade de suportar o estresse sem sofrer degradação. Uma estratégia de resistência é robusta se ela se mantém ou se contrapõe a uma ampla variedade de perigos, mas é frágil se funciona apenas em um número pequeno de cenários possíveis. Robustez é a força dos recursos para resiliência. Já a redundância é a extensão na qual os elementos são substituíveis em um evento após a ruptura ou a degradação. Os indivíduos também se constituem em redundância ao possuírem amplas redes sociais ou tendo mais de uma maneira para solucionar um problema, ou mesmo tendo mais de um pulmão ou mais de um rim. Assim, a redundância representa a diversidade de recursos. Comunidades que são dependentes em uma estreita margem de recursos são menos hábeis para lidarem com uma mudança que envolva alguma depleção desses. Alguns ecologistas argumentam que as economias costeiras são mais resilientes do que as economias do interior, por possuírem diferentes funções, ligações e posição favorável. A terceira propriedade dinâmica dos recursos para a resiliência seria a rapidez, isto é, a capacidade de se atingir objetivos em um tempo apropriado para conter as perdas e evitar a ruptura e de mobilizar recursos quando certas condições ameacem o sistema. As capacidades se tornaram capacidades

adaptativas quando forem robustas, redundantes ou rapidamente acessíveis e, portanto, capazes de superarem um novo estressor, perigo ou surpresa.

Norris *et al* (2008) descreveram também quatro conjuntos de recursos de uma comunidade: o desenvolvimento econômico; o capital social; a comunicação e informação; e a competência comunitária. Assim como o conceito de resiliência, o conceito de capital social veio transferido de uma disciplina (economia) para outra. Também como a resiliência, existe para esse termo uma variedade de definições e críticas para essas. A idéia básica é que os indivíduos investem, acessam e usam recursos inseridos em suas redes sociais para ganhar retornos. Nesse conceito, está incluída a estrutura de redes inter-organizacionais, caracterizadas por ligações recíprocas e freqüentes interações de apoio, com habilidade para formar novas associações e cooperar com processos decisórios.

O capital social pode ser entendido como o grau de ligação e a qualidade e quantidade das relações sociais em uma dada população. Ele pode ser definido como tendo dois componentes: o estrutural e o cognitivo. O componente estrutural inclui a extensão e a intensidade das ligações ou atividades de associação. Já o componente cognitivo engloba percepções de apoio, reciprocidade, troca e confiança. Existe uma moderada evidência de uma relação inversa entre o componente cognitivo do capital social e os transtornos mentais mais comuns. O capital social deve ser entendido como uma característica da estrutura social; como uma característica ecológica e não individual. Assim ele se diferencia dos conceitos de redes sociais e apoio social - que são atribuídas aos indivíduos. Imagina-se que o capital social poderia reduzir eventos de vida negativos e as adversidades, além de aumentar o apoio social, que pode tamponar os efeitos de eventos negativos sobre a saúde mental (HARPHAM, 2002; DE SILVA, 2008).

2 - ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO DA RESILIÊNCIA

2.1 Definição dos principais construtos relacionados à resiliência: mecanismo de risco/ estressor, adaptação positiva (ou desfecho resiliente) e processos de proteção ou de vulnerabilidade.

A crucial diferença entre processo de vulnerabilidade ou de proteção e mecanismo de risco é que esse último levaria diretamente a um transtorno, enquanto que os primeiros operariam indiretamente com seus efeitos aparecendo somente em virtude de suas interações com a variável de risco (RUTTER, 1993). A vulnerabilidade pode ser vista como uma resposta a um estressor e como uma inclinação na direção de desfechos negativos, especialmente após a exposição a eventos traumáticos (AGAIBI & WILSON, 2005).

Os termos processos e mecanismos são preferíveis aos termos “variável” ou “fator”, pois uma mesma variável pode atuar como um fator de risco em uma ocasião e como um fator de proteção em outra. É preciso que não pensemos em termos de características que sejam sempre “de risco” ou sempre “de proteção” nos seus efeitos, e, ao invés disso, focarmos nos processos específicos que operam em circunstâncias particulares para desfechos particulares (RUTTER, 1993).

O estudo da variabilidade de respostas dentre os sobreviventes deve endereçar diferenças em quatro domínios: dentre os eventos, dentre os indivíduos, dentre os ambientes de recuperação e através do tempo (LYONS, 1991).

2.1.1 Tipos de Estressores

“Todos estes que aqui estão
atravancando o meu caminho,
Eles passarão...
Eu passarinho!

Mário Quintana

Uma variedade de eventos de vida estressores e circunstâncias familiares vêm sendo pesquisadas. Desde graves desastres - como guerras e inundações e outros eventos traumáticos -; a estressores sociodemográficos e familiares - como privação econômica, institucionalização, divórcio e psicopatologia parentais-; e até mesmo estressores cotidianos menores. Pesquisas sugerem que esses últimos parecem mediar a relação entre eventos maiores de vida e saúde, e que podem estar mais relacionados com diferentes desfechos em adultos do que os eventos maiores de vida (LUTHAR & ZIGLER, 1991).

Os fatores estressores podem interagir em uma cadeia de eventos que, em combinação, predispõem a um transtorno mental (RUTTER, 1985). Muitos estudos demonstraram que o risco cumulativo está altamente associado com os desfechos negativos, e que a probabilidade de um desfecho negativo aumenta na medida em que aumentam o número de fatores de risco, como um efeito de dose-resposta. Em adição à natureza cumulativa do risco, a sua continuidade no tempo também aumenta o seu impacto (VANDERBILT-ADRIANCE AND SHAW, 2008). Além disso, pessoas expostas à adversidade crônica também têm mais dificuldade em lidar com eventos de vida agudos (PESCE *et al.*, 2004).

Os efeitos dos estressores devem ser considerados em termos do tempo em que ocorrem e do seu significado. A avaliação de uma situação pode definir se essa é vista como positiva ou ameaçadora. Assim, a resposta a qualquer estressor vai ser influenciada pela avaliação do indivíduo da situação e por sua capacidade de processar a

experiência, associando sentido a ela e incorporando-a em seu sistema de crenças (RUTTER, 1985). A percepção e a avaliação de estressores pode ser conceitualizada como fatores moderadores para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e comorbidade. Um evento será percebido como estressante se a pessoa acreditar que o estresse excede sua capacidade de enfrentamento. É a percepção de que demandas exageradas de um estressor podem levar a auto-atribuições de inadequada competência, que, por sua vez, irá afetar os desfechos positivos (AGAIBI & WILSON, 2005).

A abordagem da resiliência deve incluir um exame dos efeitos bidirecionais do estresse (Yehuda, 2006a). Embora experiências estressantes possam tornar os indivíduos mais susceptíveis a estressores posteriores, existem evidências de que, algumas vezes, a experiência de estresse pode fortalecer a resistência do indivíduo a novas adversidades (RUTTER, 2006). Assim, dependendo do momento de sua ocorrência, de sua duração e da sua intensidade, a exposição pode ser positiva ou “inoculadora”. Uma questão importante é identificar as circunstâncias que levam o estresse/adversidade resultar em efeitos endurecedores (“*steeling effects*”) ao invés de sensibilização. Rutter (2006) sugere que esse processo deve envolver adaptação fisiológica, habituação psicológica, sentimento de auto-eficácia, aquisição de estratégias efetivas de *coping* e/ou redefinição cognitiva da experiência.

Ao contrário de outros estressores que podem ter efeitos bidirecionais e cujos efeitos finais podem depender da influência adicional de outros riscos, o abuso e a negligência infantis são indubitavelmente negativos, e, claramente, a exposição contínua a estes constitui o mais deletério risco ambiental que existe (LUTHAR & BROWN, 2007). Porque crianças que sofrem maus-tratos são adversamente afetadas em sua imensa maioria, o abuso infantil e a negligência parecem representar a maior falha do

ambiente em prover oportunidades para um desenvolvimento normal (CICCHETTI & BLENDER, 2006).

Antes de inferir resiliência, existe uma possibilidade de um artefato metodológico que deve ser considerada: uma resiliência aparente pode ser simplesmente uma função da variação nas exposições a riscos. Portanto, a resiliência só pode ser efetivamente estudada se houver tanto evidência de risco mediado pelo ambiente, quanto uma medida quantitativa do grau desse risco (RUTTER, 2006). Características importantes do evento que podem explicar as variações de respostas entre os sobreviventes de um trauma são: o grau do horror experimentado, a duração do impacto, o efeito-surpresa, a continuidade da ameaça antes e após o evento, o potencial para alteração prolongada do ambiente pós-evento, a percepção de controle, a percepção de ameaça à vida, o sentimento de falência em atuar de modo que pudesse mitigar as circunstâncias do evento, a sua natureza (p.ex. se o desastre foi natural ou causado pelo homem), a existência de exposição à dor, e os seus aspectos culturais e simbólicos (LYONS, 1991; YEHUDA, 2004).

O tempo transcorrido desde o trauma também pode ser um importante fator de variabilidade. A literatura sobre trauma de estupro indica que os sintomas psicológicos freqüentemente parecem resolvidos, mas são reativados mais tarde. Indivíduos podem precisar retrabalhar sua experiência traumática a cada nível de desenvolvimento, na medida em que novas “pistas” se tornam evidentes. Por exemplo, veteranos de guerra que viram crianças combatentes ou que testemunharam abuso infantil na guerra podem ter reativadas essas situações traumáticas quando diante da paternidade. “Relapsos” intermitentes devem ser esperados, à medida que o sobrevivente vá lidando com vários componentes do trauma no decurso de sua vida, e não é indicativo de incapacidade psicológica crônica. Entretanto, na medida em que os sobreviventes de um trauma

alcançam uma idade avançada, eles podem se tornar cada vez mais susceptíveis a experimentarem sintomas graves de TEPT, com o aumento de estressores e perdas, e com o enfraquecimento de estratégias de enfrentamento (LYONS, 1991).

A diversidade do risco estudada na literatura traz um problema de comparabilidade e interpretação dos resultados entre os estudos. Por outro lado, aqueles achados que se mostram convergentes apesar dos diferentes contextos de adversidades reforçam o poder dos resultados (LUTHAR *et al.* 2000a; MASTEN, 2001).

2.1.2. Definição de Adaptação Positiva:

“Aprendi com as primaveras a me deixar cortar e a voltar sempre inteira”.
Cecília Meireles

Freqüentemente, pesquisadores usaram a ausência de psicopatologia ou de comportamento mal-adaptativo como indicador de resiliência contra condições de alto-risco. Investigações recentes tendem a valorizar aspectos de saúde e competência como desfechos.

Estudos iniciais sobre a resiliência operacionalizavam os diferentes níveis de competência com base em critérios externos de adaptação, como o de competência (p.ex. social, acadêmica, de conduta) esperada para uma determinada idade e em uma determinada cultura (LUTHAR & ZIGLER, 1991). Para Masten & Coatsworth (1998) - pioneiros no estudo dos conceitos de resiliência e competência -, a competência pode ser entendida, mais amplamente, em termos de razoável sucesso nas tarefas esperadas para uma dada pessoa, de um determinado gênero e em uma dada idade, no contexto de sua cultura, sociedade e tempo; ou, mais especificamente, para determinados domínios de sucesso (p.ex. acadêmico; de aceitação pelos pares; de conduta; ou de auto-domínio,

i.é. em termos de identidade e de autonomia). O que é saudável às vezes depende da geografia, da cultura e do momento histórico (VAILLANT & VAILLANT, 1990).

Luthar & Zigler (1991) chamam atenção sobre como melhor definir uma adaptação positiva apesar da adversidade. Será que as crianças, classificadas como resilientes com relação a sintomas externalizantes (p.ex. sem comportamento agressivo ou anti-social), pagariam um preço para atingirem essa competência na adversidade, em termos de mal-estar psicológico? Apesar de competência em índices comportamentais, indivíduos podem ter uma variedade de outras dificuldades psicológicas. Eles apontam para uma limitação dos estudos no campo da resiliência que se restringem a analisar apenas como desfecho a competência externalizada, não investigando aspectos internalizados que comprometam o bem-estar. Esses autores exemplificam estudos onde, embora o grupo resiliente (alto estresse/ elevada competência) apresentasse competência superior ao grupo afetado (alto estresse/ baixa competência), eles não mostravam vantagens similares em níveis auto-relatados de ansiedade e depressão.

Um estudo realizado por Spaccarelli & Kim (1995), examinando medidas alternativas de resiliência e correlatos em 43 meninas entre 10 e 17 anos com história de abuso sexual, indicou níveis relativamente altos de discordância entre os critérios de manutenção da competência ou de ausência de sintomatologia clínica para a definição de resiliência. Os autores sugerem que a ausência de sintomas clínicos parece uma medida mais sensível de resiliência do que a manutenção da competência no contexto do abuso sexual.

Estudos com adultos costumam manter seu foco em aspectos de sentimentos de mal-estar ou felicidade do próprio indivíduo; menos comumente utilizam a avaliação de outros (p.ex. cônjuge ou parente) sobre o seu funcionamento (Luthar & Brown, 2007).

Existe também uma variabilidade nessa definição de adaptação positiva no que diz respeito a se esta deve estar presente em vários domínios, ou se um desfecho positivo em um único domínio pode ser também considerado adequado para defini-la. A requisição da avaliação de adaptações positivas ao longo do tempo e da informação dos desfechos por outros informantes também diminuem a probabilidade de que uma criança seja considerada “resiliente” (VANDERBILT-ADRIANCE & SHAW, 2008).

Luthar & Zigler (1991) acreditam na necessidade de se utilizar ambos os critérios, internos e externos, para a identificação correta da resiliência. Uma pessoa pode funcionar bem em um domínio, independente de, ou mesmo às expensas de outros (LYONS, 1991).

Outros estudiosos ainda definem adaptação positiva apenas com base em critérios internos, ainda na ausência de psicopatologia ou em baixos níveis de sintomas e de debilitação e/ou na presença de bem-estar. De qualquer forma, quanto mais altos os níveis de desenvolvimento dos indivíduos (em termos de maturidade), mais a patologia tende a ser expressa por sintomas internalizantes, do que por distúrbios comportamentais externalizantes (LUTHAR & ZIGLER, 1991).

Luthar *et al.* (2000a) observam que, quando muitos desfechos são investigados, uma questão crítica a ser considerada é se esses devem ser examinados separadamente ou integrados. Se os desfechos abordados representam construtos diferentes, considera ser melhor examiná-los separadamente, dando prioridade àqueles desfechos para os quais as condições de adversidade representem os maiores riscos. Em outros casos, podem ser integrados em um índice composto, se houver uma justificativa teórica para isso.

Vaillant (2003) observa que apesar da doença mental poder ser definida pela presença de sintomas específicos, a saúde mental é algo mais do que a ausência de

sintomas. Considera que a saúde mental pode ser conceitualizada de diversas formas. Pode ser conceitualizada como “acima da normalidade” - incluindo a capacidade para trabalhar, para amar, para se divertir, para solucionar problemas de modo eficiente, para se manter investindo na própria vida, e para ter autonomia, reconhecendo suas próprias necessidades e sentimentos. Pode ser concebida, como na psicologia positiva, como um ideal utópico, dando ênfase na completa utilização e exploração de talentos, capacidades e potencialidades. Pode ser correlacionada com a maturidade, com o desenvolvimento e expansão de quatro aspectos: identidade; intimidade; produtividade e integridade (com aceitação da própria vida), e também com a consolidação de uma carreira (que envolve ser de valor para outras pessoas) e com a manutenção de um sentido. Pode, também, dentre outras maneiras, ser definida como bem-estar subjetivo.

É necessária a distinção de um funcionamento saudável estável, da possibilidade de negação ou de outras formas de ajustamento superficial. É necessária sua distinção também de possíveis reações tardias (p.ex. TEPT tardio) (BONANNO, 2005)

Claramente, escolhas sobre o critério de adaptação definidor de resiliência irá influenciar quem é incluído no estudo e irá refletir normas culturais (MASTEN, 2001).

Essa é uma outra possibilidade de artefato metodológico que deve ser considerada: uma aparente resiliência pode ser consequência da restrição na definição dos desfechos (RUTTER, 2006). Rutter (1993) afirma que é preciso valorizar o fato das pessoas poderem sofrer de uma série de maneiras diferentes, e que é importante que nossas medidas acomodem essa diversidade.

Luthar & Brown (2007) observam que, em virtude dessa dependência dos critérios de definição de resiliência, os estudiosos da psicopatologia do desenvolvimento são extremamente cautelosos em estimarem taxas e prevalências de resiliência, embora essas sejam encontradas na literatura com adultos. A considerável heterogeneidade de

operacionalização dos conceitos de risco e de adaptação positiva contribui para as diferenças de resultados (VANDERBILT-ADRIANCE & SHAW, 2008).

Luthar & Brown (2007) lembram também a responsabilidade desse tipo de estimativa com base em critérios estreitos (p.ex. definindo resiliência pela presença de apenas um ou nenhum sintoma de TEPT nos seis meses após um evento traumático e não considerando outros distúrbios, como p.ex. abuso de substâncias ou álcool). Alertam que a influência desses achados para políticas de saúde pode resultar na diminuição da alocação de recursos para grupos mais vulneráveis.

Porque a resiliência em relação às adversidades na infância pode ter sua origem em experiências positivas na vida adulta, uma abordagem da trajetória ao longo da vida é necessária (RUTTER, 2006).

Apesar das diferenças na operacionalização dos diferentes conceitos, estudos com crianças com um fator de risco único, predominantemente brancas, e de classe média, têm, relativamente, maiores taxas de desfechos positivos. Já os estudos que examinam o impacto de múltiplos riscos e que são realizados com amostras mais desfavorecidas são muito menos otimistas nos seus achados. Além disso, estudos mais recentes dentre amostras com baixa-renda vêm mostrando resultados consideravelmente piores do que aqueles demonstrados pelo estudo de Kauai, talvez pelas mudanças da sociedade que agregam maiores fatores de risco do que no passado, tais como aumento da parentalidade única, do divórcio e do uso de substâncias (VANDERBILT-ADRIANCE & SHAW, 2008).

Rutter (2000 *apud* VANDERBILT-ADRIANCE & SHAW 2008) aponta que certa descontinuidade através de diferentes domínios deve ser esperada, dado que riscos e fatores protetores podem ser específicos para desfechos particulares. É como se não devêssemos esperar que alguém que evitou o câncer também estaria protegido para

doença coronariana. Essa descontinuidade dentre diferentes domínios também tende a aumentar na medida em que aumenta o nível de risco (VANDERBILT-ADRIANCE & SHAW, 2008).

Outra questão importante é se, para a definição de trajetória resiliente, deve ser considerada a aquisição de uma competência média ou excelente. Luthar *et al.* (2000a) sugerem que, quando os estressores são eventos catastróficos e severos, a manutenção de um funcionamento próximo à média deve ser suficiente para definir a resiliência. Já para riscos mais moderados, a evidência de um funcionamento superior em domínios conceitualmente importantes pode ser necessária para justificar que a trajetória seja denominada de resiliente.

2.1.3. Processos protetores (“fatores resilientes”, “fatores” moderadores ou “fatores” relacionados à resiliência).

“Todo caminho da gente é resvaloso. Mas, também, cair não prejudica demais
— a gente levanta, a gente sobe, a gente volta!

João Guimarães Rosa

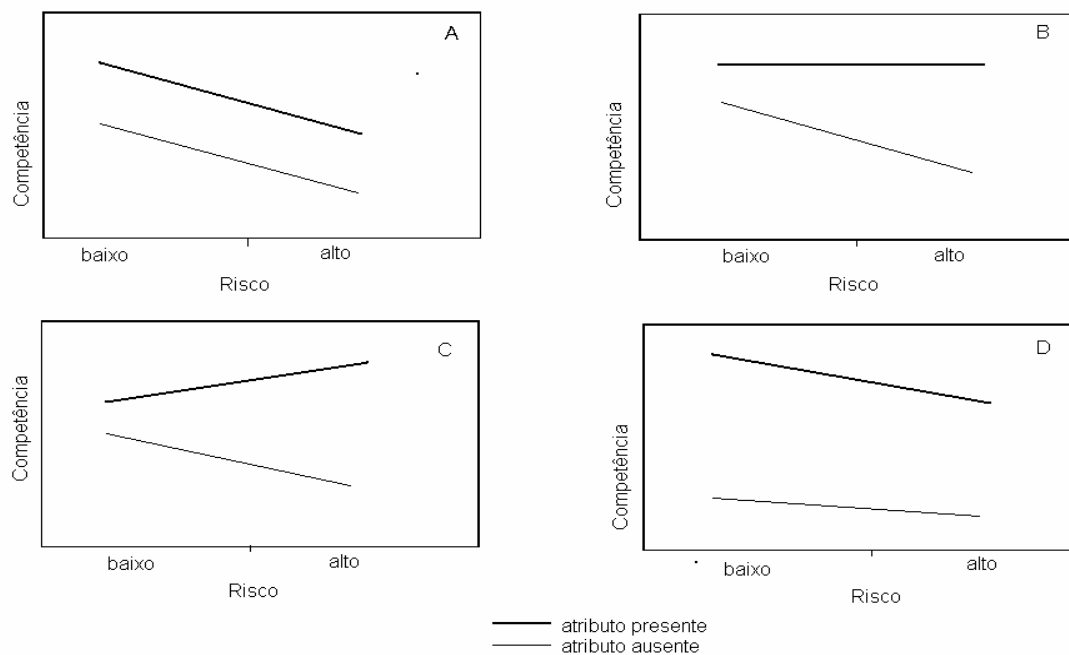
Fatores protetores se referem à influência que modifica, melhora ou altera a resposta de uma pessoa ao estresse, e não é sinônimo de experiência positiva. Eventos desagradáveis e potencialmente perigosos, em determinados graus e circunstâncias, podem fortalecer o indivíduo – o que começou a ser chamado de efeito de endurecimento (*steeling effect*) de estressores, como já relatado (RUTTER, 1985). Também vários estudos demonstram que nem todos os fatores protetores são benéficos para níveis de mais alto risco (VANDERBILT-ADRIANCE & SHAW, 2008).

Dessa forma, os fatores protetores são assim definidos com base em seus efeitos, mais do que por suas qualidades hedônicas. Além disso, experiências positivas geralmente têm um efeito benéfico direto sobre desfechos adaptativos. Em contraste,

fatores protetores podem não ter efeitos detectáveis na ausência de qualquer estressor e o seu papel se modificar em resposta à adversidade (RUTTER, 1985). Isso significa que o estudo da resiliência, diferentemente das abordagens sobre risco e proteção, força uma atenção nos processos dinâmicos, ao invés de em fatores estáticos (RUTTER, 2006).

Como ilustrado na Figura 3, Luthar *et al.* (2000a) sugerem que os processos protetores podem ser aqueles que exercem efeitos diretos na direção de uma adaptação positiva tanto em condições de baixo como alto-risco (A), ou serem aqueles que podem ter suas ações através da interação ou moderação de um risco. Para esses últimos, a autora sugere uma denominação mais específica, e os divide em três tipos: “protetores-estabilizantes” - quando o atributo em questão confere estabilidade na competência apesar do risco crescente - (B); “protetores-intensificadores” - quando permitem ao indivíduo terem a sua competência aumentada na medida que cresce o risco - (C); e “protetores, mas reativos” - quando o atributo geralmente confere vantagens, porém menos quando os níveis de estresse são altos do que quando são baixos

(D). Figura 3. Efeitos ilustrativos de variáveis moderadoras em interação com o status de risco e em relação aos desfechos competentes: A) protetoras; B) protetoras-estabilizantes; C) protetoras-intensificadoras; e D) protetoras, mas reativas. Extraído de Luthar *et al.* (2000)



A primeira fase dos estudos sobre a resiliência, conduzida principalmente com crianças e adolescentes, esteve voltada para a identificação fenomenológica de quais características marcavam os indivíduos que mostravam superação diante de fatores de risco e adversidades em oposição àqueles que sucumbiam. A literatura se ocupou em descrever quais qualidades, atributos resilientes, ou fatores protetores ajudavam as pessoas a enfrentarem ou superarem as adversidades (p.ex. auto-estima; auto-eficácia, sistemas de apoio, etc.) (RICHARDSON, 2002). Apesar da grande variabilidade de operacionalização dos construtos nos diferentes estudos empíricos sobre a resiliência, os seus resultados são muito consistentes em apontar quais as qualidades que uma criança e seu ambiente possuem que estão associadas a sua competência e a um melhor funcionamento psicossocial durante ou seguindo experiências adversas (LUTHAR *et al.*, 2000a).

Dentre as características psicológicas mais evidentes desses indivíduos estão incluídas: uma responsividade rápida ao perigo; a busca de informações; a formação e a utilização de relacionamentos para propiciarem a sobrevivência; a convicção de ser amado; a reestruturação cognitiva de experiências dolorosas; o otimismo e a esperança (MRAZEK & MRAZEK, 1987 *apud* LAM & GROSSMAN, 1997). Também são descritas as capacidades: de manter uma postura ativa diante das dificuldades; de recuperação; de ativamente solucionar problemas e uma habilidade de ver que os obstáculos podem ser superados; de persistir de um modo racional; de ter uma ampla gama de interesses e objetivos que levam a uma maior variedade de estratégias e habilidades; e de ser flexível e adaptativo em termos de que habilidades são mais apropriadas em diferentes situações (DEMOS, 1989 *apud* LAM & GROSSMAN, 1997).

Dentre as características de vida e fatores sociais que contribuem para o desenvolvimento da resiliência, foram descritos: pertencer a uma classe social de média

a elevada (embora nem todos os estudos confirmem esse achado); ter um ambiente familiar que apóie; ter acesso a bons serviços de saúde, educacionais e sociais; e ter cuidadores adicionais além da mãe e outros parentes (avós, principalmente) e vizinhos disponíveis para apoio (MRAZEK & MRAZEK, 1987 *apud* LAM & GROSSMAN, 1997).

Dentre as características familiares que promovem a resiliência, estão; a compreensão e apoio dos pais a respeito das capacidades e objetivos da criança; a flexibilidade em solucionar problemas entre pais e criança; a capacidade de circunscrever problemas ao conflito original, minimizando a interferência do adulto em outras áreas do funcionamento da criança; e adequação entre pais e crianças (DEMOS, 1989 *apud* LAM & GROSSMAN, 1997).

Wilson (1995 *apud* AGAIBI & WILSON, 2005), em uma revisão de estudos a respeito de trauma de guerra, desastres tecnológicos e naturais, tortura, o Holocausto e trauma relacionado ao trabalho, encontrou um mesmo grupo de preditores para bem-estar atual, para saúde mental positiva e para manifestações de resiliência nesses sobreviventes. Esses incluíam: a) um *locus* interno de controle; b) a revelação do evento traumático para outras pessoas significativas; c) um sentimento de identidade de grupo e de si mesmo como um sobrevivente positivo; d) a percepção de recursos sociais e pessoais para ajudar no enfrentamento no ambiente de recuperação pós-traumático; e) a presença de comportamentos altruísticos e pró-sociais; f) a capacidade de encontrar sentido na experiência traumática e na vida posterior; g) a conexão, ligação e interação social dentro de uma comunidade significativa de amigos e companheiros sobreviventes.

Um estudo observou que veteranos de combate da Guerra do Vietnã com alta resiliência eram caracterizados por: a) tranquilidade sobre pressão; b) aceitação do medo em si e nos outros; c) baixos níveis de violência excessiva na zona de guerra; d) a

importância da compreensão e do bom-senso; e) a ausência de culpa; e f) o senso de humor (HENDIN & HAAS, 1984 *apud* AGAIBI & WILSON, 2005).

Garnezy (1984) identificou três categorias de fatores que protegem contra o estresse: a) os atributos disposicionais; b) a coesão e o “calor” familiar; e c) a disponibilidade e o uso de sistemas de apoio.

Um funcionamento resiliente parece surgir de interações entre fatores herdados, características individuais e fatores experienciais através do tempo (circunstâncias de vida, familiares e sociais). Fatores genéticos (como p.ex. polimorfismo no genótipo da monoamino oxidase A); fatores biológicos (p.ex. reatividade ao estresse); fatores cognitivos (p.ex. inteligência; *locus* de controle; prazer no domínio; motivação intrínseca; visões positivas de si; auto-estima; planejamento e auto-regulação) e fatores interpessoais (p.ex. responsividade emocional parental, afiliação a pares e amigos, relações maritais afetivas e de apoio); estão todos relacionados à variabilidade individual nas respostas à adversidade (COLLISHAW *et al.*, 2007).

Parece importante que seja analisado o efeito cumulativo de fatores protetores. Já foi observado que, enquanto um fator protetor individual pode não ser poderoso o suficiente para contrabalancear níveis altos de estresse, um acúmulo de fatores protetores pode melhorar os desfechos (VANDERBILT-ADRIANCE & SHAW, 2008).

Michael Rutter (1985) conduziu uma série de estudos epidemiológicos no centro de Londres e na ilha Rural de Wight. Ele identificou algumas qualidades resilientes como ser do sexo feminino, ter temperamento fácil, um clima escolar positivo, auto-domínio, auto-eficácia, habilidades de planejamento e um relacionamento pessoal próximo e caloroso com um adulto.

Masten & Coatsworth (1998) enfatizam, no entanto, que é necessário termos cuidado no estudo da resiliência, visto que, tais características podem estar associadas

com a resiliência e não serem necessariamente influências causais, mas sim consequência da resiliência ou da competência (como p.ex. o que pode ocorrer com a auto-estima e o apoio social). Essas características também podem não ser adaptativas em todos os contextos. Assim, uma criança com um temperamento “fácil” pode ter desvantagens contra uma criança vista como difícil para os padrões norte-americanos ao enfrentarem uma situação como uma seca Africana.

A seguir, serão enumerados alguns principais processos protetores que vêm sendo descritos na literatura. É importante lembrar que, apesar da divisão entre fatores individuais, familiares e ambientais, esses processos se dão de forma interligada para promoverem essa característica de proteção.

2.1.3.1 Fatores Individuais:

2.1.3.1.1 Biológicos

O papel dos fatores biológicos na resiliência é sugerido por evidências na função dos sistemas neurais e neuroendócrinos em relação à reatividade ao estresse e em pesquisas genético-comportamentais sobre os efeitos ambientais não-compartilhados. Não se pode reduzir, no entanto, a resiliência a processos biológicos. Reduzir o fenômeno psicológico a componentes genéticos, neuroanatômicos, neuroquímicos e a fatores neurofisiológicos desconsideraria o grande impacto que a experiência tem sobre esses processos. Para entender a resiliência, é necessário considerar todos os níveis de análise, do celular ao cultural. Uma análise multiníveis enfatiza a importância primária da inter-relação de todos os fatores. As vias que levam tanto à patologia quanto à resiliência são influenciadas, em parte, por uma matriz complexa do nível individual de organização biológica e psicológica, da experiência, do contexto social, do momento dos eventos adversos e da história do desenvolvimento. Uma expressão genética altera o

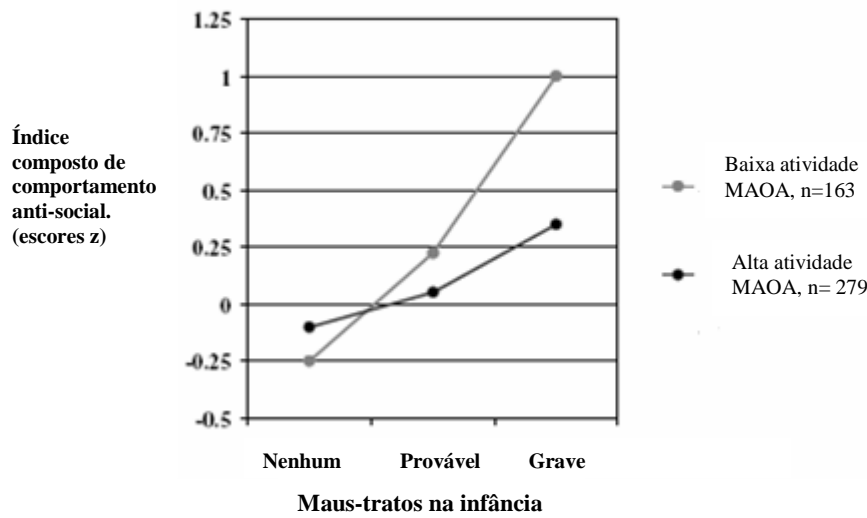
comportamento social, assim como experiências como o abuso infantil e o crescimento em instituições exercem ações sobre o cérebro em desenvolvimento, com influência sobre a expressão gênica e sobre a estrutura e funcionamento cerebrais, produzindo alterações nos padrões neuronais e nas conexões sinápticas, e, assim, na função das células nervosas. A plasticidade neuronal é vista como um processo dinâmico do sistema nervoso central que orchestra alterações funcionais, estruturais e neuroquímicas em resposta à experiência. Essa pode ocorrer através da fosforilação protéica, alterando a atividade funcional de receptores, ou através de alteração da expressão gênica, levando a, por exemplo, à alteração do número e dos tipos de canais iônicos e dos receptores presentes na membrana celular, assim como nos níveis de proteínas que regulam a morfologia dos neurônios e o número de conexões sinápticas (CICCHETTI & BLENDER, 2006).

2.1.3.1.1.1 Genéticos

Alguns dos estudos que bem ilustram a moderação genética do impacto do estresse sobre um desfecho negativo foram conduzidos pela equipe do *Dunedin Study* (ver figuras 4 e 5).

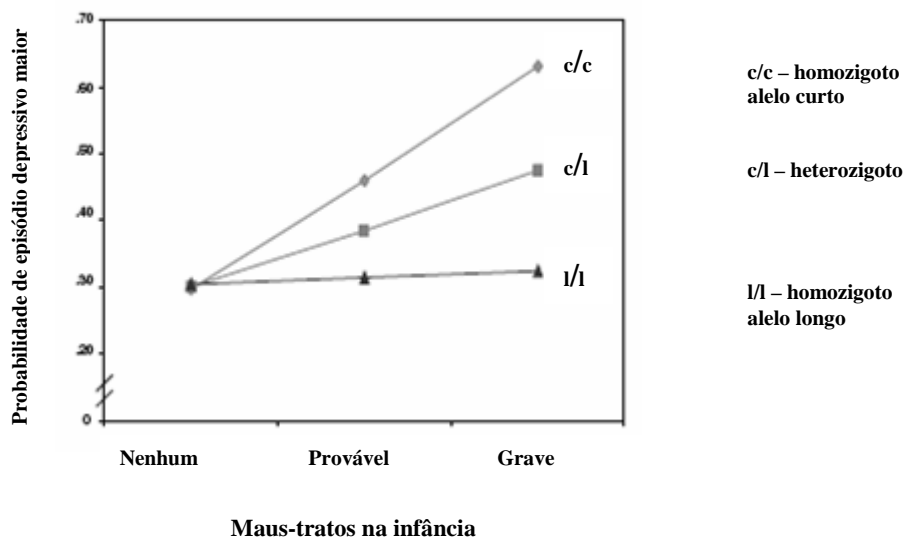
Na figura 4, observamos variações na resposta do abuso infantil em termos de desfecho de comportamento anti-social, de acordo com a moderação de uma variação alélica no gene que regula a atividade da monoaminoxidase A. Considerada em termos quantitativos, não há efeitos principais dos genes, há um efeito pequeno mais significativo do abuso infantil, mas o grande efeito vem da interação. O abuso infantil tem um pequeno efeito (em termos de desenvolvimento de comportamento anti-social), em indivíduos com alta atividade da MAOA, mas um efeito muito grande em relação àqueles com baixa atividade da MAOA.

Figura 4. Comportamento anti-social como função da atividade da MAOA e de uma história de maus-tratos na infância. Traduzido de Caspi *et al* (2002).



A figura 5 mostra um padrão comparável com respeito ao gen transportador de serotonina, de novo com o abuso com a variável de risco, mas dessa vez com depressão como desfecho.

Figura 5. Efeito dos maus-tratos na infância no risco de depressão moderado pelo gene 5-HTT. Traduzido de Caspi *et al* (2003).



Algumas lições podem ser tiradas desses estudos sobre a interação gene-ambiente. Primeiro, que a influência dos genes só foi demonstrada na sua interação com um risco ambiental, e, portanto, a variância genética em si não é nem risco nem fator protetor,

mas tem um efeito moderador diante do trauma ambiental. Segundo, que, em cada um dos dois casos, a interação gene-ambiente foi específica para um desfecho psicopatológico particular. Esses achados salientam o fato de que não há e nem pode haver um traço resiliente universalmente aplicável (RUTTER 2006; LUTHAR & BROWN, 2007).

2.1.3.1.1.2 Neurofisiológicos:

Segundo Charney (2004), a resposta a um estresse agudo envolve um processo inicialmente referido como *alostasis* em que o meio interno varia em virtude de uma demanda percebida e antecipada. Em um contexto de uma situação de ameaça à vida, isso pode ser adaptativo a curto prazo. No entanto, se a recuperação de um evento agudo não for acompanhada por uma adequada resposta para retorno à *homeostasis*, que finalize a resposta aguda de mediadores do estresse, ocorrem efeitos deletérios na função psicológica e fisiológica, denominados de “carga alostática”. A exposição crônica a experiências estressantes tende a levar a uma ativação excessiva do eixo HPA (hipotálamo- pituitária – adrenal), com resultante elevação do CRH (hormônio liberador da corticotropina) e do cortisol. A elevação persistente do CRH contribui fortemente para a carga alostática e a “resiliência psicobiológica” pode estar relacionada a uma habilidade de refrear a resposta inicial do CRH ao estresse agudo. O aumento da atividade de neurônios CRH extra-hipotalâmicos também é importante: a ativação de neurônios CRH da amígdala desencadeia comportamentos relacionados com medo, enquanto a ativação de neurônios CRH corticais diminui a expectativa de recompensa. O cortisol contribui para o aumento da vigilância, da atenção focada e da formação de memória, e sua secreção excessiva e mantida tem sérios efeitos adversos sistêmicos

(como hipetensão, resistência à insulina, imunossupressão, dislipdemia...). A elevação de níveis de CRH e cortisol em experiências estressantes no início da vida, leva a uma *down-regulation* de receptores serotoninérgicos 5-HT1A - cuja estimulação tem efeito ansiolítico -, levando a um menor limiar para eventos de vida estressantes ansiogênicos. Em termos de processos protetores, parece haver benefícios na combinação dos efeitos do cortisol e da dehidroepiandrosterona (DHEA), o segundo maior produto do eixo HPA, que contrabalançaria os efeitos deletérios do cortisol elevado, servindo potencialmente como “neuroproteção” (CHARNEY 2004; YEHUDA *et al.* 2006c). Acredita-se que a DHEA possua propriedades antidepressivas, ansiolíticas e de anti-agressão (HOGE *et al.*, 2007).

O estresse também ativa o *locus coeruleus* que resulta em aumento da liberação da noradrenalina; sua persistente hiperresponsividade contribui para a ansiedade crônica, o medo, as memórias intrusivas e aumento do risco de hipertensão e doenças cardíacas. O Neuropeptídeo Y e o peptídeo galanina reduzem o disparo de neurônios no *locus coeruleus* e o neuropeptídeo Y neutraliza os efeitos ansiogênicos do CRH, e sua atuação na amígdala pode impedir a retenção de memória. Esses peptídeos podem, dessa forma, ter um importante papel na resiliência psicobiológica (CHARNEY 2004; YEHUDA *et al.* 2006c; HOGE *et al.*, 2007).

Hormônios sexuais também parecem contribuir na modulação da resposta ao estresse. Aumento de testosterona pode promover aumento de energia e de enfrentamento ativo e reduzir sintomas de depressão. A elevação temporária de estrogênio poderia atenuar os efeitos da ativação do sistema noradrenérgico e do eixo HPA, mas sua elevação crônica parece, ao contrário, aumentar os riscos para ansiedade e depressão (CHARNEY, 2004).

Sugere-se, então, que o perfil resiliente seria caracterizado por indivíduos com os mais elevados índices de DHEA, neuropeptídeo Y, galanina, testosterona e função dos receptores 5HT1A e benzodiazepínicos e com as menores atividades do eixo HPA, do CRH e do *locus coeruleus*/epinefrina (CHARNEY, 2004).

Allopregnanolona, outro produto da glândula adrenal associado com a resposta ao estresse, pode ser um potencial fator de resiliência em relação ao desenvolvimento de TEPT. Sua ação ocorre através da modulação do receptor GABA-A, com efeito ansiolítico (HOGE *et al*, 2007).

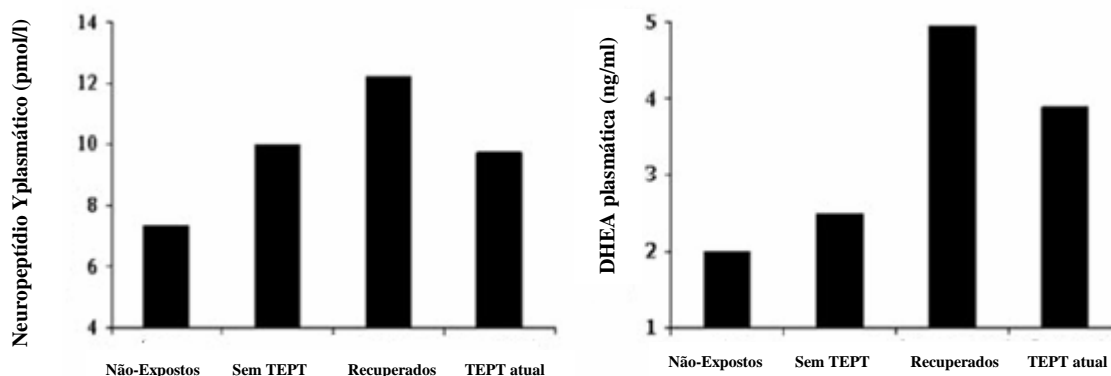
Para a manutenção do otimismo, da esperança e da auto-avaliação positiva dos indivíduos resilientes, Charney (2004) sugere também que esses devam ter um sistema de recompensa dopaminérgico que seja tanto hiperresponsivo à recompensa, ou resistente à mudança apesar da exposição crônica a estresse extremo. Com relação ao condicionamento do medo, a capacidade de evitar a supergeneralização de um estímulo condicionado para um contexto mais amplo, de reverter o armazenamento de memórias emotivas e de facilitar a extinção da resposta condicionada do medo parecem contribuir para a resiliência. O maior grau de ativação do sistema noradrenérgico na amígdala, em interação com o CRH e glicocorticóides, está relacionado com a maior consolidação das memórias traumáticas. Indivíduos que mostram uma habilidade para atenuar rapidamente o medo aprendido, através de processos de extinção poderosos e eficientes, tendem a funcionar mais eficientemente sob condições de perigo, o que pode estar relacionado a uma maior capacidade de inibição do córtex prefrontal medial sobre a amígdala (CHARNEY, 2004; YEHUDA *et al.*, 2006a).

O altruísmo e a capacidade para atrair e utilizar o apoio social são características psicológicas que promovem resiliência. A ocitocina tem sido implicada na supressão do eixo HPA e pode contribuir para uma interação social positiva,

reduzindo o estresse e a ansiedade e aumentando os níveis da confiança interpessoal (CARTER, 2005 *apud* LUTHAR & BROWN, 2007). O mecanismo neural responsável por esse efeito parece envolver os mesmos circuitos cerebrais do sistema de recompensa dopaminérgico. A cooperação mútua já foi associada, em um estudo, a uma ativação mais consistente de áreas cerebrais ligadas a esse sistema – o que sustentaria esses relacionamentos cooperativos e inibiriam o impulso egoísta de aceitar e não retribuir um ato altruístico (CHARNEY, 2004).

A maior parte dos estudos sobre fatores de resiliência biológica, no entanto, não mediram essas variáveis antes da ocorrência do trauma, o que dificulta o estabelecimento da direção da relação entre esses fatores e o desfecho positivo ou TEPT. Também poucos utilizaram grupos controles de não-expostos, limitando-se a comparar indivíduos expostos a um trauma com e sem TEPT. Os achados de estudos distintos têm sido discrepantes: p.ex, alguns estudos mostraram níveis superiores de cortisol urinário dentre os indivíduos com TEPT, enquanto outros mostraram níveis diminuídos. Isso pode ser decorrente de diferenças metodológicas e da utilização de pacientes com gravidades distintas. Estudos experimentais examinando níveis de DHEA no TEPT também têm gerado resultados discrepantes. Alguns estudos, mas não todos, têm mostrado aumento dos níveis de epinefrina e norepinefrina urinários dentre pacientes com TEPT, relacionando-os também com um maior número de sintomas do transtorno (HOGE *et al.*, 2007). Yehuda & Flory (2007) sugerem a separação também de grupos com história de TEPT atual e TEPT passado, pela possibilidade dos fatores de resiliência estarem mais relacionados com a recuperação do TEPT do que com a resistência a esse transtorno (ver figura 6).

Fig. 6. Medidas Biológicas de risco e resiliência subdivididos pela exposição, resistência, recuperação e TEPT atual. Os dados apresentados são de 11 controles, 6 veteranos sem TEPT, 5 veteranos recuperados com TEPT e 12 veteranos com TEPT atual. Reproduzido de: (YEHUDA, BRAND, & YANG, 2006b; YEHUDA, BRAND, GOLIER, et al., 2006c).



2.1.3.1.1.3 Auto-regulação:

A proteção biológica pode também derivar da capacidade de se recuperar com relativa rapidez de eventos negativos experimentados. Essas tendências à rápida recuperação podem ser acessadas através do emprego do reflexo de sobressalto modulado pela emoção, que é uma resposta involuntária (uma contorsão rápida dos músculos faciais e corporais) a um estímulo acústico, tátil ou visual súbito e intenso (CICCHETTI & CURTIS, 2006 *apud* LUTHAR & BROWN, 2007).

Esse conceito tem suas raízes históricas no conceito de resiliência do ego (*ego-resiliency*) e de controle do ego (*ego-control*). O controle do ego se refere à inibição/expressão do impulso, enquanto que a resiliência do ego se refere à capacidade dinâmica de modificar o nível de controle do ego em resposta às demandas e ao contexto situacionais. É definida também como uma habilidade de se recuperar rapidamente de experiências emocionais negativas (KLOHNEN 1996; TUGADE *et al.* 2004; LETZRING *et al.* 2005).

A regulação da emoção se refere à monitorização, avaliação e modificação da intensidade e duração das reações emocionais para o alcance de algum objetivo do indivíduo (VANDERBILT-ADRIANCE & SHAW, 2008)

Dificuldades de regulação da atenção e das emoções negativas estão ligadas a problemas na infância e à competência social. Por outro lado, a melhor capacidade de auto-regulação está associada a uma história de menor reatividade ao estresse e de maior auto-controle da atenção e do comportamento, assim como a expressão de emoções positivas está ligada à sociabilidade e agradabilidade (MASTEN & COATSWORTH, 1998). O auto-controle começa a emergir no segundo ano de vida, quando se expressa na sua preocupação com os demais e se torna evidente no terceiro ano de vida, sendo dependente dos cuidados parentais, além de os influenciarem.

Para TUGADE *et al.* (2004), a capacidade de recuperação rápida cardiovascular após um estressor poderia ser atribuída, em parte, às experiências de emoções positivas.

Também a atividade eletroencefalográfica do hemisfério esquerdo pode estar implicada na capacidade de regular as emoções. Em geral, a participação do hemisfério direito cerebral é maior no afeto negativo, enquanto a do hemisfério esquerdo é maior no afeto positivo (CICCHETTI & CURTIS, 2006 *apud* LUTHAR & BROWN, 2007).

Para Bonanno (2004) uma adaptação bem-sucedida dependeria também da habilidade de, flexivelmente, aumentar ou suprimir a expressão emocional de acordo com as demandas situacionais. Baseado em um estudo experimental realizado com estudantes, avaliando a capacidade de aumentar e diminuir esta expressão e sua contribuição na predição de mal-estar, esse autor sugere que pessoas que possuem essa dupla capacidade tenderiam a ter melhor ajustamento a longo-prazo. Acrescenta que, embora a supressão emocional possa servir para fins adaptativos, evidências consistentes sugerem que a supressão crônica traz conseqüências adversas para a saúde física, o que acredita que surgiria apenas dentre aqueles que não demonstram flexibilidade expressiva.

Um estudo de Block & Kremen (1996 *apud* AGAIBI & WILSON, 2005) descreveu indivíduos com altos níveis de *ego-resiliency*, caracterizando-os por dimensões que incluem flexibilidade, desafio, curiosidade, assertividade, controle, sociabilidade, energia e disposições pró-sociais. Quando era controlado o efeito da inteligência, foi observado que os indivíduos resilientes eram sociáveis, calorosos, assertivos, calmos, enérgicos, autônomos, ativos, produtivos, consistentes internamente, estáveis e responsivos ao humor. Esses achados têm conclusões semelhantes ao estudo de Siebert (1996 *apud* AGAIBI & WILSON, 2005), que pesquisou os traços de sobreviventes de ambientes extremamente hostis e de ameaças à vida. Esses eram caracterizados pelo otimismo, pela aceitação de seu destino situacional, pela capacidade de solução criativa de problemas e pela integração de habilidades de intuição e pensamento holístico com habilidades de pensamento analítico.

2.1.3.1.2. Gênero

Em comparação com meninas, meninos têm uma probabilidade maior de reagirem com transtornos mentais, como comportamentos disruptivos e de oposição, em decorrência de circunstâncias familiares (RUTTER, 1982 *apud* LUTHAR & ZIGLER, 1991; LUTHAR *et al.*, 2000a). Além disso, há uma tendência a se atribuir significados diferentes para a agressão de meninos e meninas. Os meninos quando apresentam um comportamento agressivo encontram, mais freqüentemente, respostas punitivas ou de retirada dos adultos e respostas negativas dos colegas.

O estudo conduzido por Werner e Smith na Ilha de Kauai, mostrou que o impacto dessa variável muda em várias etapas da vida. Na sua amostra, os meninos mostravam maior vulnerabilidade do que as meninas durante a primeira década de vida

e menos durante a segunda, com uma nova troca aparecendo no início da terceira década (WERNER, 1992).

Em um estudo com uma amostra de conveniência de 624 adolescentes rurais, com uma proporção de resposta de 52%, foi observada uma maior percentagem de meninas com baixos níveis de resiliência psicossocial (definida, no estudo, pela ausência de depressão e de abuso de substância e por escores acima da média em subescalas de enfrentamento), e uma maior percentagem de meninos com médios e altos escores de resiliência (TUSAIE et al., 2007).

Também o estudo de Punamaki *et al.* (2001 *apud* AGAIBI & WILSON, 2005) que acompanhou crianças palestinas três anos após a cessação de um conflito militar em Gaza, observou que as meninas não só eram mais vulneráveis do que os meninos, mas que os seus sintomas diminuía menos ao longo do tempo.

Quando se compara a resiliência entre os diferentes gêneros, é preciso julgá-la tanto em termos de dificuldades externalizadas, quanto internalizadas: enquanto os meninos apresentam maior risco de desenvolver transtornos de conduta e carreira criminal, as meninas são mais vulneráveis aos problemas internalizados, como depressão, e a, posteriormente, apresentarem uma maternidade incompetente para seus filhos. Deve-se assinalar que as meninas tendem a procurar apoio social mais freqüentemente do que os meninos (WOLFF, 1995).

Estudos epidemiológicos sugerem que a prevalência de TEPT pode ser duas vezes maior dentre as mulheres do que nos homens (KESSLER *et al.*, 1995 *apud* YEHUDA, 2004), sugerindo que estas podem ser mais vulneráveis para o desenvolvimento deste transtorno. No entanto, como as experiências vividas durante os eventos traumáticos podem ser diferentes segundo o gênero, é possível que esse aumento seja devido às características do evento. Mulheres tendem a sofrer, mais

frequentemente do que homens, eventos como estupro – o qual costuma se associar com medo, desamparo, humilhação, culpa e incapacidade de minimizar o dano. Quando homens sofrem esse mesmo tipo de trauma, o risco de adoecimento tende a se igualar, com grande traumatização de ambos os gêneros. Já no que diz respeito aos desastres naturais, onde a probabilidade de exposição é a mesma, as prevalências de TEPT praticamente não diferem entre os gêneros (YEHUDA, 2004).

Dumont *et al.* (2007) realizaram um estudo prospectivo, iniciado em 1967-1971 e concluído em 1995, comparando 676 casos de abuso sexual e negligência na infância, com controles pareados por idade, etnia, gênero e classe social aproximada. Dentre os indivíduos que foram maltratados na infância, as mulheres se mostraram duas vezes mais resilientes do que os homens.

Outros estudos sugerem que a resiliência não é gênero-específica e que também nem aumenta nem decresce com a idade (ZEIDNER & ENDLER, 1996 *apud* AGAIBI & WILSON, 2005).

2.1.3.1.3. Auto-estima

Sistemas motivacionais também são claramente centrais à competência humana. A competência é motivada pelo prazer no domínio e este se refere à crença da própria capacidade em solucionar problemas e/ou responder efetivamente quando diante de um estresse. Está claro como as crenças de uma criança sobre seu próprio sucesso afetam seu comportamento. O envolvimento com atividades extra-curriculares podem promover e expor um talento individual, contribuindo, assim, para um sentimento global de competência, eficácia, estima e bem-estar (MASTEN & COATSWORTH, 1998; WOLFF, 1995).

Sentimentos de auto-estima, auto-confiança e auto-eficácia fazem com que um enfrentamento bem sucedido seja mais provável, funcionando como moderadores de experiências traumáticas e servindo como fatores protetores. Ao contrário, um sentimento de impotência aumenta a probabilidade de uma adversidade levar à outra. Experiências de sucesso e de domínio anterior em situações estressantes, provavelmente, promovem esses sentimentos (RUTTER, 1982; AGAIBI & WILSON, 2005). Crianças com baixa auto-estima são mais vulneráveis a estressores e tendem a perceber os eventos como mais estressantes (GARMEZY, 1987 *apud* AGAIBI & WILSON, 2005).

Ambientes institucionais e organizacionais que promovem auto-estima e um comportamento voltado para a solução de problemas aumentam a tendência à competência, à resiliência e ao domínio de situações que desafiem o indivíduo (RUTTER, 1990 *apud* AGAIBI & WILSON, 2005).

2.1.3.1.4. Inteligência

A habilidade intelectual é uma das variáveis mais amplamente estudadas como moderadoras no estudo da resiliência (LUTHAR & ZIEGLER, 1991). Crianças que superam ambientes de alto-risco, freqüentemente têm fortes habilidades intelectuais (MASTEN & COATSWORTH, 1998) e o QI é um dos mais poderosos preditores de sucesso acadêmico, além de já ter sido associado ao comportamento pró-social, à competência social entre pares e a ausência de comportamento antisocial e de outros tipos de psicopatologia (VANDERBILT- ADRIANCE & SHAW, 2008).

Garnezy *et al* (1984) encontraram que, diante de níveis progressivos de estresse, crianças inteligentes não mostram o declínio na competência social como demonstrado em crianças menos inteligentes. A inteligência pode desempenhar um papel direto ou

pode operar como uma influência protetora, mediando outros fatores, como desempenho escolar ou habilidades para solucionar problemas, que, por sua vez, podem estar relacionados aos desfechos resilientes (DUMONT *et al.*, 2007).

Outros estudos, no entanto, não encontraram associações significativas entre inteligência e predição de ajustamento. Ainda, outros investigadores observaram que a inteligência pode, às vezes, operar como um fator de vulnerabilidade. Em um estudo de Luthar, a inteligência estava relacionada positivamente com a competência, para baixos níveis de estresse. Quando os níveis de estresse eram elevados, as crianças inteligentes pareciam perder sua vantagem e demonstrava níveis de competência mais similares aos daquelas menos inteligentes, o que poderia ser interpretado como decorrente da maior sensibilidade ao ambiente das inteligentes, levando a uma maior susceptibilidade (LUTHAR & ZIEGLER, 1991).

A resiliência já esteve conceitualmente ligada à curiosidade e ao domínio intelectual, assim como à capacidade de se desligar e elaborar os problemas (BLOCK & KREMEN, 1996 *apud* AGAIBI & WILSON, 2005).

2.1.3.1.5. Estratégias de enfrentamento (*coping styles*)

Essas estratégias dizem respeito à habilidade para lidar com mudanças e adaptações e a um repertório de abordagens de solução de problemas.

Estilos de enfrentamento vêm sendo examinados em populações traumatizadas, com melhores desfechos e recuperação mais rápida de sintomas de TEPT nos grupos de indivíduos com os estilos de enfrentamento positivo e orientado para a ação, ou com o enfrentamento focado na tarefa ou na emoção. Esperança, otimismo e comportamento religioso foram também associados com menos sintomas de ansiedade e depressão após os eventos do 11 de setembro. Estilos de enfrentamento evitativo e de “pensamento

desejoso” (*wishful thinking*) são os mais comumente associados a mais altos níveis de TEPT e o estilo evitativo parece predizer a gravidade de TEPT. É importante lembrar, no entanto, a possibilidade de o estilo evitativo ser resultado do TEPT, ao invés de seu preditor, visto que a esquiva é um sintoma comum neste transtorno. Porém, também em estudos longitudinais, o estilo evitativo já foi relacionado tanto ao aumento no uso de álcool, quanto ao menor bem-estar entre soldados. Diferenças individuais em estilos de enfrentamento também influenciam a transição do mal-estar para o transtorno mental (JOHNSEN *et al.*, 2002; AGAIBI & WILSON, 2005; HOGE *et al.*, 2007).

Estudos sugerem que atribuir culpa a si mesmo por um determinado evento pode ser adaptativa, desde que o sobrevivente culpe algo que ele tenha feito (“Eu cometi um erro”), ao invés de culpar o seu caráter (“Eu sou uma pessoa ruim”). É possível que a culpa sobre o comportamento promova um sentido de controle pessoal sobre eventos futuros. Estudos também sugerem que encontrar um significado em algum desfecho (p.ex. de auto-conhecimento; de revisão de prioridades) está associado a uma adaptação mais positiva. Curiosamente, não é necessário que a explicação do indivíduo seja baseada na realidade. A manutenção de uma ilusão que satisfaça a busca por significado pode ser melhor adaptativa do que a aceitação das ambigüidades da realidade (LYONS, 1991).

Outra forma de enfrentamento que pode ser efetiva diante da adversidade é a religiosa, que vem sendo associada a um melhor ajustamento psicossocial dentre pacientes diante de um transplante de rim e dentre seus cuidadores; dentre adultos idosos hospitalizados, e dentre pessoas expostas a enchentes. Mecanismos possíveis ligando a religião/espiritualidade a uma melhor saúde mental e física (incluindo medidas de funcionamento cardiovascular, neuroendócrino e do sistema imune)

incluem: práticas de meditação ou de oração; ter uma motivação para viver (sentido) e as funções de apoio por pertencer a um grupo religioso (YEHUDA, 2006a).

Apesar de ser sugerido que as estratégias de enfrentamento focadas para um problema possam ser adaptativas e que promovam sentimentos de auto-estima, essas estratégias podem não ser adequadas para levarem a uma adaptação bem-sucedida em, por exemplo, ambientes abusivos. Nesses ambientes, um enfrentamento ativo pode provocar a atenção e a reação de outros, com um maior risco de maus-tratos. O que representa um enfrentamento adaptativo em uma situação pode não ser adaptativo em outra. Em determinadas circunstâncias, o que pode ser habitualmente entendido como mal-adaptativo - como, por exemplo, o distanciamento e o auto-controle excessivo -, pode não ser em um ambiente caracterizado pela violência e o abuso (BISSONNETTE, 1998).

2.1.3.1.6. *Locus* interno de controle

Locus interno de controle – i.é., o sentimento de que a própria pessoa pode influenciar as circunstâncias de sua vida – vem sendo associado a uma menor tendência para o desenvolvimento de TEPT e psicopatologia e a um ajustamento geral melhor em vários estudos sobre o efeito de traumas de guerra, de desastres naturais, de tortura e do holocausto (AGAIBI & WILSON, 2005; HOGE *et al*, 2007). Essa é uma das dimensões do construto *hardiness*. No seu estudo longitudinal em Kauai, Werner & Smith encontraram que jovens com maior potencial de resiliência acreditavam no seu controle sobre o ambiente, em oposição àqueles que acreditavam que o ambiente externo era aleatório e imutável (LUTHAR & ZIEGLER, 1991; WERNER, 1992). Consistente com o conceito de *locus* de controle um “sentimento de controle” sobre a situação traumática específica também pode ser protetora contra TEPT (HOGE *et al.*, 2007).

Aqueles indivíduos que pensam não ter nenhum controle sobre as situações externas podem se sentir desamparados e, menos freqüentemente, tomam alguma atitude. Mas, é evidente que a tendência de manter um *locus* de controle interno quando se está experimentando um grande número de estressores crônicos e incontroláveis será muito menor do que para alguém que enfrente menos adversidades (VANDERBILT-ADRIANCE & SHAW, 2008).

2.1.3.1.7 Mecanismos de defesa do ego

Vaillant & Vaillant (1990) acompanharam uma amostra homogênea de 204 homens (sem história inicial de qualquer problema físico ou mental) a partir dos 18 anos para examinar as correlações de preditores biopsicossociais com três desfechos: saúde física, saúde mental e satisfação com a vida. Medidas de ajustamento psicossocial (refletindo habilidade para trabalhar, para se divertir, para amar e bem-estar emocional) e de satisfação com a vida foram avaliadas tanto subjetivamente quanto objetivamente. Foram investigados potenciais preditores da infância e início da adolescência (coesão familiar, bom relacionamento com os pais e ausência de problemas emocionais na infância, proximidade com irmãos, elevado ajustamento na escola secundária); do final da adolescência (traços de personalidade; freqüência cardíaca no repouso; horas semanais de exercício) e na vida adulta (uso de substâncias como tranqüilizantes e antidepressivos, abuso de álcool, história de depressão, fumo, sobrepeso, história de longevidade familiar e maturidade das defesas). Foram considerados como mecanismos de defesa maduros: a sublimação; a supressão (isto é, a capacidade de adiar a gratificação, mas de não renunciá-la); a antecipação (manter-se consciente de uma dor futura); o altruísmo e o humor. Mecanismos de defesa como fantasia esquizóide,

projeção, agressão-passiva, hipocondria, *acting out* e dissociação foram considerados imaturos; enquanto que intelectualização/isolamento, repressão, deslocamento e formação-reativa foram considerados intermediários (VAILLANT & VAILLANT, 1990; VAILLANT, 2003).

Cento e setenta e três homens da amostra inicial chegaram aos 65 anos. Baixo ajustamento psicossocial aparentemente teve um papel etiológico no declínio da saúde física, assim como uma saúde física comprometida também desempenhou um papel fundamental no ajustamento psicossocial na meia-idade. Após o controle de outras variáveis, a maturidade de mecanismos de defesa (acessadas antes dos 50 anos) teve a maior contribuição independente para o ajustamento psicossocial aos 65 anos (VAILLANT & VAILLANT, 1990).

Por esse motivo, os mecanismos de defesa maduros têm sido utilizados como um indicador de resiliência, como no estudo de Simeon *et al* (2007) com voluntários adultos saudáveis. Nesse estudo, esse indicador esteve inversamente relacionado com o escore total de trauma na infância e positivamente correlacionado com um apego seguro. Trauma na infância foi o maior preditor (negativo) de um mecanismo de defesa maduro, seguido pelo número de erros em uma tarefa matemática desempenhada publicamente para indução de estresse (Trier social stress test - TSST) e pela característica de personalidade esquiva de perigo ("*harm avoidance*"), sugerindo que os indivíduos que se arriscam mais e que buscam recompensa de modo saudável podem ter uma melhor adaptação do que aqueles que evitam excessivamente.

O papel do humor na resiliência tem sido sugerido em análises exploratórias, mostrando que crianças competentes e altamente estressadas têm maiores escores em geração de humor do que crianças altamente estressadas mais menos competentes (MASTEN, 1982 *apud* LUTHAR & ZIEGLER, 1991).

2.1.3.1.8 - Temperamento

O temperamento se refere às diferenças individuais em traços comportamentais que são relativamente estáveis e têm aparecimento precoce. As diferenças de temperamento são multideterminadas. Têm raízes biológicas que podem refletir diferenças na reatividade e auto-regulação, refletindo diferenças na estrutura e na função do sistema nervoso central. Mas também abrangem influências experienciais, refletindo a contribuição de influências bioecológicas (p.ex. nutrição) e de características ambientais (p.ex. de estilos de parentalidade, e de contexto familiar) (WACHS, 2006).

Padrões de temperamento também já foram descritos como operando em processos protetores e de vulnerabilidade, e Wachs (2006) sugere que isso possa ocorrer por cinco mecanismos: 1) através de diferenças no tratamento de crianças com temperamento diferente por seus cuidadores. ; 2) através da busca, por indivíduos com essas diferenças, de ambientes que possam aumentar o risco ou promover resiliência; 3) pela adequação ou não do temperamento da criança às demandas do ambiente; 4) pelas diferenças de modo de reação a estresses semelhantes; e 5) pelas diferentes estratégias de enfrentamento usadas por indivíduos com temperamentos diferentes.

Traços de temperamento com elevada reatividade emocional positiva; com características de sociabilidade, flexibilidade e adaptabilidade; com baixa impulsividade e com elevada capacidade de atenção focada e de orientação para tarefas, podem servir como promotores de resiliência (WACHS, 2006).

Parece que um temperamento tímido, e socialmente retraído protege contra a delinqüência, embora uma personalidade extrovertida não predisponha à delinqüência (RUTTER, 1987)

Efeitos de diferenças de temperamento na modulação das reações (das crianças) ao estresse e adversidade operam em parte através de seus efeitos no ambiente e, em

particular, nas respostas das outras pessoas a elas. Por exemplo, crianças com temperamento “difícil” são, mais freqüentemente, alvo da crítica e da hostilidade parental, enquanto que um temperamento “fácil” pode ser protetor se levar a uma interação pais-criança mais adaptativa, especialmente no caso de doença mental nos pais. Mas dificuldades de temperamento não são qualidades absolutas, e padrões de temperamento que ajudam à adaptação em um contexto, podem não ajudar em outro (RUTTER, 1985).

No estudo de Vaillant & Vaillant (1990), de 26 traços de personalidade investigados, apenas dois predisseram significativamente saúde mental futura: personalidade prática-organizada (essencialmente pragmática) e bem-integrada (constante, estável, sincera e confiável). Embora uma personalidade extrovertida tenha sido fortemente associada com saúde mental na juventude, essa não se correlacionou a nenhum desfecho aos 65 anos de idade.

Gil (2005) realizou um estudo prospectivo em Israel com 185 adolescentes de graduação avaliados duas semanas antes e uma semana após sua exposição a um ataque terrorista a um ônibus que estava em direção a sua Universidade. Oitenta e um jovens foram expostos à explosão e reavaliados após seis meses para a determinação do diagnóstico de TEPT. Características de personalidade pré-traumática do tipo evitativo (i.é, com uma tendência a responder intensamente a sinais estabelecidos previamente de um estímulo adverso e a aprender passivamente a evitar a punição, a novidade e as situações não-compensadoras) estiveram positivamente associadas com o maior risco de TEPT.

2.1.3.1.9 Emoções positivas.

“Como um tempo de alegria
Por trás do terror me acena
E a noite carrega o dia
No seu colo de açucena.

- sei que dois e dois são quatro,
sei que a vida vale a pena,
mesmo que o pão seja caro
e a liberdade pequena”.

- Ferreira Gullar

As emoções positivas desempenham um papel crucial em aumentar recursos de enfrentamento diante de eventos negativos, contribuindo criticamente para um bem-estar físico e psicológico. Estratégias de enfrentamento relacionadas à ocorrência e à manutenção de emoções positivas (como a reavaliação positiva; o enfrentamento focado no problema e a infusão de significado positivo a eventos comuns) ajudam a amortecer o estresse e a proteger contra o humor deprimido. Essas estratégias ajudam aos indivíduos a emergirem de suas crises com novas estratégias de enfrentamento, com relacionamentos mais próximos, com mais rica apreciação pela vida – que predizem aumentos no bem-estar psicológico (TUGADE *et al.*, 2004).

Segundo a “teoria de ampliar-e-construir” (“*Broaden-and-Build Theory*”) de Fredrickson (1998, 2001 *apud* TUGADE *et al.* 2004), enquanto as emoções negativas elevam a atividade simpática e estreitam a atenção do indivíduo para apoiar tendências de ações específicas (p.ex. para atacar ou escapar), as emoções positivas têm o potencial de finalizar a estimulação autonômica gerada pelas emoções negativas e de ampliar a atenção, o pensamento e os repertórios comportamentais do indivíduo. As emoções positivas produzem padrões de pensamento que são notavelmente incomuns, flexíveis, criativos, integrativos, abertos à informação, e eficientes. Seus efeitos cognitivos têm sido ligados a elevação de níveis de dopamina no córtex cingular anterior, aumentando, assim, a capacidade individual de modificar ou ajustar esforços, mais do que de

perseverar em uma regra de decisão particular. Com o tempo, essas experiências repetidas se tornam habituais, aumentando os recursos individuais. Além disso, indivíduos com maior potencial de resiliência não só cultivam emoções positivas em si mesmos, mas também as evocam nas pessoas próximas, o que cria uma rede de apoio social que ajuda nos processos de enfrentamento.

Também do ponto de vista de saúde física, aqueles indivíduos com maior tendência a enfrentarem as situações com humor mostram aumentos nos níveis de imunoglobulina-A salivar, aumentando assim o funcionamento imune. O otimismo também já foi relacionado a menores taxas de doenças cardiovasculares e de admissão hospitalar e a melhores recuperações, por exemplo, após cirurgia coronariana e a maior longevidade. Intervenções que promovem emoções positivas são benéficas à saúde, contribuindo para melhores desfechos positivos de saúde (TUGADE *et al.*, 2004).

O otimismo, definido como a expectativa individual de desfechos positivos na maioria das situações, pode permitir o indivíduo a traçar objetivos, fazer compromissos, a lidar com a adversidade e a dor e a se recuperar de traumas e outros estressores. Pode fazer com que o indivíduo tenda a considerar as experiências negativas como consequência de fatores específicos, externos e transitórios. Também é demonstrada sua associação com o bem-estar psicológico (BISSONNETTE, 1998). Danner *et al.* (2001 *apud* GABLE & HAIDT, 2005) encontraram que autobiografias de freiras católicas escritas na juventude predisseram a sua sobrevivência na idade avançada. Aquelas freiras cujos escritos relatavam um conteúdo de emoções positivas tiveram vida mais longa do que aquelas em cujos escritos faltava esse tipo de conteúdo.

Bonanno *et al.* (2007) lembra que são as emoções positivas genuínas as que vêm sendo associadas com numerosos benefícios sociais, e os enumera: sorrisos e gargalhadas genuínas convidam outros para aproximação e evocam neles contagiantes

respostas emocionais; ajudam o comportamento e a cooperação; promovem a coesão do grupo; regulam a conversação e encorajam contínuas atividades sociais. Mas acrescenta que as funções de todas as emoções são contexto-específicas e que emoções promovem a adaptação a ameaças e oportunidades ambientais específicas. Assim, a regulação efetiva da expressão emocional requer uma resposta flexível às demandas da situação, e uma expressão de emoção positiva no contexto do relato de um evento altamente estigmatizante – como, por exemplo, de abuso sexual na infância - pode indicar, na realidade, um ajustamento precário (BONANNO *et al.*, 2004).

É importante lembrar que a resiliência não envolve a ausência de experimentação de um afeto negativo, mas a habilidade de se recuperar mais rapidamente e mais facilmente e retornar a um estado de afeto positivo, além de uma aumentada capacidade de aprender com a experiência de afeto negativo (DAVIDSON, 2000 *apud* CURTIS & CICHETTI, 2003)

2.1.3.1.10 Empatia

Comparadas com crianças afetadas pelo estresse, aquelas resilientes mostravam maiores índices de empatia, de uma capacidade de relações empáticas, bem como maiores habilidades de solução de problemas, estratégias de coping e expressividade social (LUTHAR & ZIEGLER, 1991; WOLFF, 1995).

2.1.3.1.11 “Hardiness”

Em 1979, Kobasa também à procura de mediadores que pudessem explicar variações individuais na reação ao estresse, publicou um estudo retrospectivo com 200 executivos de médio e alto escalão e na quinta década de vidas, onde comparava dois grupos, homogêneos quanto as suas características demográficas e igualmente expostos

a situações estressantes: um que, apesar de exposto ao risco não teve sua saúde abalada e outro que ficou doente. Embora a autora considerasse que esses mediadores pudessem incluir desde predisposições fisiológicas, experiências precoces na infância, recursos sociais, e outros mediadores fisiológicos, psicológicos e ambientais, seu estudo se deteve na avaliação de uma estrutura de personalidade, chamada por ela de “*hardiness*” (robustez), que seria característica desses indivíduos que não adoeciam. Os resultados desse estudo sugeriram que esse grupo se diferenciava do grupo que sucumbia, por apresentarem: uma crença de que podiam controlar ou influenciar os eventos de sua experiência (*locus* interno de controle); uma habilidade em sentirem-se profundamente envolvidos com as atividades da sua vida e com um forte sentido de seus valores, objetivos, capacidades e crenças em si mesmos (*commitment*); e por acreditarem nas mudanças como um desafio para um desenvolvimento futuro (*challenge*) (KOBASA, 1979).

Especificamente, *hardiness* altera dois componentes da avaliação: reduz a avaliação de ameaça e aumenta a expectativa do indivíduo de que os esforços de enfrentamento serão bem-sucedidos (TARTASKY, 1993 *apud* BISSONNETTE, 1998). Essa característica também já se mostrou associada ao maior uso de estratégias de enfrentamento ativas e voltadas para problemas (KOBASA, 1982 *apud* BISSONNETTE, 1998). Alguns estudos têm sido consistentes em mostrar que características *hardiness* de personalidade moderam o efeito do estresse na zona de guerra e o enfrentamento pós-guerra com estressores civis, predizendo menores níveis de sintomas psiquiátricos. Uma interação entre *hardiness* e estilo de apego (*attachment style*) também se mostrou responsável por 20% a 40 % da variância medida na predição de depressão, ansiedade, somatização e sintomas de TEPT passados e presentes dentre

um grupo de veteranos de combate e de prisioneiros de guerra (AGAIBI & WILSON, 2005).

O conceito de “*hardiness*” - embora claramente definido por Kobasa (1979) como apenas um dentre outros mediadores fisiológicos, psicológicos e ambientais do impacto do estresse sobre a adversidade – apresenta-se mais como um atributo estático do que dinâmico, sem considerar as possibilidades de variações deste ao longo do tempo e das circunstâncias. Definido como característica da personalidade e do temperamento, também parece ser compreendido como um atributo apenas constitucional, sem considerar a possibilidade dele também ser resultado das relações do indivíduo com o ambiente.

2.1.3.1.12 Auto-valorização – (*Self-Enhancement*)

A característica de auto-valorização tem sido associada com benefícios, como elevada auto-estima e maiores emoções positivas, mas também com custos: pessoas que se auto-valorizam excessivamente pontuam alto em medidas de narcisismo e costumam evocar impressões negativas nos outros. Essa característica pode ser menos problemática, no entanto, em um contexto de eventos altamente aversivos, quando as ameaças aos indivíduos são mais proeminentes. Nessas condições, vieses excessivamente positivos ou irrealistas em favor de si mesmo, como o *self-enhancement*, podem ser adaptativos e promoverem bem-estar, embora com alguns custos sociais. Bonanno *et al.* (2005) examinaram essa característica como preditora de ajustamento entre indivíduos que estavam dentro ou próximo ao World Trade Center durante os ataques terroristas do 11 de setembro de 2001. Essa auto-valorização foi associada a um desfecho resiliente, e uma análise adicional mostrou que essa diminuição dos níveis de

sintomas entre esses indivíduos, era amplamente mediada por sua baixa percepção de constrangimentos sociais. Esses indivíduos parecem capazes de perceber, também através de lentes positivas distorcidas, os seus meios sociais como receptivos e apoiadores, e serem completamente inconscientes das reações críticas que podem evocar nos demais. No entanto, apesar da associação com baixos níveis de sintomas, amigos e parentes desses indivíduos com auto-valorização excessiva consideram que, após o evento traumático, houve um declínio do ajustamento social desses, e que eles se tornaram menos honestos (BONANNO *et al.*, 2005).

2.1.3.2 Fatores Familiares

2.1.3.2.1 Experiências Precoces. Relações com adultos cuidadosos – O sistema de Apego.

“Não existe tal coisa chamada bebê (...), se decidirmos descrever um bebê, encontrar-nos-emos descrevendo *um bebê e alguém*. Um bebê não pode existir sozinho, sendo essencialmente parte de uma relação.”
D.W. Winnicott

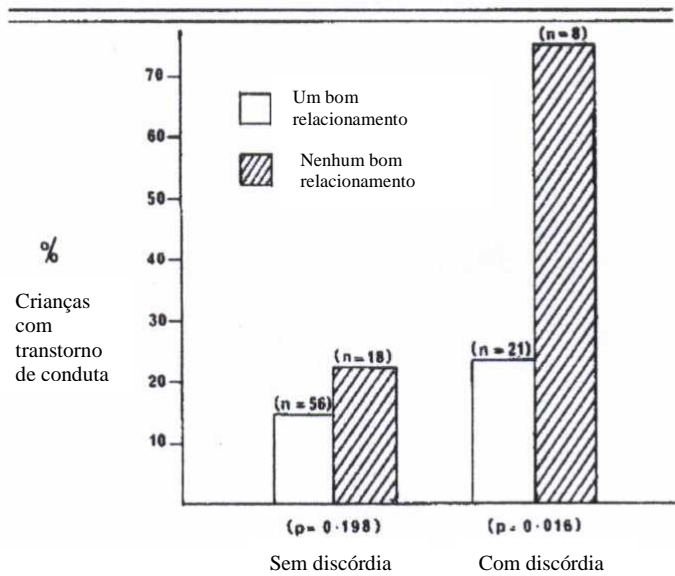
Masten & Coatsworth (1998) consideram que as origens da competência estão na infância precoce, quando muitas ferramentas para a boa adaptação são moldadas pelas interações entre a criança e seus ambientes. Nessa fase, ocorrem o desenvolvimento de tarefas motoras, linguagem, auto-confiança, habilidades de soluções de problemas. O cérebro em desenvolvimento é profundamente responsivo à experiência, dado a um fenômeno conhecido como neuroplasticidade, onde há reorganização funcional e estrutural cerebral. Ambientes precoces hostis levam à diminuição das redes neuronais e do tamanho de estruturas cerebrais, enquanto intervenções precoces resultam no enriquecimento dessas redes e aumento no tamanho do cérebro. Alterações físicas cerebrais, por seu lado, podem ter implicações

substantivas em exacerbar ou reduzir a vulnerabilidade à psicopatologia futura (CURTIS & NELSON, 2003 *apud* LUTHAR & BROWN, 2007).

Estudos com animais mostraram que experiências precoces envolvendo o cuidado, podem, significativamente, alterar a expressão gênica e que a sua expressão afeta o comportamento posterior (LUTHAR & BROWN, 2007). Um exemplo é o estudo de Suomi (2006 *apud* LUTHAR & BROWN, 2007) com macacos, em que aqueles com um alelo curto do gene transportador da 5-hidroxitriptamina claramente mostram problemas no funcionamento comportamental e fisiológico, mas só se eles tiverem sido criados por seus pares ao invés de por sua mãe biológica. Se tiverem sido criados por sua mãe, seu funcionamento será igual ou superior ao daqueles macacos com o longo alelo.

A competência infantil está embebida em um sistema de cuidados, portanto, desenvolvimentalistas descreveram “o par competente mãe-lactente”, onde a criança é competente com respeito ao asseguramento de suas necessidades através da influência do comportamento de uma mãe-responsiva. Há evidências de que a qualidade dessas relações especiais prediga sucesso significativo posterior. Estudos longitudinais indicam a importância das relações com cuidadores para a adaptação bem-sucedida. Estudos sobre resiliência apontam para a relevância de uma boa qualidade parental em prevenir problemas anti-sociais dentre crianças expostas a auto-níveis de adversidade psicossocial (MASTEN & COATSWORTH, 1998). (Ver figura 7).

Figura 7. Efeito protetor de um bom relacionamento. Extraído de Rutter (1987) – tradução nossa.



Estudos sobre o desenvolvimento da resiliência-do-ego (*ego-resiliency*) indicam que crianças frágeis vêm de casas marcadas por discórdia e conflito, enquanto que crianças ego-resilientes têm pais que são competentes, integrados, amorosos, pacientes, compatíveis e que compartilham valores (BLOCK, 1971 *apud* LUTHAR & ZIEGLER, 1991). Um relacionamento seguro com um dos pais, pode substancialmente mitigar os efeitos de uma relação insegura com o outro. O que parece importante para a proteção é uma relação segura com alguém (RUTTER, 1985, 1987). Uma ligação próxima com um pai efetivo está relacionada a melhores desfechos dentre crianças com vidas comuns, tanto quanto dentre aquelas que são ameaçadas por uma ampla gama de situações, como discórdia familiar, abuso, situação de rua e situações de múltiplos riscos. Similarmente, quando há uma grave exposição a trauma relacionado a guerra ou a desastres naturais, a proximidade do cuidador é um dos mais potentes preditores da resposta da criança (MASTEN & COATSWORTH, 1998; LUTHAR & ZIEGLER, 1991).

Ambientes estruturados (previsíveis), em adição a estratégias como graduação (usando pequenos passos para superar desafios) e escolha (maximizando a quantidade

de escolha dada a uma criança), permite à criança, desenvolver um sentimento de controle sobre o seu mundo. É essa percepção de controle sobre o ambiente que leva a sentimentos de domínio e de otimismo por parte da criança, promovendo sua autonomia (SELIGMAN, 1995 *apud* BISSONNETTE, 1998; BROOKS, 1994 *apud* BISSONNETTE, 1998). É bem documentada na literatura que a vinculação precoce segura, aumenta a auto-estima e a auto-eficácia. Relações amorosas e protetoras com o cuidador levam a criança a se sentir amável e dotada de valor. Essa auto-percepção positiva que a criança recebe, em parte, dos outros, oferece uma base segura para a exploração do mundo (BISSONNETTE, 1998). As raízes do otimismo repousam na infância, nas experiências repetidas de gratificação das necessidades, de ser capaz de confiar que a vida pode ser boa. O otimismo e a esperança, adquiridas através dessas experiências precoces, são reforçados anos mais tarde, na medida em que as separações são seguidas de reencontros e a dor é seguida de conforto. A criança desenvolve confiança de que ela e o ambiente serão capazes de manejar qualquer problema (MURPHY, 1987 *apud* BISSONNETTE, 1998).

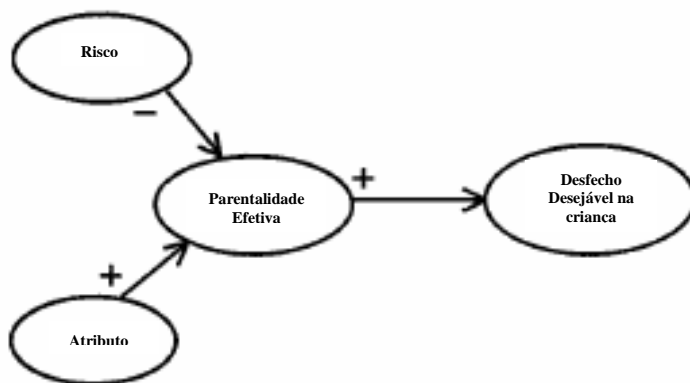
Na coorte estudada por Dumont *et al.* (2007), com indivíduos com e sem história de abuso sexual e negligência na infância, crescer em uma situação de vida estável – com ambos os pais até os dezoito anos; ou com mais de dez anos no primeiro local de lotação -, estavam dentre os fatores preditores de resiliência na adolescência.

No estudo de Spaccarelli & Kim (1995), apoio parental foi o melhor preditor de resiliência após abuso sexual, juntamente com estresse total de abuso que também mostrou uma contribuição significativa para a variância.

A parentalidade pode funcionar como uma variável mediadora também entre os efeitos de privação econômica sobre crianças e adolescentes (CONGER *et al.*, 1997 e

1992, *apud* MASTEN, 2001). Essa via indireta pode ser exemplificada no diagrama da Figura 8.

Figura 8. Exemplo de um Modelo Indireto de Risco e Resiliência. Extraído de Masten (2001)- tradução nossa.



Nota: Exemplo de um modelo indireto de risco e resiliência onde uma ameaça ou um atributo ao desenvolvimento produz seus efeitos através de um sistema adaptativo maior, nesse caso a parentalidade. O efeito do atributo ou variável de risco nesse caso é mediado pela variável parentalidade.

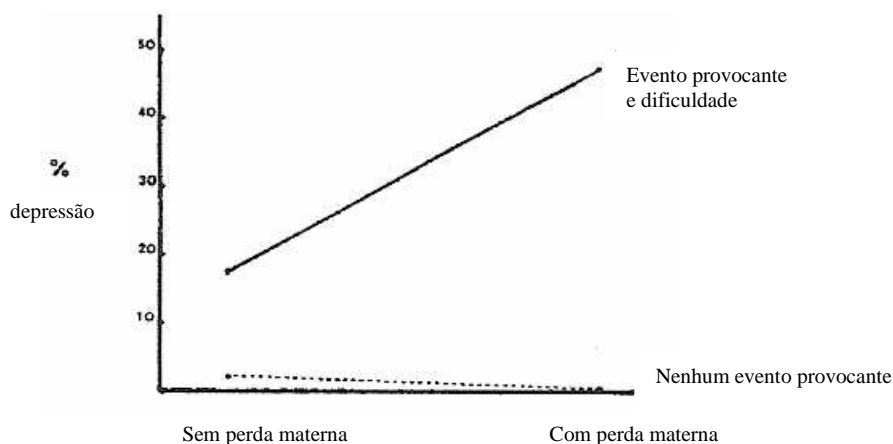
O nível de estresse dos pais parece predizer o nível de estresse dos filhos e os sintomas dos pais são preditores significativos de problemas comportamentais e de auto-relatos de estresse internalizado pelas crianças. O nível de sintoma das mães, em comparação com o dos pais, deve ser mais grave antes que a criança esteja em risco para o desenvolvimento de problemas (COMPAS & PHARES, 1991 *apud* AGAIBI & WILSON, 2005).

Uma boa parentalidade está associada com o desenvolvimento de habilidades cognitivas e criatividade que facilitam a maior competência no enfrentamento de diferentes tipos de estressores (AGAIBI & WILSON, 2005).

A perda parental precoce cria vulnerabilidade para transtornos psiquiátricos que não se torna manifesta até muito mais tarde, e só em associação com variáveis diretas de risco. Dados de um estudo de Brown & Harris (1986 *apud* RUTTER, 1987), mostram que a perda da mãe antes da criança ter 11 anos, não tem associação com depressão no adulto na ausência de um agente provocante, mas tem um efeito potenciador de 3 vezes,

quando combinada com um evento de ameaça à vida ou uma dificuldade duradoura. Ver Figura 9.

Figura 9. Perda materna (antes dos 11 anos), agentes provocantes e depressão. Extraído de Rutter (1987) (tradução nossa).



Com o avançar do conhecimento sobre resiliência, percebe-se a necessidade de se aprimorar os estudos em uma abordagem mais fina, e não apenas global, que possa melhor traduzir os processos que levam a uma adaptação positiva na adversidade em situações específicas. Por exemplo: boa parentalidade tem numerosos componentes, e o que bons pais fazem, depende das características dos filhos, assim como da situação. O que na perda materna cria vulnerabilidade? Parece que a falta de um cuidado afetivo, a orientação cognitiva de desamparo são as chaves principais, que pode também ter a contribuição de baixa auto-estima (RUTTER, 1987).

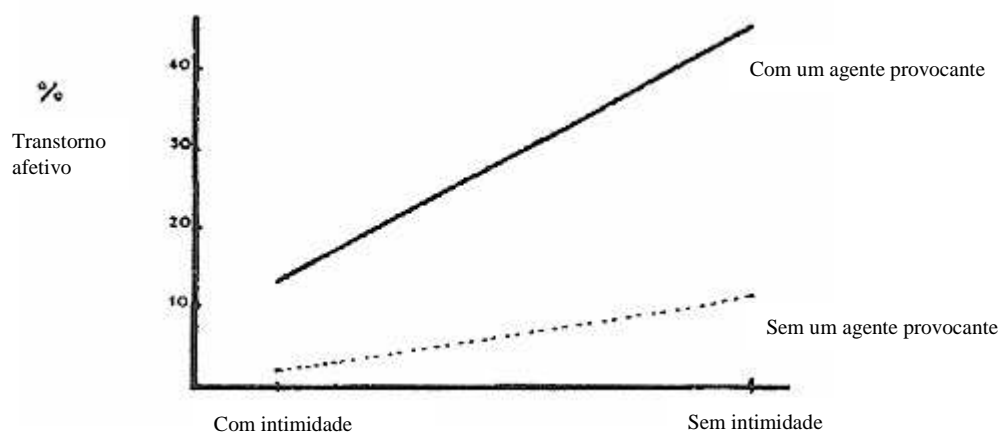
A disponibilidade de cuidadores sensíveis e responsivos durante a primeira infância é crítica em amortecer os efeitos negativos do estresse e adversidade sobre o desenvolvimento do eixo HPA. Já a separação da mãe após o nascimento pode levar a alterações permanentes na responsividade neuroquímica e endócrina e levar a problemas comportamentais (LUTHAR *et al.*, 2006).

No estudo de Vaillant & Vaillant (1990) – já citado no capítulo de mecanismos de defesa – foram preditores de saúde antes dos 50 anos de idade: a coesão familiar e a presença de relações com os pais que levavam à confiança, à autonomia e à iniciativa. Paradoxalmente, a história de um ambiente caloroso na infância teve uma contribuição independente importante em prever saúde física, mas não saúde mental. Aos 65 anos de idade, a proximidade dos irmãos foi um poderoso preditor de ajustamento psicossocial.

2.1.3.2.2 Apoio conjugal

A presença de relações íntimas ou de apoio conjugal também se mostrou associada a processos protetores em alguns estudos (LUTHAR & ZIEGLER, 1991). A falta de uma relação íntima e confiante com um marido ou namorado foi associada em, um estudo de Campbell *et al* (1983 *apud* RUTTER, 1987), com um aumento não-significativo de depressão, mas com um aumento significativo de três vezes o efeito do agente provocante; um aumento que excede a soma dos dois se considerados separadamente (ver Figura 10).

Figura.10. Intimidade com o parceiro, agentes provocantes e transtorno afetivo. Extraído de Rutter (1987) – tradução nossa.



No estudo de Vaillant & Vaillant (1990), o passado de uma relação conjugal prazerosa predisse medidas de ajustamento físico e psicossocial, mas não de satisfação subjetiva com a vida aos 65 anos de idade.

No estudo de Dumont *et al.* (2007), o envolvimento com um cônjuge ou companheiro que oferecesse grande apoio foi um dos preditores de resiliência no início da vida adulta. Já os indivíduos com baixo nível de apoio de seus cônjuges ou companheiros não se mostraram significativamente mais resilientes do que aqueles sem um relacionamento desse tipo.

2.1.3.3 – Fatores Sociais

2.1.3.3.1 Apoio Social

A relação entre estresses de vida e doença foi mostrada como sendo moderada pela presença de apoio social de fontes familiares e extra-familiares. O apoio social pode exercer seus efeitos tanto por permitir oportunidades para o indivíduo sair da situação de risco, quanto por ajudar a uma avaliação mais saudável dos eventos. Além disso, pode indiretamente facilitar qualidades protetoras, como, por exemplo, a auto-estima (WOLKOW & FERGUSON, 2001; RUTTER, 1987).

Desfechos positivos tendem a ser associados com maior uso de sistemas sociais entre as crianças de alto-risco e suas famílias. A presença de apoio social estava entre um dos fatores mais significantes diferenciando pais que não repetiram um ciclo intergeracional de abuso infantil daqueles que o fizeram. Programas de intervenção que oferecem serviços de apoio a crianças de alto-risco e suas famílias podem ser de grande benefício em termos de fornecer funções protetivas e de promover desfechos positivos. (LUTHAR & ZIEGLER, 1991). Tipicamente, crianças com mais recursos de capital social vão melhor na escola (COLEMAN, 1988 *apud* MASTEN & COATSWORTH,

1998). Além disso, vítimas de adversidade na infância, que identificam pelo menos um adulto do passado como provedor de apoio, demonstram menor abuso de substância, menor comportamento violento e menos transtorno de conduta; melhores relacionamentos com os pais e colegas, melhor ajustamento psicossocial, melhor desempenho acadêmico, melhores estratégias de enfrentamento, auto-imagens mais positivas, melhor bem-estar subjetivo e melhor qualidade de vida (WOLKOW & FERGUSON, 2001).

Em um estudo com adolescentes de escolas rurais na Pensilvânia, a percepção de apoio social da família teve, após o otimismo, o segundo maior efeito principal sobre a resiliência psicossocial. Apoio social percebido dos amigos foi o mais poderoso moderador das experiências negativas de vida, sendo tanto mais importante dentre os adolescentes mais velhos e quanto maior era o número de eventos negativos na vida desses jovens (TUSAIE *et al.*, 2007).

Assim como os achados na pesquisa sobre resiliência infantil, vários estudos sobre trauma em adultos encontraram que apoio social percebido e coesão familiar estavam associados a uma maior resiliência. Há evidências de que é o engajamento ativo do indivíduo nos relacionamentos mais do que o aumento da disponibilidade de apoio, que ajuda a mediar a proteção contra o TEPT. Isto é, parece a habilidade do indivíduo de usar e de manter tal apoio que está envolvida na proteção (HOGE *et al.*, 2007).

Uma das ironias da recuperação de um trauma é que o evento traumático pode romper as redes de apoio no momento em que elas são mais necessárias, seja pela perda de pessoas significativas, seja pela destruição de redes de apoio (p.ex. de escolas), seja por afetarem a utilização do apoio pelo indivíduo (LYONS, 1991).

No entanto, dentre os fatores protetores, o apoio social parece ser o mais suscetível à intervenção (WOLKOW & FERGUSON, 2001).

É importante lembrar que, medidas de tamanho de uma rede de apoio ou de frequência de interação são menos preditivas do que medidas que levam em consideração a qualidade e a valência das interações. Nem todos os relacionamentos fornecem apoio, e podem constituir estressores adicionais se colocam demandas elevadas ou conflituosas para o indivíduo (LYONS, 1991).

O apoio social pode ser diferenciado em apoio “percebido” (isto é, a crença de que a ajuda estaria disponível quando necessária) e apoio “recebido” (isto é, o atual recebimento de ajuda). O apoio social também varia em duas dimensões críticas. A primeira é refletida no padrão geral de utilização da ajuda. Esse padrão lembra uma pirâmide, com sua ampla base constituída pela família, seguida de outros grupos de suporte primário, como amigos, vizinhos e colegas de trabalho, e seguidos de agências formais e outras pessoas de fora do círculo imediato da vítima. A segunda dimensão, o tipo de apoio, diferencia entre apoio emocional, informacional e apoio tangível. O apoio recebido protege contra a erosão do apoio percebido, que, por sua vez, é um potente fator protetor para a saúde mental. O apoio recebido ajuda mais quando é recíproco, significando que há um balanço entre receber e dar apoio. Estar constantemente na ponta final de recebimento no contínuo das trocas de apoio pode ameaçar a auto-estima, enquanto que ser aquele que constantemente provê o apoio cria estresse e sobrecarga (NORRIS *et al.*, 2008).

2.1.3.3.2 Macro-ambiente.

As condições políticas e sócio-econômicas presentes no nascimento e na infância podem afetar a resiliência contra a adversidade. Crescer em tempos de amplo

emprego pode favorecer um adolescente delinqüente a não seguir uma trajetória criminal, uma vez que os vínculos sociais da vida adulta, como o trabalho e o casamento, protegem homens predispostos contra uma carreira criminal adulta (WOLFF, 1995). Afinal, todos indivíduos têm o potencial para se desenvolverem mais positivamente (LERNER, 2006). Para ajudar jovens de alto-risco e em desvantagem na direção de um sentido de competência e auto-eficácia, mudanças no macro-ambiente são essenciais e condições de pobreza e de desemprego necessitam ser seriamente atacadas. Essas adversidades contribuem para a violência doméstica, para a depressão materna, para a discórdia parental, para uma parentalidade coercitiva e não-vigilante e para o abuso infantil, quando pais vulneráveis também não estão protegidos por melhores condições de vida.

O macro-ambiente também inclui o sistema educacional. São necessários programas que promovam a resiliência de crianças de alto-risco, permitindo que elas comecem a escola de modo mais competente, com maior confiança nas suas capacidades, e evocando respostas mais positivas de professores, o que promove sua maior auto-estima. Atividades extra-curriculares também podem oferecer a oportunidade de sucesso àqueles menos dotados intelectualmente, possibilitando o desenvolvimento de outros talentos individuais (WOLFF, 1995).

Dumont *et al.* (2007) em seu estudo prospectivo com casos de abuso sexual e negligência na infância e controles, pesquisou a influência de residir em uma vizinhança próspera na predição de resiliência. Essa variável de prosperidade da vizinhança foi definida por um índice composto por quatro itens: percentagem de casas ocupadas pelo proprietário; percentual de famílias com renda anual maior do que 25.000 dólares; de indivíduos com 25 anos ou mais com mais com quatro anos de ensino superior e de indivíduos com 16 anos ou mais trabalhando como profissionais ou managers. Apesar

de não terem evidenciado efeito principal da vizinhança sobre a predição de resiliência, observaram uma interação, indicando que vizinhança próspera moderava a relação entre a estabilidade do lar e a resiliência. Além disso, também foi observada uma interação entre o tipo de vizinhança com as habilidades cognitivas dos indivíduos. Aqueles que cresceram em vizinhanças com, relativamente, um maior número de “vantagens” e que tinham uma habilidade cognitiva alta, tenderam a ser três vezes mais resilientes do que os participantes de um mesmo tipo de vizinhança, mas que tinham baixos níveis de habilidade cognitiva. Por outro lado, em vizinhanças menos prósperas, a habilidade cognitiva não esteve significativamente relacionada com a resiliência.

A classe social, como variável independente, pode ser um fator distal, mas resultar em estressores proximais que diretamente afetam os indivíduos sujeitos a tais experiências e que levam a altas taxas de TEPT. Fatores de risco daqueles indivíduos socialmente em desvantagem ocorrem juntos freqüentemente, elevando a vulnerabilidade desses indivíduos. Riscos proximais incluem ambientes caóticos, trauma e instabilidade na família, abuso de substâncias, nutrição inadequada, separação parental, doença mental e comportamento anti-social. Agaibi & Wilson (2005) sugerem que se uma criança é exposta a riscos distais, mas ainda não experimenta riscos proximais (como abuso e negligência), é mais seguro assumir que a família seja mais resiliente do que não.

Já outros estudos, como o de Miller *et al.* (1999), citado por (VANDERBILT-ADRIANCE, 2008) encontraram que, para uma amostra de garotos de alto-risco, baixos níveis de conflito familiar estiveram associados a baixos níveis de comportamento anti-social apenas no contexto de uma baixa exposição à violência comunitária. Assim, viver em uma família com poucos conflitos não seria um fator protetor quando a violência na comunidade for alta. Riscos para adolescentes de vizinhanças em desvantagem podem

ser de maior magnitude e, portanto, podem mais freqüentemente superar fatores protetores. Alguns fatores associados com a resiliência podem perder sua habilidade de amortecer o risco uma vez que um determinado nível deste seja atingido.

2.1.3.4 Pontos de mudança (“*Turning points*”).

É assim chamado, pois o que acontece determina a direção da trajetória de vida por muitos anos (RUTTER, 1987). Experiências de trabalho na adolescência, desde que não excessivas, podem aumentar o sentimento de competência, promover o bem-estar do adolescente e reforçarem as relações dos adolescentes com seus pais (MASTEN & COATSWORTH, 1998). Uma recuperação tardia pode derivar de experiências de “turning point” na vida adulta. Um exemplo seria o efeito protetor de um bom casamento, com apoio do cônjuge, para uma amostra de mulheres institucionalizadas na infância e juventude. Outro seria a entrada nas forças armadas para pessoas de uma origem gravemente desvantajosa (RUTTER, 2006). Para estudar o efeito de experiências positivas na vida adulta representando pontos de virada para crianças com experiências adversas é necessária a abordagem da trajetória ao longo de toda vida.

2.1.4. Resiliência como uma “mágica comum” (“*ordinary magic*”).

Apesar das histórias extraordinárias de crianças que superam a adversidade que freqüentemente inspiraram o estudo desse construto, o fenômeno de resiliência é mais comum do que se esperava. Diz Masten (2001) que o que começou como uma busca para a compreensão do extraordinário revelou o poder do comum. Crianças resilientes não parecem possuir qualidades excepcionais misteriosas; antes, elas conservaram importantes recursos representando sistemas protetores básicos do desenvolvimento

humano. A resiliência não vem de qualidades raras e especiais, mas da mágica cotidiana de recursos humanos comuns nos indivíduos, na família e relacionamentos e nas suas comunidades, isto é, a resiliência parece ser um fenômeno comum que surge de processos adaptativos comuns. (MASTEN & COASTWORTH, 1998; MASTEN, 2001).

Como já foi dito, Bonanno (2004) considera que a resiliência é a resposta mais comum de um adulto a um trauma potencial. É necessário lembrar, no entanto, a possibilidade de que a utilização de critérios de desfecho muito estreitos possa artificialmente considerar como “adaptadas positivamente” pessoas, na realidade, mal-adaptadas. Bonanno (2004) argumenta que, mesmo se consideramos a possibilidade das reações ao trauma se manifestarem através de outros problemas comportamentais e de saúde na ausência de TEPT, ainda assim muitos sobreviventes não demonstram tais problemas. Para exemplificar, cita um estudo longitudinal com sobreviventes de um terrível desastre, em que, após um ano, 13,7% dos pacientes preenchiam critérios para algum transtorno psiquiátricos e 31% apresentaram algum diagnóstico médico. Embora essas taxas sejam bem maiores do que aquelas encontradas no grupo controle (1,1% e 4,5 %, respectivamente); ainda assim a maioria dos sobreviventes não exibia nem mal-estar extremo, nem problemas de saúde pouco comuns. No entanto, a proporção de resiliência vai variar também com a gravidade do estressor.

A conclusão de que a resiliência emerge de processos comuns oferece uma visão mais otimista para a ação. Se as maiores ameaças ao indivíduo são aquelas que minam seus sistemas básicos protetores - que não são invulneráveis e que precisam ser nutridos -, esforços para promover a competência e resiliência no indivíduo em risco devem focar sobre estratégias que protejam e restaurem a eficácia de seus sistemas básicos (MASTEN, 2001).

2.1.5. Possibilidade de Intervenção para Promoção de Saúde

Até bem recentemente, o foco principal das discussões sobre risco psicossocial vinha sendo a redução de influências adversas. É claro que esse é um importante objetivo, mas é igualmente importante prestar atenção àqueles padrões que, enquanto não promovem diretamente bons desfechos, aumentam a resistência a adversidades psicossociais e a perigos de vários tipos (RUTTER, 1993). A descoberta de como os indivíduos superam a adversidade nos ajudou a identificar possibilidades previamente indetectadas para a ação preventiva (WOLFF, 1995).

Existem várias similaridades entre a pesquisa sobre resiliência e a pesquisa de prevenção, mas também algumas diferenças. A maior distinção repousa na distinção da frase “estar bem”. Para os prevenicionistas, isso freqüentemente representa a evitação da doença. Os pesquisadores da resiliência, por outro lado, estão preocupados com bem-estar em adição à ausência de disfunção. No entanto, a ênfase desses pesquisadores no bem-estar não implica no abandono do que não aborda a excelência. O foco, simplesmente, está em trajetórias que são “inesperadamente positivas”, isto é, significativamente melhores do que as esperadas com base na maioria dos indivíduos afetados pelas adversidades. Quando qualquer condição de risco está conceitualmente e estatisticamente associada aos diagnósticos psiquiátricos, (p.ex. por elevadas odds-ratios) é lógico priorizar a ausência da psicopatologia antes da manutenção da elevada competência social como indicador apropriado de uma adaptação resiliente (LUTHAR & CICHETTI, 2000b).

Um cuidado deve ser tomado com a má-interpretação do conceito de resiliência, que pode levar à minimização do impacto real dos eventos traumáticos, com a presunção de resiliência dentre aqueles mais vulneráveis (p.ex. crianças). Intervenções precoces, que podem melhorar a intensidade e a gravidade da resposta ao trauma, vão

diminuir a probabilidade do desenvolvimento de sistemas neurais sensibilizados que resultem em hipervigilância mantida ou em sintomas dissociativos, ou em ambos (PERRY *et al.*, 1995)

A evidência objetiva dos efeitos deletérios da adversidade precoce no cérebro em desenvolvimento, na sua arquitetura, química e sistemas fisiológicos cerebrais implicados no enfrentamento do estresse; e a evidência de que um ambiente cuidador sensível e responsivo podem substancialmente reduzir esses efeitos do estresses, são argumentos poderosos para o investimento de recursos nas intervenções preventivas na infância (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2005 *apud* LUTHAR & BROWN, 2007).

Segundo Suomi (2006 *apud* LUTHAR & BROWN 2007), os achados dos estudos da interação Gene-Ambiente entre animais e humanos podem ser interpretados de dois modos. Ainda que não sejam mutuamente exclusivos, esses têm diferentes implicações para as estratégias de prevenção. Uma interpretação é que “bons” genes protegem contra um mau ambiente. Outra, é que “bons” ambientes, significativamente, amortecem indivíduos com genes “maus”, reduzindo desfechos do desenvolvimento deletérios.

Clinicamente, alguns fatores protetores podem ser acessíveis à manipulação externa e podem, assim, nos mostrar um foco potencial para futuros tratamentos e intervenções (COLLISHAW *et al.*, 2007). Os objetivos agora incorporam a promoção da competência como a prevenção ou melhora dos sintomas.

A promoção de resiliência não se encontra na esquiva de todo estresse, mas antes, em encontrar o estresse (dependendo do grau deste, é claro) no tempo e do modo que permita aumentar a auto-confiança e a competência social através de domínio e responsabilidade apropriada (RUTTER, 1985).

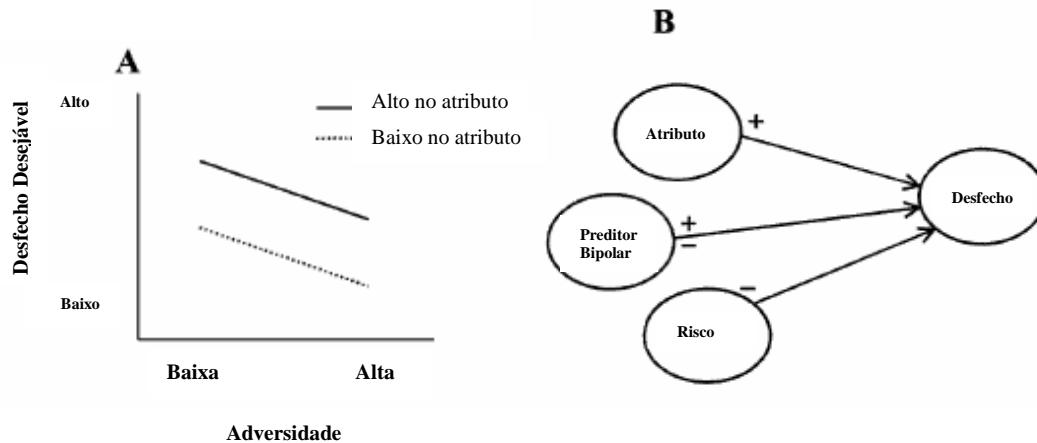
2.2 Modelos de análise para as pesquisas em resiliência.

Duas abordagens caracterizaram os desenhos de estudo sobre a resiliência dentre crianças de alto-risco: A) a abordagem focada na variável – que usa estatística multivariada para testar as ligações entre as medidas do grau de risco e ou adversidade, desfecho e qualidades potenciais que podem funcionar para compensar ou proteger o indivíduo das conseqüências negativas do risco; B) a abordagem focada na pessoa – que compara pessoas que têm diferentes perfis em um conjunto de critérios para avaliar o que diferencia os indivíduos com um maior potencial de resiliência do que as outras (MASTEN, 2001).

2.2.1 Abordagem focada na variável

Garnezy *et al* (1984) sugeriram três modelos para descreverem o impacto do estresse e dos atributos protetores/ moderadores na qualidade da adaptação. O primeiro, chamado de “compensatório”, consideraria que os fatores de estresse e os atributos de personalidade podem ser vistos como se combinando aditivamente na predição de competência, através da seguinte equação: $C = \beta_1 A + \beta_2 E + D$ (onde C é competência; A, os atributos de personalidade; E, a variável estresse e D, uma constante). Teoricamente, reflete a contribuição independente (efeitos principais) de riscos ou atributos ou ainda de atributos “bipolares” no curso da variável de desfecho (ver Figura 11). As linhas da regressão são paralelas (A), pois a relação desse atributo com o critério de interesse não varia através dos níveis de risco-adversidade (MASTEN, 2001).

Fig 11. Exemplo de Modelos de Efeitos Principais Baseados em Análises Multivariadas na Pesquisa da Resiliência. Adaptado de Masten (2001).

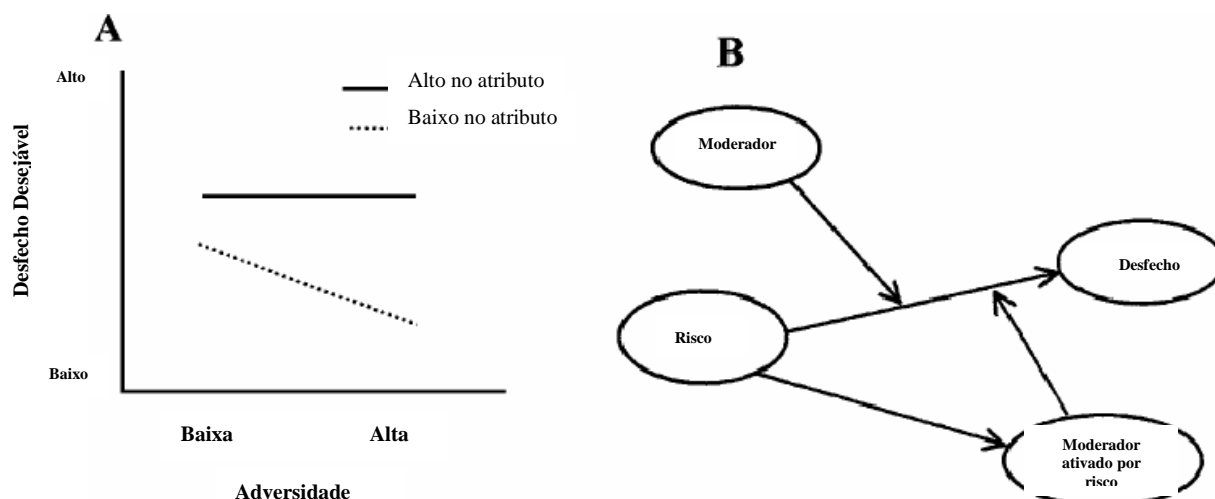


Nota: Em **A**, as linhas da regressão são plotadas para dois valores de um atributo para um dado desfecho; elas são paralelas porque o atributo representa uma vantagem apesar da adversidade ou nível de risco. A adversidade também tem um efeito principal nesse exemplo; assim, o desfecho cai, na medida em que a adversidade aumenta. **B** mostra um diagrama com os mesmos efeitos principais para a variável de atributo e uma variável adversidade-risco, além de um preditor bipolar com efeito principal nesse desfecho.

O segundo modelo, o “modelo de desafio”, consideraria que o estresse, se não for excessivo, pode aumentar a competência e, nesses casos, a resistência a riscos ambientais poderia vir da exposição ao risco em circunstâncias controladas (GARMEZY *et al*, 1984 e RUTTER, 2006). Nesse modelo, pela relação curvilínea entre estresse e competência, adiciona-se um termo quadrático à função: $C = \beta_1A + \beta_2E + \beta_3E^2 + D$ (GARMEZY *et al*, 1984).

Já no terceiro modelo, existe uma relação condicional entre o estresse e os atributos de personalidade, com uma modulação desses atributos no impacto do estresse sobre a competência (ver diagrama B figura 12).

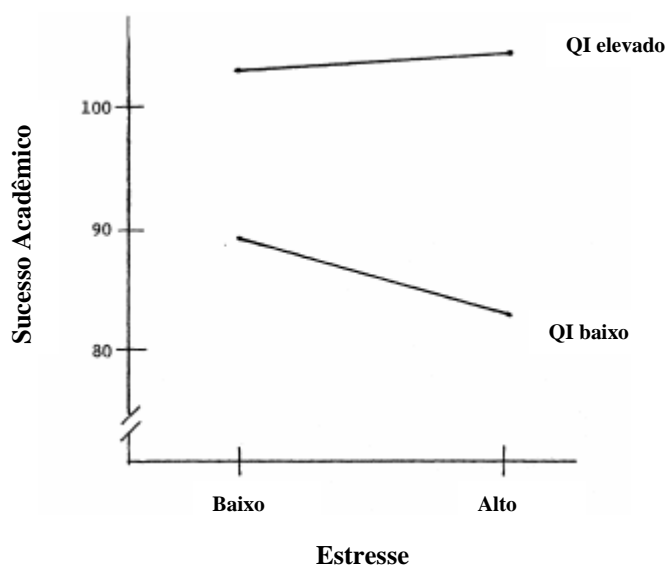
Figura 12. Exemplos de Modelos de Interação para a Pesquisa da Resiliência. Adaptado de Masten (2001).



Nota: O gráfico **A** ilustra uma interação retratada pela análise de regressão onde a adversidade ou risco parece ter efeitos preditivos no desfecho dependendo do nível ou ausência de um fator protetor ou de vulnerabilidade. O diagrama **B** mostra dois tipos de efeitos moderadores. Um, representa um atributo de um indivíduo ou ambiente que modera o impacto de um fator de risco ou estressor no desfecho de interesse, mas não tem relação direta com o estressor/risco. O outro é um moderador ativado pelo risco, análogo a um *airbag* de automóvel ou a uma resposta do sistema imune.

Assim, na presença de atributos pessoais positivos, há uma atenuação desse impacto (“imunidade”), enquanto que, na presença de vulnerabilidade pessoal, pode haver a sua acentuação. Esse modelo, chamado pelos autores de “modelo de imunidade-versus-vulnerabilidade” incorpora um termo de interação: $C = \beta_1 A + \beta_2 E + \beta_3 EA + D$. Os autores consideram que o atributo de “resistência” ao estresse/vulnerabilidade poderia também ser ambiental, e não apenas individual. Observam ainda que esses modelos de relação entre essas variáveis podem não ser mutuamente exclusivos, mas sim combinados e que a “resistência ao estresse” ou o fator protetor podem não diferenciar a competência da criança em níveis baixos de estresse, mas apenas em níveis elevados. Exemplificam ainda, em uma coorte de base populacional de 200 crianças, a interação entre um fator protetor (Quociente de Inteligência) e diferentes níveis de estresse no sucesso acadêmico, como mostra a figura 13 (GARMEZY *et al*, 1984).

Figura 13. Interação do estresse e QI com relação ao sucesso acadêmico. Adaptado de Garmezy *et al* (1984).



Esse mostra um exemplo do modelo imunidade-versus-vulnerabilidade, onde crianças com QI elevado mantêm bom desempenho, para ambos os níveis de estresse, enquanto para crianças com baixo QI, o desempenho cai em função do estresse. Indica, ainda, um efeito compensatório, onde o desempenho covaria com o QI, independente do estresse (GARMEZY *et al.*, 1984).

Dois “marcadores neurobiológicos de resiliência” parecem ser exemplos de variáveis moderadoras ativada pelo risco (ver figura 6): o neuropeptídeo Y e a DHEA. Conforme podemos observar na figura, seus valores são maiores dentre os indivíduos que se recuperaram de um trauma. Mas são menores naqueles que nunca se expuseram do que naqueles com história de trauma ou naqueles com PTSD, sugerindo que tais marcadores sejam ativados pela exposição (YEHUDA & FLORY, 2007).

Garmezy *et al.* (1984) sugerem que o ordenamento hierárquico das variáveis na entrada do modelo é o mais apropriado para condução das análises de regressão múltipla/correlação nos estudos das relações complexas envolvidas no processo de resiliência, uma vez que existe uma prioridade lógica ou temporal para ordenar essas variáveis no modelo. A prioridade de entrada no modelo é dada às características do

organismo sobre as ambientais. Assim, variáveis cognitivas precedem status sócio-econômico e taxas de estresse. Dentro das características do organismo, a prioridade é dada à mais simples (p.ex. sexo, idade) sobre as mais completas (p.ex. QI) e à precedência temporal, (p.ex. sexo, antes da idade). E todas as interações significativas só entram após a entrada dos efeitos principais.

Rutter (1985) observa que os processos interativos podem não ser multiplicativos, podendo ser necessários modelos aditivos de interação para a percepção de um efeito sinérgico entre as variáveis. Lembra também que o fato de serem encontrados efeitos das variáveis no modelo multivariado, isso não significa que cada uma delas tenha um efeito significativo sozinha, mas que esse existe quando as outras variáveis são levadas em conta. Exemplifica com o estudo por ele conduzido sobre adversidades familiares crônicas (p.ex. discórdia familiar, transtorno mental parental, superlotação, etc), em que não foi encontrado efeito no risco psiquiátrico quando elas ocorriam isoladas, mas o risco psiquiátrico subia nitidamente quando várias adversidades co-existiam.

Roosa (2000 *apud* LUTHAR, 2000c) sugere que os efeitos de interação são, certamente, o coração da pesquisa de resiliência, uma vez que forças protetoras e de vulnerabilidade são altamente contexto-específicas. Luthar (2000c) lembra que, embora o efeito de interação seja o “coração” da resiliência, os efeitos principais de fatores protetores não devem ser negligenciados.

Para Rutter (2006), a resiliência é uma inferência baseada na evidência de uma interação (entre risco e proteção), mesmo que essa não esteja refletida em um termo de interação estatístico. Esta ausência pode decorrer da necessidade de uma interação estatística requerer variação em ambas as variáveis (risco e proteção), e não apenas em uma delas. Por exemplo, em uma área endêmica, a exposição dos indivíduos a um

determinado risco pode não variar, e, apesar de haver variações individuais protetoras, a interação pode não ser estatisticamente evidente.

2.2.2 Abordagem focada na pessoa

Muitas abordagens focadas na pessoa procuram identificar, a partir de pontos de corte, grupos de indivíduos com padrões de bom e mau-funcionamento adaptativo em contextos de ameaça ou risco distintos a partir de pontos de corte, e de modo a examinar o que possa explicar as diferenças nos desfechos. Um exemplo foi o estudo de Kauai, em que foram comparados dois grupos de alto-risco aos dois anos de idade e que tiveram desfechos adaptativos e mal-adaptativos. A identificação do subgrupo “resiliente” foi feita com base na sua competência nas idades de 10 e 18 anos. As diferenças encontradas já foram descritas no capítulo 1.2.1 (MASTEN, 2001 E WERNER, 1992).

Classificações com modelos completos contam também com grupos de baixo-risco, para avaliar se os “resilientes” diferem também daqueles bem-adaptados que não tiveram adversidades (MASTEN, 2001). Para isso, são formados quatro grupos: baixo risco/má-adaptação (indivíduos muito vulneráveis); baixo-risco/boa adaptação; alto-risco/má-adaptação (indivíduos afetados) e alto-risco/boa-adaptação (maior potencial de resiliência). Estudos relatados por Masten *et al.* (1999) revelaram que jovens competentes com baixa-adversidade e jovens “resilientes” tinham recursos psicossociais muito similares, incluindo melhor funcionamento intelectual e qualidade parental, e maior auto-percepção positiva. Esses grupos diferiam marcadamente dos grupos mal-adaptados com relação a esses recursos, mesmo que indivíduos resilientes tivessem histórias semelhantes de experiências de vida graves ou catastróficas. Já Luthar &

Ziegler (1991) desenharam uma investigação para abordar a possibilidade de um jovem resiliente, na realidade, estar sofrendo um mal-estar subjetivo, e seus achados apoiaram esse ponto de vista, embora esses resultados não tenham sido replicados por Masten et al (1999), que geralmente encontravam bem-estar entre o grupo resiliente.

Análises de função discriminante e análise de cluster também têm sido usadas para estudar esses subgrupos, como em MASTEN *et al* (1999). Jovens mal-adaptados puderam prontamente ser discriminados dos dois grupos competentes pelos seus recursos e indicadores de bem-estar, enquanto os grupos “resiliente” e “competente com baixa-adversidade” não puderam ser discriminados. Já a análise de cluster produziu grupos resilientes, maladaptativos e competentes que eram altamente comparáveis com os grupos definidos previamente por pontos-de-corte.

2.2.3. Cuidado na Interpretação dos resultados. A questão da bidirecionalidade da causalidade.

Em estudos sobre resistência ao estresse em crianças, uma abordagem comum para operacionalizar o estresse é o método de eventos de vida e consiste em uma lista de eventos que se acredita serem experimentados freqüentemente por essas e por adolescentes. Embora medidas de estresse na vida tipicamente se correlacionem com o ajustamento, há um problema potencial uma vez que vários itens em medidas de eventos de vida podem ser eles mesmos resultados de uma má-adaptação. Na tentativa de abordar essa questão da causalidade, vários estudos examinaram correlações com ajustamento de dois tipos: aqueles eventos sobre os quais o indivíduo não possuía controle e que não poderiam ser vistos como consequência do ajustamento e aqueles nos quais os respondentes possuíam algum grau de controle. Uma outra maneira de examinar essas questões de causa-e-efeito tem sido usar o método de *cross-lagged*

correlation, que consiste no exame da extensão na qual eventos de vida no Tempo 1 podem prever ajustamento no tempo 2, ao contrário do oposto. O uso dessa técnica indicou que, enquanto o estresse pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento de mau-ajustamento, a presença de problemas de ajustamento também pode levar a experiências de eventos negativos da vida. Mais ainda, a aparente relação bidirecional entre estresse de vida e ajustamento pode, em alguns casos, resultar da influência comum de uma terceira variável (LUTHAR & ZIEGLER, 1991)

Outro problema no que diz respeito à causalidade é que a maioria dos estudos (mesmo aqueles longitudinais), não informam dados do ajustamento prévio à ocorrência do estressor ou do evento traumático. Embora os estudos longitudinais conduzidos após o aparecimento desses eventos forneçam *insights* úteis sobre os fatores que podem moderar os efeitos do estresse, eles excluem a possibilidade de uma conclusão definitiva em termos de uma relação causal entre o estressor e os desfechos do desenvolvimento. (LUTHAR & ZIEGLER, 1991).

Também as variáveis psicológicas e biológicas de resiliência com relação ao TEPT deviam idealmente ser medidas antes do início do trauma, o que quase nunca acontece (HOGE *et al*, 2007).

2.2.4. A operacionalização do conceito resiliência.

Resiliência como processo X a utilização de “escalas de resiliência”.

Como já dissemos anteriormente, o conceito de resiliência vem ganhando maior complexidade nas últimas décadas, sendo definido como um processo dinâmico que leva a uma adaptação/superação de uma adversidade. Os estudos sobre resiliência realizados por pesquisadores da Psicopatologia do Desenvolvimento costumam utilizar,

em sua maioria, diversas medidas na classificação dos principais construtos relacionados à resiliência, isto é, na definição do estresse, dos fatores protetores e da adaptação positiva, conforme já descrito nos capítulos anteriores.

Para a identificação do processo de resiliência é preciso que, primeiro, a experiência a qual os indivíduos sejam expostos represente um risco suficiente; segundo, os marcadores de resiliência devem abarcar uma variedade de domínios e, preferencialmente, devem estar evidentes por um período prolongado (LUTHAR *et al.*, 2000a).

Abaixo, exemplificaremos duas distintas operacionalizações da resiliência, ora entendida como um processo, ora como um conjunto de fatores protetores:

No já citado estudo longitudinal conduzido por Rutter *et al* na Ilha de Wight, Inglaterra, com publicação recente de um subgrupo que sofreu abuso e um grupo controle por Collishaw *et al* em 2007, foram definidas como crianças sob risco aquelas com histórico de problemas psiquiátricos e/ou educacionais; que necessitaram de aconselhamento infantil; que foram apresentados perante a tribunal juvenil; ou com história de institucionalização de longa permanência no ano anterior. Na adolescência, a avaliação foi feita através de entrevistas com o próprio adolescente, assim como com seus pais e professores, investigando a presença de transtornos psiquiátricos, o relacionamento com seus colegas e o funcionamento familiar. Já o desfecho final, na meia-idade, considerou a investigação sobre a história psiquiátrica ao longo da vida, e sobre os funcionamentos da personalidade e social. Ao final do estudo, décadas depois, foi investigada, retrospectivamente, história de abuso sexual ou físico na infância.

Já o estudo correlacional retrospectivo conduzido por Lam & Grossman (1997), com 264 mulheres, estudantes de graduação e com média de idade de 18 anos conceituou a resiliência (*resiliency*, no caso) deste modo: “um meta-construto,

multifacetado (...) uma variável mediadora, representada como um índice composto de fatores protetores, consistindo na combinação de 16 variáveis de auto-relato nos domínios individuais, familiares e sociais” (LAM & GROSSMAN, 1997; p. 177). Os autores utilizaram medidas de auto-estima, de auto-eficácia, de características de personalidade, de *locus* interno de controle, de relações de apego com os pais e colegas, de qualidade da relação parental e de percepção de apoio social de familiares e amigos. Para avaliação dos desfechos, utilizou três medidas: a escala de depressão de Beck; a SCL-90R (*Symptom Checklist 90- revised*) e a escala de ajustamento social. A amostra foi separada em 4 grupos: um com história de abuso sexual e com baixo índice de fatores protetores (FP); um com história de abuso e índice alto de FP; outro sem história de abuso e com baixo índice de FP e outro sem história de abuso e com alto índice de FP. Foi também utilizada uma medida para avaliar um possível viés de resposta de intenção de agradar, mas a magnitude e a direção dos resultados foram similares quando os escores foram e quando não foram ajustados estatisticamente para esse viés. Os resultados do estudo demonstraram que mulheres com um maior índice de fatores protetores tinham melhores desfechos, independente de terem ou não história de abuso sexual na infância. Os dados sugeriram que, enquanto os fatores protetores foram bons para as mulheres em geral, eles foram cruciais para mulheres com história de abuso, servindo como amortecimento (*buffering*).

Também já descrevemos as conseqüências de serem utilizados critérios pouco abrangentes para a definição do construto de adaptação positiva, crítica que vem sendo feita à operacionalização desses desfechos nos estudos sobre resiliência na traumatologia.

Dada a complexidade do conceito de resiliência e do entendimento atual de se tratar de um “processo”, Norris *et al.* (2008) observam que o valor científico da

resiliência não repousa nela ser facilmente capturada e quantificada, mas na possibilidade desse construto levar a novas hipóteses sobre as características e sobre as relações entre estressores, capacidades adaptativas e bem-estar. Como uma analogia a essa observação, o autor se utiliza de outra metáfora da Física: apesar de não existir nenhuma variável chamada “relatividade” na Teoria da Relatividade de Einstein, essa teoria levou a hipóteses revolucionárias entre energia, massa e velocidade da luz.

Se pensamos, então, na resiliência como um processo, e se não devemos, portanto, reduzi-la a uma única variável, o que podem medir as ditas escalas de resiliência?

Rutter (2006) critica a tendência atual de numerosos pesquisadores e clínicos que acreditam ser possível medir a resiliência diretamente como um traço observável, através de questionários ou entrevistas, ao invés de se basear em uma inferência a partir de algum tipo de interação abordada. Para o autor essa seria uma abordagem falaciosa, uma vez que a resiliência não é uma qualidade única. Observa que as pessoas podem ser resilientes em relação a algum tipo de adversidade, mas não a outras; podem estar resilientes em relação a alguns tipos de desfecho e a outros não. E, porque o contexto é crucial, pessoas podem ser resilientes em um período do tempo e não todo o tempo. Assim, devemos ser cuidadosos e não rotular indivíduos como resilientes ou não-resilientes com base em escores dessas escalas.

Atualmente, existem vários instrumentos de auto-preenchimento desse tipo, como a *Resilience Scale* (WAGNILD & YOUNG, 1993); a *Resilience Scale for Adults (RSA)* (FRIBORG *et al.*, 2003); a *Adolescent Resilience Scale (ARS)* (OSHIO *et al.*, 2003) e a *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)* (CONNOR & DAVIDSON, 2003). A maioria desses instrumentos tem enfoque sobre características individuais que podem estar relacionadas a um maior potencial de resiliência (CONNOR &

DAVIDSON, 2003; PESCE *et al.*, 2005) e outros incluem também dimensões ambientais, como de coerência familiar e de apoio social (FRIBORG *et al.*, 2003).

Dentre essas escalas, a *Resilience Scale* (WAGNILD & YOUNG, 1993) foi considerada a mais apropriada para uso em adolescentes e a mais utilizada em estudos conduzidos com diferentes faixas etárias por uma revisão sistemática realizada por Ahern *et al* (2006) comparando as propriedades psicométricas das “escalas de resiliência”. Observando os itens da Escala de Resiliência (WAGNILD & YOUNG, 1993; PESCE *et al.*, 2005) (ver quadro 1), vemos que eles parecem medir, na realidade, alguns fatores relacionados com a resiliência, como auto-estima, *locus* de controle, estilos de *coping* e senso de humor. Apesar das críticas à pretensão de que um instrumento desse tipo possa abarcar um construto tão complexo - o que nos traz o questionamento sobre a possibilidade limitada de validade de conteúdo desses instrumentos -, a Escala de Resiliência vem sendo traduzida para diversos idiomas e já foi amplamente utilizada. Nos vários estudos em que tem sido usada, observamos que mantém adequado desempenho em contextos culturais distintos, com índices de elevada consistência interna e adequadas reprodutibilidade e validades convergente e divergente (VILETE *et al*, não-publicada). Lembramos, no entanto, como observa Smith (2005), que apenas quantificar a validade de construto não permite capturar inteiramente a complexidade do que está sendo validado.

Quadro 1. Itens da Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993)

1	Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.
2.	Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.
3.	Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.
4.	Manter interesse nas coisas é importante para mim.
5.	Eu posso estar por minha conta se eu precisar.
6.	Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.
7.	Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.
8.	Eu sou amigo de mim mesmo.
9.	Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.
10.	Eu sou determinado.
11.	Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.
12.	Eu faço as coisas um dia de cada vez.
13.	Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.
14.	Eu sou disciplinado.
15.	Eu mantenho interesse nas coisas.
16.	Eu normalmente posso achar motivo para rir.
17.	Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.
18.	Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.
19.	Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.
20.	Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.
21.	Minha vida tem sentido.
22.	Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.
23.	Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.
24.	Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.
25.	Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.

3. JUSTIFICATIVA

Nas últimas três décadas, observa-se, nas metrópoles brasileiras, o aumento dos indicadores relacionados à violência urbana, tais como a mortalidade por causas externas, os crimes violentos e os homicídios (REICHENHEIM & WERNECK, 1994, DELLASOPPA, *et al* 1999, CARDIA, 2003, SOUSA & LIMA, 2006).

Com a intenção de estudar a relação entre eventos traumáticos e a saúde mental da população a eles exposta, foi realizado um inquérito epidemiológico de base

populacional, domiciliar, com amostras representativas das populações das cidades São Paulo e Rio de Janeiro nos anos de 2007 e 2008.

Acreditamos como Bonanno (2004) que a disfunção jamais será completamente compreendida sem um mais profundo conhecimento da saúde e da resiliência, e, por esse motivo, parece-nos importante o estudo das reações ao trauma como um todo, isto é, considerando os desfechos negativos e os positivos. Assim, ao procurarmos nos aproximar da compreensão sobre como as pessoas são capazes de resistir ou superar os eventos traumáticos, poderemos aprofundar nosso entendimento sobre os processos que levam ao adoecimento nessas circunstâncias, ampliando estratégias para intervenção, tratamento e, sobretudo, para a promoção de saúde.

4. OBJETIVO GERAL

Estudar a resiliência a eventos traumáticos na população a partir de 15 anos de idade na cidade de São Paulo no ano de 2007.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- revisar sistematicamente como o conceito de resiliência vem sendo pesquisado nos estudos epidemiológicos sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Estudo A).

- revisar sistematicamente as propriedades psicométricas das versões da escala de resiliência (Estudo B).

- Identificar os fatores pré e peritraumáticos relacionados à resiliência a eventos traumáticos na população com idade igual ou superior a 15 anos da cidade de São Paulo no ano de 2007 (Estudo C).

6. METODOLOGIA

6.1. Estudo A – Revisão sistemática sobre como o conceito de resiliência vem sendo pesquisado nos estudos epidemiológicos sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Apesar dos eventos traumáticos poderem desencadear outros transtornos mentais, a maior parte da literatura sobre as reações a esses eventos versa sobre esse transtorno - o único que exige a exposição a tais eventos na sua definição e para o estabelecimento de seu diagnóstico.

A revisão considerou todos os estudos epidemiológicos realizados com adultos e/ou adolescentes que pretenderam estudar a relação entre TEPT e resiliência. Foram incluídos os artigos que investigavam eventos relacionados à violência urbana e/ou íntima. Considerou-se como critério de exclusão: estudos não-epidemiológicos, estudos com crianças, estudos com eventos traumáticos não-violentos (p.ex. catástrofes naturais) e com eventos violentos não-relacionados à violência urbana ou íntima. Foram utilizadas as seguintes bases de dados, cobrindo os respectivos períodos: MEDLINE (1950-2007), ISI (1945-2007); LILACS (1982-2007) e PILOTS (1960-2007) (base de dados do *National Center for PTSD – USA*). Na base ISI, foram pesquisados os termos: PTSD OR “stress disorder*” e, dentro da busca obtida, o termo resilien*. Na base PILOTS foi pesquisada a expressão “stress AND resilien*”, e na base LILACS, essa e sua equivalente em espanhol. No Medline, foi pesquisado o termo (Mesh) “Stress Disorder, Posttraumatic” associado (AND) ao termo resilien*.

Maiores detalhes são descritos na seção de métodos do 1º. Artigo (capítulo 7).

6.2. Estudo B – Revisão sistemática sobre as propriedades psicométricas das diferentes versões da escala de resiliência.

A revisão considerou todos os estudos que investigaram as propriedades psicométricas da Escala de Resiliência (Wagnild and Young 1993a) e de suas diferentes versões. Foram utilizadas as seguintes bases de dados, cobrindo os respectivos períodos: MEDLINE (1950-2007); ISI (1945-2007); LILACS (1982-2007) e PILOTS (1960-2007) (base de dados do *National Center for PTSD – USA*), com a pesquisa da expressão “*Resilience Scale*”, concluída em 06/08/2007. Maiores detalhes são descritos na seção de métodos do 2º. Artigo (capítulo 8).

6.3. Estudo C - Inquérito Epidemiológico na cidade de São Paulo no ano de 2007

Estudo seccional com amostra probabilística da cidade de São Paulo, realizado no ano de 2007. O estudo foi realizado com dados de uma amostra representativa da população da cidade de São Paulo, selecionada a partir de amostragem estratificada em múltiplos estágios e conglomerados. Considerando a resiliência como um processo de adaptação positiva a uma adversidade, dentre aqueles indivíduos com história de pelo menos um evento traumático, definimos como adaptação positiva a ausência, ao longo da vida, de qualquer um dos transtornos mentais investigados. Assim, foram construídas duas variáveis dependentes: a) adaptação positiva a trauma intenso; b) adaptação positiva a trauma leve ou moderado. Como variáveis independentes foram estudadas: variáveis sociodemográficas; história de doença mental nos pais; história pessoal de tabagismo; variáveis relacionadas ao trauma; reações peritraumáticas, afetos positivos e negativos, e outros fatores relacionados à resiliência medidos indiretamente pelo score

da Escala de Resiliência (WAGNILD & YOUNG, 1993). Esse estudo não teve como objetivo investigar os fatores biológicos ou genéticos da resiliência.

O estudo C fez parte do inquérito epidemiológico intitulado “Epidemiologia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, prevalências, comorbidades e fatores associados” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo conforme parecer em anexo 1. A participação no estudo foi voluntária, respeitando a autonomia dos indivíduos selecionados, com esclarecimento para os mesmos de todos os objetivos da pesquisa. A cada participante do estudo foi garantido o sigilo e confidencialidade das informações individuais, com garantia de publicação dos resultados apenas em conjunto. Foi garantido também o encaminhamento para tratamento dos transtornos mentais estudados, no caso de solicitação dos entrevistados ou de identificação dos transtornos quando da análise dos resultados (ver Termo de consentimento Livre e Esclarecido – anexo 2) .

O questionário utilizado pode ser visto no anexo 3.

Entrevistadores de um instituto de pesquisa privado foram treinados para a aplicação dos questionários pelos pesquisadores responsáveis pelo inquérito, que revisaram e corrigiram os erros de aplicação em um estudo piloto e acompanharam o desenvolvimento do campo, supervisionando os trabalhos.

Maiores detalhes sobre a metodologia do estudo, inclusive sobre a análise dos dados, são descritos no 3º. Artigo (capítulo 9).

7 – PRIMEIRO ARTIGO.

ESTUDO A

**OPERACIONALIZAÇÃO DO CONCEITO DE RESILIÊNCIA EM ESTUDOS
SOBRE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO APÓS
VIOLÊNCIA ÍNTIMA E/OU URBANA.**

OPERACIONALIZAÇÃO DO CONCEITO DE RESILIÊNCIA EM ESTUDOS SOBRE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO APÓS VIOLÊNCIA ÍNTIMA E/OU URBANA.

Vilete, LMP; Coutinho, ESF & Figueira, ILV.

Resumo

Introdução: A resiliência pode ser definida como o processo dinâmico de interação entre fatores de risco e de proteção que levam à superação de adversidades, como os eventos traumáticos. Estudos costumam usar diferentes formas de operacionalizar o conceito. **Métodos:** Busca nas bases de dados MEDLINE; LILACS; ISI e PILOTS de artigos sobre estudos epidemiológicos observacionais com adultos e/ou adolescentes, que pretenderam investigar a relação entre sintomas de Transtorno de Estresse pós-traumático (TEPT) e resiliência após eventos de violência urbana e/ou íntima. **Resultados:** A busca resultou em 18 artigos. Observamos haver uma grande heterogeneidade na operacionalização do conceito, ora visto como adaptação positiva na adversidade, ora como fator protetor ou mediador. Quatro artigos utilizaram “escalas de resiliência”, outros investigaram variáveis relacionadas com esse construto, como: apoio social, auto-estima, controle interno e estilos de enfrentamento. **Conclusão:** Embora venha aumentando rapidamente o número de publicações sobre o tema, o processo de resiliência ainda necessita ser mais bem explorado em estudos sobre o transtorno de estresse pós-traumático relacionado à violência urbana e íntima.

Descritores: Transtorno de estresse pós-traumático, resiliência, violência, epidemiologia, revisão.

Abstract

Introduction: The resilience may be defined as the dynamic process of interaction between risk factors and protection leading to the overcoming of adversity, such as traumatic events. Studies often use different ways to operationalize the concept. **Methods:** Search the databases MEDLINE, LILACS, ISI and PILOTS of articles on observational epidemiological studies with adults and/or adolescents, which have intended to investigate the relationship between symptoms of the Post-traumatic stress disorder (PTSD) and resilience after an event of urban and/or intimate violence. **Results:** The search resulted in 18 articles. We noticed that there is great heterogeneity in the concept operationalization, sometimes seen as a positive adaptation to adversity, or as a protective factor, or mediator. Four articles has used “resiliences scales”, other investigated variables related to this construct, such as social support, self-esteem, internal control and styles of coping. **Conclusion:** Although it has quickly increased the number of publications on the subject, the process of resilience needs to be better studied in PTSD related to urban and intimate violence researches.

Key-words: posttraumatic stress disorder, resilience, violence, epidemiology, review.

Introdução:

O termo resiliência é utilizado pela Física para descrever a habilidade que um material possui, ao sofrer um impacto, de retornar à sua forma original quando a pressão é removida.

Do ponto de vista psicológico, a resiliência não significa, necessariamente, um retorno a um estado anterior, mas sim a superação (ou adaptação, para alguns autores) diante de uma dificuldade considerada como um risco, e a possibilidade de construção de novos caminhos de vida e de um processo de subjetivação a partir do enfrentamento de situações estressantes e/ou traumáticas. É possível, assim, romper com a visão fatalista que ressalta a existência de um ciclo onde, p.ex., a vítima de maus-tratos tende a ser um agressor e/ou a desenvolver transtornos mentais graves. O conceito de resiliência, dessa forma, lança um novo olhar para os que vivenciam situações adversas (JUNQUEIRA & DESLANDES, 2003).

Na literatura, percebemos que o conceito ainda está em construção e que ainda não há consenso sobre a sua definição. Inicialmente, a resiliência foi definida como um conjunto de traços de personalidade e capacidades que tornavam “invulneráveis” as pessoas às experiências traumáticas, fazendo-as “resistentes” a doenças psíquicas (DE SOUZA & CEVERNY, 2006). Atualmente, considera-se que mesmo os indivíduos com grande potencial para resiliência não devam ser considerados “invulneráveis”, visto que também experimentam perturbações, mesmo que transitórias e de menor intensidade (BONANNO, 2004). Além disso, esse potencial é dinâmico, podendo variar ao longo da vida e de acordo com as circunstâncias (RUTTER, 1995). Com o tempo, passaram a ser valorizados, nesse processo de “adaptação positiva apesar da adversidade” (LUTHAR *et al*, 2000), também os recursos internos da família e externos da comunidade, e a

resiliência deixou, então, de ter um caráter individual absoluto, passando a ter um caráter sistêmico e ecológico (DE SOUZA & CEVERNY, 2006).

Hoje, o conceito vem, portanto, se revestindo de uma maior complexidade, ao ser entendido não mais como um atributo pessoal que levaria o indivíduo ao sucesso, mas como um “processo dinâmico que envolve a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e de proteção” (ASSIS, 2006: p.19). No entanto, a expressão ainda é utilizada por muitos autores como sinônimo de fator de proteção (VOGES & ROMNEY, 2003); como uma qualidade do caráter do indivíduo (AGAIBI & WILSON, 2005); ou como uma característica positiva da personalidade que facilitaria a adaptação individual (WAGNILD & YOUNG, 1993).

Até muito recentemente, se acreditava ser incomum (e algumas vezes patológica) a capacidade de um indivíduo reagir, de forma positiva, a uma perda ou a um trauma. Essa crença se devia, sobretudo, ao fato de o conhecimento sobre as reações aos eventos traumáticos estar baseado, quase que exclusivamente, em estudos com indivíduos que desenvolviam transtornos mentais relevantes e que solicitavam tratamento (BONNANNO, 2004). Bonanno (2005) sugere que a maioria das pessoas expostas a uma situação traumática mantém uma trajetória de funcionamento saudável, depois de experimentar tão-somente um distúrbio leve e de curta duração.

Souza & Cervený, em 2006, analisaram a produção científica sobre o tema, e observam um aumento expressivo do número de artigos, que quase triplica a cada cinco anos. Esses autores sugerem que sejam realizados levantamentos e revisões da literatura focalizadas em temas específicos. Agaibi & Wilson (2005), em uma revisão sobre resiliência, eventos traumáticos e transtorno de estresse pós-traumático, restringiram sua análise quase que exclusivamente a estudos relacionados aos estressores de guerra e ao terrorismo.

O objetivo deste artigo é conhecer o modo pelo qual o conceito de resiliência vem sendo operacionalizado nos estudos observacionais sobre estresse pós-traumático e adaptação positiva frente a eventos traumáticos relacionados à violência urbana e à violência íntima.

Metodologia:

Estratégia de Busca e Critério de Revisão.

A revisão considerou todos os estudos epidemiológicos observacionais realizados com adultos e/ou adolescentes que investigaram a relação entre transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e resiliência. Apesar dos eventos traumáticos poderem desencadear outros transtornos mentais, a maior parte da literatura sobre as reações a esses eventos versa sobre esse transtorno - o único que exige a exposição a tais eventos na sua definição e para o estabelecimento de seu diagnóstico.

Foram incluídos apenas os artigos relacionados à violência urbana e/ou íntima, sendo considerados critérios de exclusão: estudos não-epidemiológicos, estudos experimentais, estudos com crianças, estudos com eventos traumáticos não-violentos (p.ex. catástrofes naturais) e com eventos violentos não-relacionados à violência urbana ou íntima (p.ex. terrorismo; traumas de guerra).

Foram utilizadas as seguintes bases de dados, cobrindo os respectivos períodos: ISI (1945-2007); LILACS (1982-2007) e PILOTS - base de dados do *National Center for PTSD/USA* (1960-2007 – *peer-reviewed journals*). Na base ISI, foram pesquisados os termos: PTSD OR “stress disorder*” e, dentro da busca obtida, o termo resilien*. Na base PILOTS foi pesquisada a expressão “stress AND resilien*”; na base LILACS, essa mesma expressão e “estresse AND resiliencia”.

No MEDLINE (1950-2007), foi pesquisado o termo (Mesh) “Stress Disorder, Posttraumatic” associado (AND) ao termo resiliên*.

Todos os artigos foram selecionados através da leitura de seus títulos e resumos, com a solicitação do texto completo daqueles que se referiam a estudos epidemiológicos observacionais com adultos ou adolescentes sobreviventes de algum dos eventos traumáticos descritos, e que utilizaram alguma “escala de resiliência” ou alguma medida de fatores relacionados à resiliência - por exemplo, medindo variáveis *proxy* de apoio social, de estratégia de enfrentamento (*coping*), ou de ausência de diagnóstico.

Não houve restrição de idioma na busca das referências.

Resultados:

A busca, realizada em dezembro de 2007, identificou, inicialmente, 439 artigos. É importante ressaltarmos o expressivo aumento do número de artigos sobre o tema nos últimos dois anos. Na base ISI, por exemplo, quase metade dos artigos identificados foi publicada a partir de 2006. Pela leitura dos resumos ou do artigo completo foram excluídos aqueles que não se enquadravam nos critérios já mencionados na metodologia. Restaram, assim, 18 artigos.

O artigo mais antigo dentre os encontrados data de 1993 e foi conduzido por Astin & Foy (1993) com 53 mulheres espancadas, procurando estudar os fatores associados à sintomatologia de TEPT, incluindo **fatores de resiliência** como apoio social e religiosidade intrínseca.

Outros estudos foram conduzidos utilizando medidas de **fatores relacionados à resiliência**, como apoio social e estilos de enfrentamento (*coping*). (Dougall *et al*, 2001 e Marmar *et al*, 2006).

Katerndahl *et al* (2005) estudaram variáveis de ligação parental e ambiente familiar como preditores de ausência de transtorno mental, enquanto Ozer *et al* (2005) avaliaram o impacto da violência e o possível efeito protetor de variáveis como apoio social familiar e conexão com a escola. Para isso, esses últimos pesquisadores utilizaram relatos dos adolescentes e professores, bem como a análise dos registros escolares.

Regehr *et al* (2000) investigaram, junto ao efeito do apoio social, a influência de fatores individuais (entendidos aqui também como resultado das experiências do início da vida). Entre esses, pesquisaram o grau de controle e autonomia que um indivíduo experimenta; a auto-eficácia (relacionada às expectativas de que a pessoa pode resolver problemas e encontrar novos desafios); e os padrões de relacionamento interpessoal.

Coker *et al* (2005) consideraram *proxy* de apoio social e ambiental as seguintes variáveis: renda, escolaridade, emprego, seguro privado de saúde e estado civil. E investigaram a influência de tais fatores promotores de resiliência sobre a gravidade de sintomas de TEPT.

Outros estudos pesquisaram o papel da variável de apoio social como mediadora no desenvolvimento de TEPT em indivíduos com história de abuso sexual infantil, como os conduzidos por Rosenthal *et al* (2003) e por Schumm *et al* (2006):

Além da **mediação** pelo apoio social, Bradley *et al* (2005) investigaram a mediação de auto-estima e *coping* religioso na relação entre exposição a eventos traumáticos e desenvolvimento de TEPT (pelo *Brief Coping Activities Scale*). *Coping* religioso foi classificado em positivo (p.ex. “procurar uma conexão mais forte com Deus” ou “focar na religião para parar de se preocupar com os problemas”); e em negativo (p.ex: “Eu me pergunto por que Deus me abandonou”). Considerando a possibilidade de bidirecionalidade na relação entre essas variáveis, posteriormente

estudou a influência de TEPT como mediadora da relação entre abuso e as demais variáveis (auto-estima e coping religioso).

Já Hyman *et al* (2003) pretenderam especificar o tipo de apoio social que atenuaria o desenvolvimento de TEPT. Os autores consideraram quatro tipos de apoio social: disponibilidade material; disponibilidade de ter alguém para conversar sobre seus problemas; incentivo a auto-estima, reforçando que a pessoa tem valor; e sentimento de pertencimento a um grupo.

Alguns estudos usaram questionários especificamente criados com intuito de medir o potencial de resiliência nos indivíduos, isto é as “**escalas de resiliência**”, que são compostas, na realidade, por itens que investigam alguns **fatores individuais relacionados à resiliência**, como auto-estima, lócus interno de controle e humor. Nicholls *et al* (2006), Connor *et al* (2003) e Davidson *et al* (2005) utilizaram a Escala de Resiliência de Connor-Davidson. Esses dois últimos estudos procuraram investigar também - além da relação desse potencial de resiliência com o estado de saúde e a gravidade de TEPT-, a sua relação com crenças espirituais.

Já Heilemann *et al* (2005) utilizaram a Escala de Resiliência (WAGNILD & YOUNG, 1993), a Escala de Sentido de Domínio (*Sense of Mastery*) e questões sobre a satisfação com a vida como medidas de “fatores de força intrínseca” em seu estudo com descendentes mexicanas. Foram também investigadas variáveis consideradas como “recursos externos”, como: renda, educação, emprego, número de pessoas dependentes financeiramente, além de estado civil (independente de casamento legal) e se moravam sozinhas ou com outras pessoas.

O processo de resiliência também foi investigado por Jang *et al* (2007) em um estudo com 222 gêmeos monozigóticos e 184 dizigóticos, que testou a **moderação** de

influências ambientais e genéticas na relação entre traumas e o desenvolvimento de sintomas de TEPT.

Hyman & Williams (2001) investigaram, em um estudo longitudinal, **os desfechos resilientes**, definidos como a “competência diante da adversidade”, de 136 mulheres com história de abuso sexual na infância. Os autores consideraram que o funcionamento resiliente seria composto de: bem-estar psicológico (medindo ausência de TEPT e presença de auto-estima); boa saúde; relações interpessoais bem-sucedidas; não terem tido história de prisão; e terem bem-estar econômico. A primeira avaliação foi feita no início da década de 70 a respeito das experiências de abuso. Cerca de quinze anos depois, as mesmas meninas, agora com 18 a 31 anos, foram reentrevistadas, com o objetivo de investigar quais fatores e mecanismos que prediziam o seu funcionamento competente na segunda avaliação.

Por fim, Johnson *et al* (2007) estudaram o efeito de sintomas de TEPT no agravamento da perda de recursos (material, de energia, de trabalho, interpessoal e familiar) – compreendida como fatores promotores de resiliência) - em um estudo prospectivo com 225 mulheres com história de abuso interpessoal.

Discussão:

Através dessa revisão, podemos observar o quanto ainda é recente o estudo da relação entre esses conceitos, visto que os artigos descritos foram todos publicados a partir de 1993. Também observamos que o número de publicações cresceu muito nos últimos dois anos, o que fica evidente, por exemplo, na lista de artigos obtida na busca na Base ISI, onde quase a metade deles foi publicada a partir de 2006. A novidade do tema parece, no entanto, trazer uma heterogeneidade na definição de resiliência na sua relação com TEPT e a violência urbana e/ou íntima. Os diferentes autores usaram o

termo ora para definir um desfecho de adaptação positiva ou de saúde mental, ora como sinônimo de fatores de proteção, às vezes intrínseco, às vezes ambiental; outras vezes, a resiliência foi investigada como variável mediadora entre um fator de risco (p.ex abuso infantil) e um desfecho negativo (p.ex TEPT). Outros avaliaram a influência da interação de fatores individuais e ambientais nesse processo de resiliência.

Dentre os estudos que utilizaram medidas relacionadas ao construto de resiliência, apoio social percebido foi a variável mais investigada, considerada por alguns autores como “fator de resiliência”.

Outras variáveis consideradas medidas relacionadas ao construto de resiliência foram: controle interno (*locus* de controle); auto-eficácia; medida de teste de realidade e relações objetivas; auto-estima; *coping* religioso; conexão com a escola; ligação parental e funcionamento adaptativo.

Os estudos que utilizaram “Escala de Resiliência” procuraram associar seus escores com menores níveis de sintomas de TEPT.

É compreensível a heterogeneidade dos estudos sobre a resiliência visto que, como defendem alguns autores, a resiliência não é uma qualidade única. Portanto, seria uma abordagem falaciosa a sua mensuração como um traço observável, através de questionários ou entrevistas, ao invés de se basear em uma inferência a partir de algum tipo de interação abordada (RUTTER, 2006).

Breno *et al* (2007) assinalam que também a relação entre os “escores de resiliência”, quando medidos por auto-relatos e pela presença/ausência de sintomatologia, não é inteiramente clara.

Norris *et al* (2008) observam que o valor científico da resiliência não repousa nela ser facilmente capturada e quantificada, mas na possibilidade desse construto levar a novas hipóteses sobre as características e relações entre estressores, capacidades

adaptativas e bem-estar. Como uma analogia a essa observação, o autor se utiliza de outra metáfora da física: apesar de não existir nenhuma variável chamada “relatividade” na Teoria da Relatividade de Einstein, essa teoria levou a hipóteses revolucionárias entre energia, massa e velocidade da luz.

A maior parte dos estudos revisados apresenta desenho do tipo seccional, em que as variáveis são mensuradas na mesma ocasião. Ao serem aferidas ao mesmo tempo, nem sempre é possível inferir causalidade, dada a impossibilidade de se estabelecer uma seqüência temporal entre as variáveis. Um exemplo diz respeito à associação entre baixo apoio social e gravidade de TEPT. Parece plausível que tanto baixo apoio social possa levar a TEPT, quanto a presença desse transtorno possa ter como conseqüências um maior isolamento social, ou uma menor satisfação com o apoio percebido. Bradley (2005) mostrou a atenuação da relação entre variáveis de abuso e TEPT, na presença da variável mediadora apoio social, mas também a atenuação da correlação entre abuso e apoio, na presença da mediadora TEPT, sugerindo que essas variáveis tendem a ser recíprocas, podendo se afetar mutuamente de forma cíclica.

Com apenas uma exceção, os estudos revisados foram conduzidos nos EUA, com populações específicas, com amostras de conveniência ou com amostras aleatórias com baixas taxas de resposta, comprometendo a generalização de seus resultados.

Especificamente sobre as reações às violências urbanas e íntimas, alguns estudos, como os conduzidos por Connor (2003) e Davidson (2005), não as separaram dos demais tipos (por exemplo, terrorismo, e eventos de guerra), em que pese investigarem essas duas formas de violência. Um desses inquéritos foi conduzido em outubro de 2001, isto é, cerca de um mês após os atentados de 11 de setembro, e pode, por isso, retratar uma situação bastante específica da população.

Conclusão:

Apesar do expressivo aumento do número de artigos sobre o tema nos últimos anos, o estudo da resiliência junto ao transtorno de estresse após violência urbana e/ou íntima ainda é recente e necessita ser mais bem explorado. Dada a abrangência do construto, é compreensível a heterogeneidade na sua operacionalização, o que, no entanto, compromete a comparação dos achados de estudos conduzidos em contextos distintos.

Referências:

Agaibi, C. E. & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse, 6*, 195-216.

Assis, S. G., Pesce R.P., & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience - Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20-28.

Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 135-138.

Bradley, R., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: self-esteem, social support, and religious coping. *J.Trauma Stress, 18*, 685-696.

Breno, A. L. & Galupo, M. P. (2007). Sexual abuse histories of young women in the U.S. child welfare system: a focus on Trauma-related beliefs and resilience. *J.Child Sex Abus.*, *16*, 97-113.

Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B., & Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: the role of risk and protective factors. *Violence Vict.*, *20*, 625-643.

Connor, K. M. & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress.Anxiety.*, *18*, 76-82.

Davidson, J. R. T., Connor, K. M., & Lee, L. C. (2005). Beliefs in karma and reincarnation among survivors of violent trauma - A community survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 120-125.

de Souza, M. & Ceverny, C. (2006). Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. *Revista Interamericana de Psicologia* *40*[1], 119-126.

Dougall, A. L., Ursano, R. J., Posluszny, D. M., Fullerton, C. S., & Baum, A. (2001). Predictors of posttraumatic stress among victims of motor vehicle accidents. *Psychosom.Med.*, *63*, 402-411.

Heilemann, M. S. V., Kury, F. S., & Lee, K. A. (2005). Trauma and Posttraumatic stress disorder symptoms among low income women of Mexican descent in the United States. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*, 665-672.

Hyman, B. & Williams, L. (2001). Resilience among women survivors of child sexual abuse. *Affilia-Journal of Women and Social Work*, *16*, 198-219.

Hyman, S. M., Gold, S. N., & Cott, M. A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence, 18*, 295-300.

Jang, K. L., Taylor, S., Stein, M. B., & Yamagata, S. (2007). Trauma exposure and stress response: exploration of mechanisms of cause and effect. *Twin.Res.Hum.Genet., 10*, 564-572.

Johnson, D. M., Palmieri, P. A., Jackson, A. P., & Hobfoll, S. E. (2007). Emotional numbing weakens abused inner-city women's resiliency resources. *J.Trauma Stress, 20*, 197-206.

Junqueira, M. & Deslandes, S. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública 19*[1], 227-235.

Katerndahl, D., Burge, S., & Kellogg, N. (2005). Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *J.Nerv.Ment.Dis., 193*, 258-264.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev., 71*, 543-562.

Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J. et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Ann.N.Y.Acad.Sci., 1071*, 1-18.

Nicholls, P. J., Abraham, K., Connor, K. M., Ross, J., & Davidson, J. R. T. (2006). Trauma and posttraumatic stress in users of the Anxiety Disorders Association of America Web site. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 30-34.

Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am.J Community Psychol*, *41*, 127-150.

Ozer, E. J. (2005). The impact of violence on urban adolescents: Longitudinal effects of perceived school connection and family support. *Journal of Adolescent Research*, *20*, 167-192.

Regehr, C., Hill, J., & Clancy, G. D. (2000). Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*, 333-339.

Rosenthal, S., Feiring, C., & Taska, L. (2003). Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse & Neglect*, *27*, 641-661.

Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *J.Adolesc.Health*, *14*, 626.

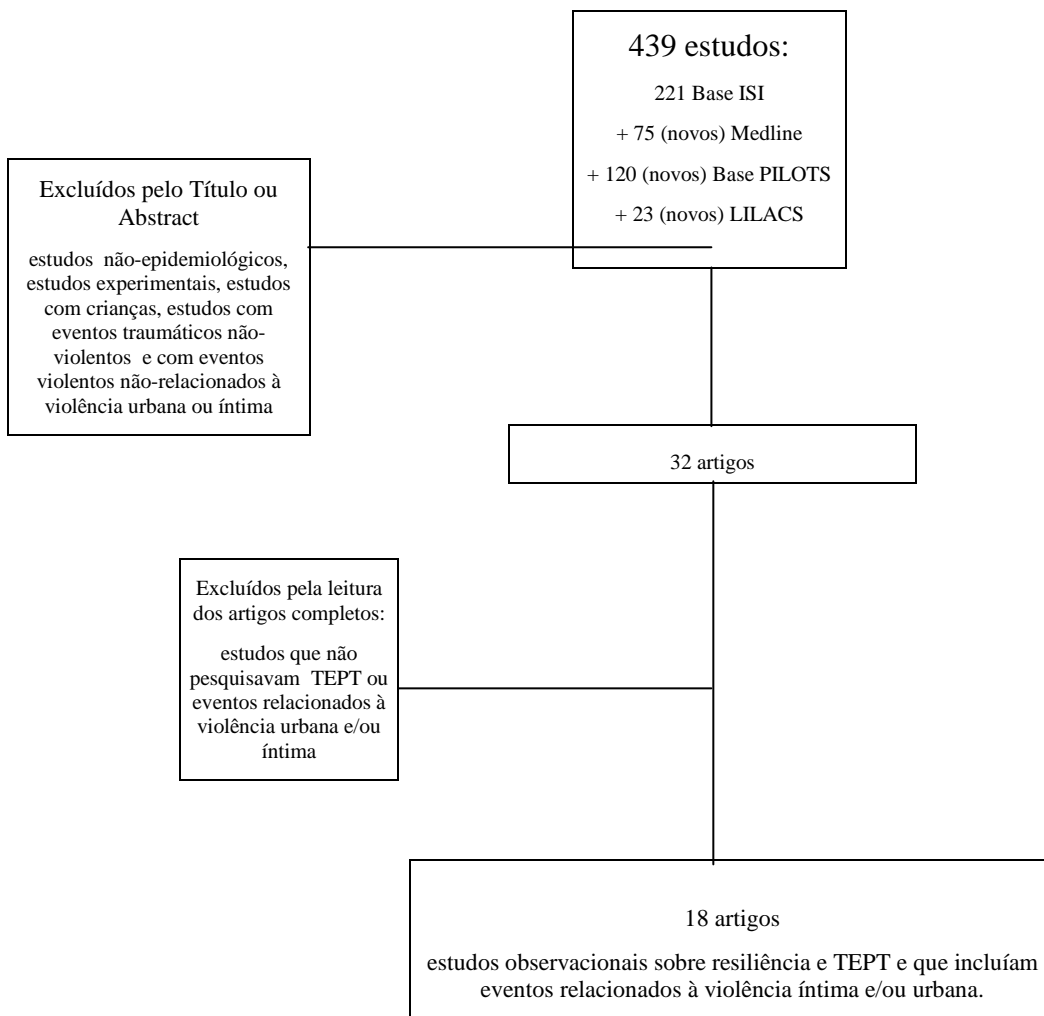
Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann.N.Y.Acad.Sci.*, *1094*, 1-12.

Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M., & Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *J.Trauma Stress*, *19*, 825-836.

Voges, M. A. & Romney, D. M. (2003). Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Ann.Gen.Hosp.Psychiatry*, *2*, 4.

Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs.Meas.*, *1*, 165-178.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



Quadro 1. Características dos estudos observacionais sobre resiliência e TEPT que incluíram adolescentes e/ou adultos vítimas de violência íntima e/ou urbana.

Estudo	População (N)	Objetivo	Desenho	Avaliação da resiliência	Adesão ao estudo	Principais resultados
Astin & Foy (1993) EUA	53 mulheres espancadas	Investigar os fatores associados ao desenvolvimento de TEPT.	Estudo Seccional	Fatores relacionados à resiliência: Apoio social (<i>Social Support Questionnaire</i>); Religiosidade (<i>Age Universal Religious Orientation Scale</i>)	Amostra de conveniência.	<ul style="list-style-type: none"> 43% da variação na sintomatologia de TEPT explicada pela gravidade de exposição, pelo tempo decorrido da agressão, pela disponibilidade de apoio social, por eventos de vida concomitantes, pela religiosidade intrínseca e por histórico de estressores familiares durante o desenvolvimento.
Dougall <i>et al.</i> (2001) EUA	115 vítimas de acidente automobilístico	Investigar os preditores de TEPT.	Estudo de coorte.	Disponibilidade de apoio social ; percepção de controle pessoal ; estilos de enfrentamento (<i>Ways of Coping Inventory</i>);	44% dos candidatos elegíveis concordaram em participar. Desses, 61% completaram as entrevistas no 12º mês de acompanhamento.	<ul style="list-style-type: none"> O estilo de enfrentamento de “pensamento desejoso” (<i>wishful thinking</i>) foi preditor de sintomas crônicos de TEPT.

Marmar <i>et al</i> (2006) EUA	723 policiais	Estudar os “preditores” de sintomas de TEPT.	Estudo Seccional	“Recursos atuais e ambiente”: Estratégias de enfrentamento (<i>Ways of Coping Scale</i>) e apoio social (<i>Sources of Support Scale</i>).	97% da amostra inicial (N=747) tiveram dados completos para o modelo de regressão final.	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias de enfrentamento mais voltadas para a resolução de problemas e menores níveis de apoio social foram associados a maiores sintomas de TEPT.
Katerndahl <i>et al</i> (2005) EUA	90 mulheres com história de abuso sexual na infância.	Estudar os fatores associados à ausência de psicopatologia (TEPT; transtorno depressivo maior, suicídio, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de uso de substância, bulimia e transtorno de personalidade borderline).	Estudo Seccional	variáveis de ligação parental e ambiente familiar (<i>Parental Bonding Instrument e Family-of-Origin Questionnaire</i>) como preditoras de ausência de psicopatologia	Amostra de conveniência.	<ul style="list-style-type: none"> • preditores de saúde mental: alto nível sócio-econômico; ausência de abuso de álcool na família; menor frequência de abuso e menor número de perpetradores do abuso. • História de violência da mãe contra o pai, de abuso de substância dentro de casa e superproteção foram associadas a transtornos mentais.

<p>Ozer <i>et al</i> (2005) EUA</p>	<p>115 adolescentes de sétima a oitava série</p>	<p>Avaliar o impacto da violência e o possível efeito protetor do apoio social familiar e da conexão com a escola contra o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático, depressão e agressividade.</p>	<p>Estudo de Coorte</p>	<p>Apoio social (<i>Social Support Microsystem Scale</i>); conexão com a escola (<i>School Connection Scale</i>)</p>	<p>64% participaram da segunda fase</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de maior conexão com a escola foi protetor contra o aumento de ansiedade, a perpetuação de violência e a queda no funcionamento. • Apoio familiar foi protetor em relação à perpetuação da violência e a sintomas depressivos.
<p>Regehr <i>et al</i> (2000) Austrália</p>	<p>164 bombeiros expostos a eventos trágicos em serviço</p>	<p>Investigar história de trauma e TEPT e o possível efeito protetor de fatores individuais (entendidos também como resultado das experiências do início da vida) e de apoio social.</p>	<p>Estudo Seccional</p>	<p>fatores individuais relacionados à resiliência: Índice de Controle Interno; a Escala de Auto- Eficácia; e o Inventário de Teste de Realidade e de Relações Objetivas de Bell; e apoio social percebido.</p>	<p>85% de taxa de resposta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controle interno e auto-eficácia se associaram negativamente com depressão; • Expostos a eventos traumáticos com níveis mais altos de controle interno; • Mais fortes preditores de depressão foram insegurança e apoio percebido no trabalho; • Mais forte preditor de gravidade de sintomas de TEPT foram insegurança e alienação a outros.

Coker <i>et al.</i> (2005) EUA	185 homens e 369 mulheres vítimas de violência íntima pelo parceiro	Estudar fatores associados ao desenvolvimento de sintomas moderados a graves TEPT.	Estudo Seccional	variáveis proxy de apoio social e ambiental como fatores de resiliência: escolaridade; renda; seguro de saúde privado; emprego e estado civil atual	Todas as vítimas de violência em um estudo de base populacional, com 72% de resposta para as mulheres e 69% para os homens.	<ul style="list-style-type: none"> • Dos indicadores sociais e ambientais ser casado, o parceiro estar empregado, e a mais alta escolaridade foram associados a menor gravidade de TEPT para ambos os sexos. • Maior renda e seguro privado de saúde foi associado a menor gravidade de TEPT para as mulheres.
Rosenthal <i>et al</i> (2003) EUA	147 vítimas de abuso sexual (dessas, 64 eram adolescentes. As demais eram crianças)	Investigar a relação da satisfação com o apoio social de familiares e amigos com níveis de estresse pós-traumático e de ajustamento psicossocial.	Estudo de coorte	Satisfação com o apoio social (escala <i>My Family and Friends</i>)	82% dos contatados concordaram em participar e, desses, 92% foram reentrevistados.	<ul style="list-style-type: none"> • Nos adolescentes, após um ano, pior satisfação com cuidadores e maior com os amigos. • Insatisfação com o apoio dos cuidadores foi relacionada a piores níveis de ajustamento. • Maior satisfação com os amigos foi relacionada a maior nível de depressão e de baixa auto-estima, mas a menor nível de ansiedade sexual.

Schumm <i>et al</i> (2006) EUA	777 mulheres recrutadas de duas clínicas obstétricas.	Avaliar a moderação do apoio social na relação entre violência sexual e desenvolvimento de TEPT e humor deprimido.	Estudo seccional	apoio social percebido (<i>Social Provisions Scale</i>)	Cerca de 80%	<ul style="list-style-type: none"> • História de violência sexual associada a maior probabilidade de apoio social abaixo da média; • apoio social abaixo da média associado a alto-risco para depressão; • apoio social acima da média predisse menor gravidade de TEPT entre mulheres revitimizadas.
Bradley <i>et al</i> (2005) EUA	134 mulheres afro-americanas com história de violência íntima e comportamento suicida	Investigar a relação entre auto-estima, apoio social e <i>coping</i> religioso com sintomas de TEPT.	Estudo Seccional	auto-estima (<i>Taylor Self-esteem Scale</i>), apoio social (<i>Multidimensional Profile of Social Support</i>); e coping religioso (<i>Brief Coping Activities Scale</i>)	De 146 mulheres referidas pelo hospital, duas foram excluídas e dez não foram entrevistadas	<ul style="list-style-type: none"> • auto-estima e <i>coping</i> religioso negativo pareceram mediadoras da relação abuso e TEPT. • TEPT pareceu mediadora das relações abuso e auto-estima e abuso e <i>coping</i> religioso. • A relação entre essas variáveis parecem recíprocas, afetando-se mutuamente de forma cíclica.

Hyman <i>et al</i> (2003) EUA	172 mulheres vítimas de abuso sexual infantil.	Especificar o tipo de apoio social que atenuaria o desenvolvimento de TEPT entre vítimas de abuso sexual infantil.	Estudo seccional	apoio social (escala <i>Interpersonal Support Evaluation List</i>)	9 excluídas de um grupo inicial de 181 mulheres procurando atendimento psicoterápico	<ul style="list-style-type: none"> percepção de que outros valorizam o indivíduo e de que estão disponíveis para conversar e aconselhar sobre os problemas predisse menores níveis de sintomas de TEPT
Connor <i>et al</i> (2003) EUA	648 indivíduos com trauma violento	Relacionar os escores de resiliência com a auto-avaliação do estado de saúde e com a gravidade de sintomas de TEPT	Estudo Seccional	Escala de Resiliência de Connor-Davidson	56% concordaram em participar, e, desses, 72% responderam o inquérito	<ul style="list-style-type: none"> Maiores escores na escala de resiliência e mais forte crença espiritual associados a melhor auto-avaliação do estado de saúde. maiores escores na escala de resiliência associados a menores graus de sintomas de TEPT
Davidson <i>et al</i> (2005) EUA	1969 indivíduos com trauma violento (769 +648)	Investigar a relação de crenças espirituais de “carma” e de reencarnação com os escores de resiliência e TEPT	Estudo Seccional	Escala de Resiliência de Connor-Davidson	62% no primeiro grupo + 40% no segundo	<ul style="list-style-type: none"> crenças admitidas por 5% da amostra (com mais experiências traumáticas e maior gravidade de TEPT). Não foi evidenciada associação significativa com o “escore de resiliência”.

Nicholls <i>et al</i> (2006) EUA	1158 indivíduos	Investigar história de trauma e TEPT. Examinar as diferenças entre indivíduos com e sem TEPT e explorar fatores associados a esse diagnóstico.	Estudo Seccional	Escala de Resiliência de Connor-Davidson	recrutamento de duração de quatro meses em website com 5 milhões de visitantes	<ul style="list-style-type: none"> Fatores associados com TEPT: morte ou doença de ente querido; história de incesto, estupro ou abuso físico; menor idade; menor renda; desemprego; aumento de cuidados de saúde; insatisfação com a medicação; sintomas depressivos e mais baixo “escore de resiliência”
Heilemann <i>et al</i> (2005) EUA	315 mulheres de origem Mexicana	Comparar as experiências de trauma e de gravidade de estresse pós-traumático dentre as diferentes gerações de descendentes	Estudo Seccional	“fatores de força intrínseca”: a Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993), a Escala de Sentido de Domínio (<i>Sense of Mastery</i>) e questões sobre a satisfação com a vida e “recursos externos” sociodemográficos	Amostra de conveniência	<ul style="list-style-type: none"> baixo potencial de resiliência e baixos níveis de Sensação de Domínio e de satisfação com a vida explicavam mais a variação nos sintomas de TEPT do que a falta de recursos externos ou a existência de fatores de risco

<p>Hyman & Williams (2001) EUA</p>	<p>136 mulheres com história de abuso sexual na infância</p>	<p>Investigar os desfechos resilientes de mulheres com história de abuso sexual na infância.</p>	<p>Estudo de coorte</p>	<p>Competência diante da adversidade definida por: auto-estima (<i>Self-esteem Scale of the Middlesex Hospital Questionnaire</i>); ausência de sintomas de estresse pós-traumático; boa saúde; relações interpessoais bem-sucedidas; bem-estar econômico e ausência de histórico de prisão.</p>	<p>de todas as 206 vítimas de abuso sexual de uma cidade entre os anos de 1973 e 1975, 136 foram reentrevistadas cerca de 15 anos depois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalência de 29% de bom funcionamento. • Predisseram um desfecho resiliente: ter crescido em uma família estável; não ter experimentado incesto; não ter sido utilizada força física. • como parte do abuso; não ter sido presa na juventude; ter se graduado no ensino médio e não ter sido revitimizada quando adulta.
<p>Jang <i>et al</i> (2007) EUA</p>	<p>222 gêmeos monozigóticos e 184 dizigóticos todos com história de eventos traumáticos</p>	<p>Testar a moderação de influências ambientais e genéticas na relação entre traumas e o desenvolvimento de sintomas de TEPT</p>	<p>Estudo Seccional</p>	<p>Fatores genéticos (investigados através da similaridade entre gêmeos) como prováveis fatores de resiliência</p>	<p>Amostra de conveniência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No caso de violência não-interpessoal: sintomas de TEPT afetados diretamente por fatores ambientais; • No caso de violência interpessoal: sintomas de TEPT diretamente afetados por fatores genéticos e ambientais não-compartilhados;

						<ul style="list-style-type: none"> • Fatores Genéticos se tornavam menos importante acima de três ou quatro tipos diferentes de trauma.
Johnson <i>et al</i> (2007) EUA	225 mulheres com história de abuso interpessoal (físico ou sexual), na infância ou vida adulta.	Investigar o impacto dos sintomas de TEPT na perda futura de recursos.	Estudo de coorte.	Como “perda de recursos” (de fatores promotores de resiliência): perda material, de energia, de trabalho, interpessoal e de recursos familiares (<i>Conservation of Resource-Evaluation</i>).	57% (de um grupo de 394 mulheres com história de abuso) completaram todo o estudo prospectivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas de TEPT na primeira avaliação contribuiu significativamente para a perda de recursos após 6 meses, mesmo após o controle pelas variáveis de comprometimento prévio dos recursos e de depressão. • Entorpecimento emocional foi a dimensão de TEPT mais associada à perda futura de recursos (materiais, de trabalho, interpessoais e familiares).

8 – SEGUNDO ARTIGO.

ESTUDO B

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE RESILIÊNCIA
– UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.**

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE RESILIÊNCIA – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

Vilete, LMP; Coutinho, ESF & Figueira, ILV.

Resumo

Introdução: A resiliência é entendida, atualmente, como o processo dinâmico entre fatores de risco e de proteção que levam a superação das adversidades. Tal construto vem sendo estudado em diferentes populações com o auxílio de instrumentos padronizados. O presente estudo pretende revisar, de modo sistemático, as propriedades psicométricas das diferentes versões da Escala de Resiliência elaborada por Wagnild & Young.

Métodos: Busca nas bases de dados MEDLINE; LILACS; ISI e PILOTS de artigos que investiguem as propriedades psicométricas das versões da Escala de Resiliência.

Resultados: Dezesete artigos estudaram, em algum aspecto, o desempenho das suas versões em Inglês (original), em Russo, em Espanhol, em Sueco, em Alemão e em Português. Todos obtiveram bons coeficientes de consistência interna (α de Cronbach em torno de 0,85) e apoiaram a validade de construto da escala, sugerindo correlações positivas com medidas de bem-estar e adaptação positiva e, correlações inversas com medidas de transtornos mentais e violência. O estudo da estabilidade temporal das outras versões mereceria maior aprofundamento, embora a da versão em Português tenha se mostrado boa (CCIC= 0,75). Os dados sobre sua dimensionalidade são pouco conclusivos e de difícil comparação, pelas diferentes metodologias utilizadas.

Conclusão: A Escala de Resiliência, amplamente aplicada, vem demonstrando boas propriedades psicométricas em suas diferentes versões e pode ser considerada um instrumento de grande contribuição na ampliação do conhecimento sobre esse construto.

Descritores: Validade, confiabilidade, resiliência, escala, revisão

Abstract

Introduction: Resilience is currently defined as a dynamic process between risk and protective factors that allows overcoming adversities. Factors related to resilience have been studied with the aid of standardized instruments. The current study aims to systematically review the psychometric properties of the different versions of the Resilience Scale elaborated by Wagnild & Young.

Methods: The methodology was based on a search in the MEDLINE, LILACS, ISI, and PILOTS databases.

Results: Seventeen articles studied the scale's performance in at least some aspect of its versions in English (original), Russian, Spanish, Swedish, German, and Portuguese. All obtained good internal consistency coefficients (Cronbach's α of around 0.85) and supported the scale's concurrent validity. More in-depth investigation is recommended on the temporal stability of the other versions, although the Portuguese version proved good, with intraclass correlation coefficient (ICC) equal to 0.75. Data on its dimensionality are not very conclusive.

***Conclusion:** The Resilience Scale is widely used and has shown good psychometric properties in its different versions and can be considered a useful instrument for expanding knowledge on what help people to overcome adversities.*

Key-words: Validity, reliability, resilience, scale, review.

Introdução:

Ao longo de suas vidas, muitos indivíduos enfrentam circunstâncias adversas e potencialmente traumáticas. Até muito recentemente, acreditava-se ser incomum a capacidade de um indivíduo reagir, de forma positiva, a uma perda ou a um trauma. Essa capacidade poderia até ser considerada uma resposta patológica em determinadas circunstâncias. Essa crença se devia, sobretudo, ao fato do conhecimento sobre as reações aos eventos traumáticos estar baseado, quase que exclusivamente, em estudos com indivíduos que desenvolviam transtornos mentais relevantes e que solicitavam tratamento ².

Hoje, reconhece-se que muitas pessoas expostas a uma situação traumática mantêm uma trajetória de funcionamento saudável, depois de experimentar tão-somente um distúrbio leve, e de curta duração ³. O crescente interesse em se estudar não apenas os processos de adoecimento e os fatores de risco para os transtornos mentais relacionados ao trauma, mas também os desfechos positivos e os fatores protetores que contribuem para que os indivíduos superem as adversidades vem ampliando o foco para o qual, tradicionalmente, a Psiquiatria e a Psicologia estavam voltadas ^{4;5}.

É nesse contexto que o conceito de resiliência vem sendo estudado e reformulado ao longo das últimas quatro décadas. Ainda não observamos consenso sobre sua definição. Algumas vezes, a expressão é utilizada como sinônimo de fator de proteção⁶; outras vezes, é definida como uma qualidade do caráter do indivíduo⁷, ou uma característica positiva da personalidade que facilita a adaptação individual¹. Encontramos, ainda, a utilização do termo para descrever a adaptação positiva apesar da

adversidade⁸. Apesar dessa falta de consenso, hoje, o conceito de resiliência vem se revestindo de uma maior complexidade, ao ser entendido não mais como um atributo pessoal que levaria o indivíduo ao sucesso, mas como um “processo dinâmico que envolve a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e de proteção”⁹ (ASSIS, 2006: p.19).

Algumas características dos indivíduos resilientes vêm sendo descritas na literatura, como: a visão da mudança e do estresse como um desafio ou oportunidade; o reconhecimento dos limites do controle que pode ser exercido sobre as situações; a capacidade de atrair o apoio de outras pessoas e a sensação de vinculação a elas; o senso de humor; o otimismo; a paciência e a tolerância frente ao afeto negativo¹⁰.

Existem alguns instrumentos de autopreenchimento que pretendem medir esse construto como: a Resilience Scale¹; a Resilience Scale for Adults (RSA)¹¹; a Adolescent Resilience Scale (ARS)¹² e a Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)¹⁰.

Uma revisão sistemática, conduzida por Ahern et al (2006)¹³, comparando as propriedades psicométricas de seis escalas que pretendem medir resiliência, concluiu ser a Resilience Scale¹ a mais apropriada para o uso com adolescentes e a mais utilizada, até o momento, em estudos conduzidos com diversas faixas etárias.

A Escala de Resiliência, elaborada por Wagnild & Young¹, é constituída de 25 itens com gradação de resposta de 1 (Discordo) até 7 (Concordo) para cada item. Os escores da escala oscilam, assim, de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência.

O presente estudo pretende revisar, de maneira sistemática, as propriedades psicométricas das diferentes versões da Escala de Resiliência.

Metodologia:

Estratégia de Busca e Critério de Revisão.

A revisão considerou todos os estudos que investigaram as propriedades psicométricas da Escala de Resiliência¹ e de suas diferentes versões.

Foram utilizadas as seguintes bases de dados, cobrindo os respectivos períodos: MEDLINE (1950-2007); ISI (1945-2007); LILACS (1982-2007) e PILOTS (1960-2007) (base de dados do *National Center for PTSD – USA*), com a pesquisa da expressão “*Resilience Scale*”, concluída em 06/08/2007.

Na base LILACS, em virtude de não ter sido encontrado nenhum estudo através dessa estratégia, foram feitas as buscas dos seguintes termos: resiliência AND escala\$; resiliência AND questionário\$; resiliência AND instrumentos; e seus equivalentes em inglês e espanhol.

Na base MEDLINE, para cada artigo listado na busca inicial, surgem novas listas de artigos relacionados aos primeiros. Nessa base de dados, a pesquisa também foi ampliada através da leitura dos títulos e resumos dos artigos relacionados àqueles que versavam sobre as propriedades psicométricas da escala e que foram primeiramente identificados pela busca.

Todos os artigos foram selecionados através da leitura de seus títulos e resumos, com a solicitação do texto completo daqueles que se referiam ao estudo das propriedades psicométricas de qualquer versão da Escala de Resiliência. Não houve restrição de idioma.

A busca foi concluída com a pesquisa das referências bibliográficas citadas nesses artigos completos.

Os dados foram extraídos por um pesquisador com o auxílio de um formulário elaborado para resumir as informações sobre as características dos estudos, as propriedades psicométricas analisadas e as metodologias utilizadas.

Resultados:

A busca identificou, ao todo, 57 artigos (veja figura1). Foram excluídos, pela leitura dos resumos, aqueles que versavam sobre outras escalas de resiliência, e um artigo de revisão sobre as várias escalas que pretendem medir esse construto. Após essa primeira exclusão, restaram 23 artigos referentes especificamente a Escala de Resiliência, e, dentre esses, oito tinham como o objetivo principal o estudo das propriedades psicométricas de suas diferentes versões. Foram encontrados, além do estudo sobre a versão original em Inglês¹, estudos sobre as versões para o Espanhol¹⁴, para o Russo¹⁵, para o Sueco¹⁶, para o Português¹⁷, e para o Alemão^{18;19}.

A partir da leitura das referências desses artigos selecionados, foram encontrados outros nove artigos que, embora não tivessem como objetivo principal o estudo das propriedades psicométricas da Escala de Resiliência, calcularam nas respectivas amostras, a consistência interna do instrumento (α de Cronbach) e alguns também estudaram a correlação da escala de resiliência com outras escalas. Assim, no total, dezessete artigos foram incluídos na revisão.

A respeito de sua validade de conteúdo, a escala original foi desenvolvida a partir de um estudo qualitativo com 24 mulheres que tiveram adaptação positiva após uma adversidade. Os itens foram elaborados a partir de seus relatos e da revisão, na literatura científica, sobre o conceito de resiliência. O instrumento foi pré-testado em 1988¹.

Wagnild & Young, em um artigo publicado em 1993¹, citam os estudos conduzidos até então que analisaram algumas propriedades psicométricas da versão original da escala. Os autores também descrevem a condução de uma pesquisa com uma população de 810 adultos, onde avaliam a consistência interna do instrumento, sua validade de construto e sua dimensionalidade (ver quadro 1).

Todas essas pesquisas citadas por Wagnild nesse artigo de 1993 haviam sido conduzidas predominantemente com mulheres adultas e idosas, com média de escore sugerindo graus médio e alto de resiliência. Além disso, indicaram um bom desempenho da escala com coeficientes de consistência interna (α de Cronbach) em torno de 0,85. O único estudo que investigou também a confiabilidade teste-reteste da versão original foi conduzido por Killien & Jarret em 1993¹, e também sugeriu uma estabilidade satisfatória com correlações variando de 0,67 a 0,84. Wagnild, ao citar o estudo, não explicita o tipo de coeficiente utilizado e os dados do estudo são provenientes de manuscrito não-publicado.

Estudos mais recentes, com amostras mais jovens, também evidenciaram uma boa consistência interna da escala e médias de escores de resiliência igualmente elevadas²⁰⁻²², com menores valores de escore no estudo com jovens em situação de rua²².

Quanto à validade de construto do instrumento original (ver quadro 2), todos esses estudos apresentaram correlações estatisticamente significantes em sua maioria e ocorreram na direção esperada, isto é, foram observadas correlações positivas entre a Escala de Resiliência e medidas de bem-estar, satisfação com a vida, auto-estima e saúde geral; e correlações negativas com medidas de estresse e depressão.

A análise fatorial conduzida pelos autores da escala em 1993, sugeriu a existência de dois fatores, denominados por eles de “Competência Pessoal” e de “Aceitação de Si e da Vida”.

Já quanto as diferentes versões da Escala de Resiliência, elaboradas para serem utilizadas em contextos sócio-culturais distintos, essas foram aplicadas em populações compostas mais equilibradamente por homens e mulheres e com indivíduos de diversas faixas etárias, desde adolescentes até idosos (ver quadro 3).

Nos estudos das versões em Espanhol e Português^{14;17}, foi mencionada a preocupação quanto à análise da validade de conteúdo da escala no atual contexto em que seria utilizada, tendo a escala sido submetida à avaliação de especialistas.

Embora as metodologias de adaptação transcultural utilizadas para o desenvolvimento das versões tenham sido diversas, com um maior ou menor rigor nesses processos, em todos eles foram realizadas, pelo menos, uma tradução e retradução, com preocupação com a equivalência semântica dos itens.

Salvo no estudo realizado com mulheres mexicanas, onde observamos maior amplitude dos escores da escala, com valores a partir de 29, em todos os outros os escores variaram de valores que sugeriam grau médio a alto grau de resiliência.

Em algumas versões^{14;15} (Heileman, 2003 e Aroian, 1997) foi observado um melhor desempenho do instrumento, quando da exclusão de alguns itens. No caso da versão em Espanhol, foram excluídos os itens 11 e 25 por apresentarem valores muito baixos de correlação item-total (0,17 e 0,10, respectivamente). Com essa exclusão, ocorreu um incremento na consistência interna da escala (agora com 23 itens e com α de Cronbach igual a 0,93), sobretudo na dimensão de Aceitação da Vida ($\alpha=0,74$) - que na escala completa apresentava um valor baixo ($\alpha=0,68$)¹⁴.

As demais versões apresentaram boa consistência interna, com valores de α de Cronbach variando de 0,80 a 0,93^{15;17;23;24}.

Embora no estudo brasileiro, que analisou a confiabilidade teste-reteste do instrumento, os valores de kappa ponderado calculados para cada item tenham variado entre 0,16 a 0,53 - isto é, com grau de concordância variando de fraca a regular, segundo a classificação de Landis & Koch²⁵ -, o escore final do instrumento mostrou estabilidade satisfatória (CCI = 0,75)¹⁷. Já o coeficiente utilizado no estudo sueco¹⁶ (Correlação de Pearson) para quantificar a reprodutibilidade da escala, não é apropriado para esse fim, por não poder ser considerado uma medida de concordância.

Já no caso da versão para o Russo, foi feita a redução da escala para 12 itens por ter sido essa versão reduzida a que obteve o melhor ajuste para uma solução de dois fatores, tais como os sugeridos pela análise fatorial da escala original¹⁵ (ver quadros 2 e 4).

A proposta inicial dos autores Wagnild & Young de que a escala de resiliência fosse constituída por cinco dimensões características dos indivíduos resilientes (*equanimity; perseverance; self-reliance; meaningfulness; aloneness*) só foi confirmada, através da análise fatorial, por um único estudo sueco²⁶.

Nenhuma versão apoiou a mesma solução de dois fatores encontrada por Wagnild para os 25 itens^{14;15;17;23}. Em outro estudo da versão em Sueco²³, apesar da análise fatorial ter sugerido a bidimensionalidade da escala, observamos que os fatores obtidos a partir das duas diferentes versões (original e em Sueco), diferem em alguns itens. O mesmo ocorreu para a versão em espanhol de 23 itens, apesar de também ter também sido sugerida a sua bidimensionalidade¹⁴.

Também foram estatisticamente significantes e na direção esperada, as correlações entre as versões da escala de resiliência com outras medidas. Foram

observadas correlações positivas com medidas de satisfação com a vida, auto-estima, *self-efficacy*, saúde geral, apoio social, coerência e supervisão familiar; e correlações negativas com depressão, somatização, violência psicológica, “demandas da imigração” e fadiga^{14;15;17;18;23} (ver quadro 4).

No caso das versões em Alemão, a forma curta (de 11 itens) se mostrou tão útil quanto a longa (de 25 itens), não sendo observada diferença clínica significativa (diferença de médias; mediana e *effect size*) na aplicação destas.¹⁸

Em um estudo Colombiano, a versão espanhola da escala completa com 25 itens apresentou um coeficiente α de Cronbach de 0,90, também sugerindo uma boa consistência interna²⁷ (Jaramillo-Velez *et al*, 2005).

Outros estudos, que utilizaram a escala de resiliência e que estimaram a consistência interna do instrumento nas populações estudadas, obtiveram valores de α de Cronbach variando entre 0,72 a 0,94.^{20-23;26; 28-30}

Discussão:

A Escala de Resiliência vem sendo amplamente aplicada, em diferentes populações e contextos sócio-culturais. Pode-se dizer que, juntos, os estudos sobre as propriedades psicométricas de suas diferentes versões abrangeram uma ampla variação de faixas etárias. Pode-se dizer o mesmo quanto a sua utilização entre os sexos, apesar do predomínio de mulheres nos estudos com a versão original.

Já no que diz respeito à escolaridade das populações estudadas, observamos um predomínio de indivíduos com escolaridade variando de média a superior. Devemos lembrar que mesmo o estudo com adolescentes brasileiros foi realizado no contexto escolar (7^a. série do ensino fundamental pelo menos), e, portanto, seria importante

conhecermos também o desempenho da escala dentre indivíduos de menor escolaridade, para garantir sua aplicabilidade na população geral.

Também observamos certa homogeneidade quanto à média dos escores da escala nas diferentes populações, e quanto aos seus desvios-padrão - sobretudo nos estudos com a versão original em Inglês. Há um claro predomínio de escores sugestivos de média a elevada resiliência. Embora possamos esperar tal característica na população geral, as estreitas amplitudes de escores observadas (salvo para o estudo com população de origem Mexicana), sugerem a necessidade de estudos sobre o desempenho da escala também dentre os indivíduos com “baixa resiliência”. É também importante lembrarmos que a construção da escala, toda composta de itens com termos positivos, não favorece a detecção de vieses de informação causados por um padrão monótono de resposta.

A consistência interna do instrumento original e de suas versões nos diferentes estudos se manteve com valores considerados adequados para a utilização em pesquisa (α de Cronbach em torno de 0,85).

Já os dados sobre a confiabilidade teste-reteste das versões são escassos e, embora sugiram uma boa confiabilidade, apontam para a necessidade de uma maior investigação dessa propriedade, com utilização de metodologia adequada (isto é, com utilização de um coeficiente que possa analisar concordância, ao invés de indicar apenas correlação).

No que diz respeito à validade de construto da escala, essa vem sendo apoiada por todos os estudos que investigaram as correlações das diferentes versões com outras medidas, reforçando a tese de que o conceito de resiliência se correlaciona, positivamente, com medidas de bem-estar e adaptação positiva e, inversamente, com medidas de transtornos mentais e violência.

Todos os estudos foram realizados com tamanhos amostrais adequados para permitirem a obtenção de resultados estatisticamente significantes.

Já os dados referentes às análises fatoriais realizadas com a Escala de Resiliência e suas versões não permitem a conclusão sobre sua dimensionalidade, com a obtenção de um, dois, três ou cinco fatores nos diferentes estudos. A bidimensionalidade da escala encontrada através da análise fatorial conduzida pelos autores da escala original, também não foi confirmada pela maioria dos estudos. Assim, sugere-se que apenas o escore geral da Escala de Resiliência seja utilizado, e que não sejam calculados os escores de cada subescala nas versões em que essa bidimensionalidade não foi comprovada. Devemos ressaltar que a utilização de metodologias diferentes na condução das análises desses diferentes estudos (ora varimax – ortogonal-, ora oblimim – oblíqua) dificulta a comparação dos resultados.

Como bem lembra Leite *et al* em artigo publicado em 2006, o desenvolvimento de uma escala é um processo contínuo que nunca se completa. Propriedades como validade e confiabilidade não são fixas, mas específicas do instrumento usado em uma situação específica e com uma dada população³⁰.

Conclusão:

A Escala de Resiliência vem se apresentando como um instrumento adequado para utilização em populações heterogêneas. Os resultados apresentados sugerem que as suas versões apresentam um bom desempenho nos diferentes contextos em que são utilizadas, sobretudo no que diz respeito a sua consistência interna e a sua validade concorrente. São necessários mais estudos sobre a sua estabilidade temporal, com utilização de metodologia adequada. Também novas análises fatoriais em outras

populações podem nos ajudar a compreender a dimensionalidade desse construto, o que ainda não parece bem esclarecido pelos estudos já conduzidos.

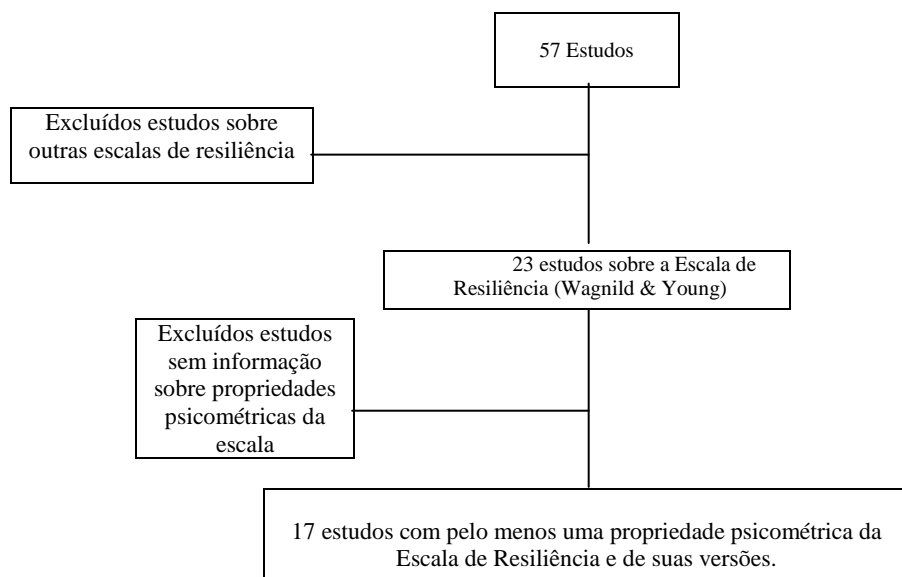
Referências:

- (1) Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal Of Nursing Measurement* 1993; 1(2):165-178.
- (2) Bonano G A. Loss, Trauma, and Human Resilience. Have we underestimated Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *Am Psychologist* 59[1], 20-28. 2004.
- (3) Bonano G A. Resilience in the face of Potential Trauma. *CURR DIR PSYCHOL SCI* 14[3], 135-138. 2005.
- (4) Gable S L, Haidt J. What (and why) is positive psychology? *REV GEN PSYCHOL* 9[2], 103-110. 2005.
- (5) Seligman M E P, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology. An Introduction. *Am Psychologist* 55[1], 5-14. 2000.
- (6) Voges MA, Romney DM. Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003; 2(1):4.
- (7) Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2005; 6(3):195-216.
- (8) Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000; 71(3):543-562.
- (9) Assis S G, Pesce R P, Avanci J Q. Resiliência. Enfatizando a Proteção dos Adolescentes. 144p. 2006. ArtMed.
- (10) Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18(2):76-82.
- (11) Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge J H, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *INT J METH PSYCH RES* 12[2], 65-76. 2003.
- (12) Oshio A, Kaneko H, Nagamine S, Nakaya M. Construct validity of the adolescent resilience scale. *Psychological Reports* 2003; 93(3):1217-1222.
- (13) Ahern NR, Kiehl EM, Sole ML, Byers J. A review of instruments measuring resilience. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing* 29(2):103-125.

- (14) Heilemann MV, Lee K, Kury FS. Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal Of Nursing Measurement* 2003; 11(1):61-72.
- (15) Aroian KJ, Schappler-Morris N, Neary S, Spitzer A, Tran TV. Psychometric evaluation of the Russian Language version of the Resilience Scale. *Journal Of Nursing Measurement* 1997; 5(2):151-164.
- (16) Nygren B, Randstrom KB, Lejonklou AK, Lundman B. Reliability and validity of a Swedish language version of the Resilience Scale. *Journal Of Nursing Measurement* 2004; 12(3):169-178.
- (17) Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cadernos De Saude Publica / Ministerio Da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional De Saude Publica* 21(2):436-448.
- (18) Rohrig B, Schleussner C, Brix C, Strauss B. The Resilience Scale (RS): a statistical comparison of the short and long version based on a patient population. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2006; 56(7):285-290.
- (19) Schumacher J, Leppert K, Gunzelmann T, Strauss B, Brahler E. The resilience scale - A questionnaire to assess resilience as a personality characteristic. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie* 2005; 53(1):16-39.
- (20) Black C, Ford-Gilboe M. Adolescent mothers: resilience, family health work and health-promoting practices. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48(4):351-360.
- (21) Monteith B, Ford-Gilboe M. The Relationships Among Mother's Resilience, Family Health Work, and Mother's Health-Promoting Lifestyle Practices in Families with Preschool Children. *Journal of Family Nursing* 8[4], 383-407. 2002.
- (22) Rew L, Taylor-Seehafer M, Thomas NY, Yockey RD. Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal Of Nursing Scholarship: An Official Publication Of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing / Sigma Theta Tau* 2001; 33(1):33-40.
- (23) Nygren B, Alex L, Jonsen E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health* 2005; 9(4):354-362.
- (24) Miller AM, Chandler PJ. Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former soviet union. *Nursing Research* 51[1], 26-32. 2007.

- (25) Landis JR, Koch CG. The measurement of the observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33, 159-174. 1977.
- (26) Lundman B, Strandberg G, Eisemann M, Gustafson Y, Brulin C. Psychometric properties of the Swedish version of Resilience Scale. *Scand J Caring Sci* 21, 229-237. 2007.
- (27) Jaramillo-Velez D.E., Ospina-Munoz D.E., Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J (2005) [Resilience, spirituality, distress and tactics for battered women's conflict resolution]. *Revista de Salud Publica* (Bogota); 7(3):281-292.
- (28) Christopher KA. Determinants of psychological well-being in Irish immigrants. *Western Journal Of Nursing Research* 2000; 22(2):123-140.
- (29) Humphreys J. Resilience in sheltered battered women. *Issues In Mental Health Nursing* 2003; 24(2):137-152.
- (30) Hunter A, Chandler G. Adolescent Resilience. *Journal Of Nursing Scholarship* 31[3], 243-247. 1999.
- (31) Leite JC, Jerosch-Herold C, Song F. A systematic review of the psychometric properties of the Boston Carpal Tunnel Questionnaire. *BMC Musculoskelet Disord* 2006; 7:78.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



Quadro 1. Estudos sobre a Qualidade da Versão Original da Escala de Resiliência (em inglês e com 25 itens).

ESTUDOS	TAMANHO DA AMOSTRA (n)	POPULAÇÃO	ESCORES DA AMOSTRA Média (M), Desvio Padrão(DP) e Amplitude(A)	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS ESTUDADAS	
				Consistência Interna	Confiabilidade teste-reteste
Wagnild & Young, 1988* EUA	n= 39	100%: mulheres cônjuges e cuidadoras de portadores de Alzheimer; Idade: M= 71,5 anos DP= +/- 7,9	M= 138,4 DP= 8,6 A= 90 – 175	α Cronbach = 0,85	Não realizada
Klass, 1989 *	n= 58	100%: mulheres estudantes graduadas. Idade: M = 31,8 anos DP = +/- 6,1	M= 139,1 DP= 14,5 A= 92 – 165	α Cronbach = 0,86	Não realizada
Cooley, 1990 *	n= 43	100% mulheres estudantes graduadas Idade: M = 33,4 anos DP = +/- 6,6	M= 138,8 DP = 14,1 A = 105 – 167	α Cronbach = 0,85	Não realizada
Killien & Jarret, 1993 *	n= 130	100% mulheres no pós-parto do primeiro filho; Idade; M = 30,7 anos (DP = sem informações)	M= 141,7 DP= 14,9 A= 101 – 172	α Cronbach = 0,90	Administração da escala durante a gravidez e nos 1º; 4º. ; 8º. e 12º. meses do pós-parto; Correlações variando de 0,67 a 0,84 (não informa qual o coeficiente usado).
Wagnild & Young, 1991* EUA	n= 43	Residentes de residências públicas; 83,7% mulheres Idade: M= 73,4 anos DP= +/- 11,7	M= 141,1 DP= 15,3 A= 114 – 167	α Cronbach = 0,76	Não realizada

Wagnild & Young, 1993 ¹ EUA	n= 810	Idade: 53-95 anos M= 71,1 anos ; 62,3% mulheres; 66,2% com escolaridade maior do que o ensino médio	M= 147,91 DP= 16,85 A= 75 – 175	α Cronbach = 0,91	Não realizada
Rew et al, 2001 ²² USA	n= 59	Amostra de conveniência de jovens em situação de rua com idades de 15 a 22 anos. 64% rapazes.	Escore médio 4,48 (amplitude de 1-7, com 1 não sendo resiliente e 7 sendo muito resiliente)	α Cronbach = 0,91	Não realizada
Black & Ford-Gilboe, 2003 ²⁰ Canadá	n= 41	Amostra de conveniência de mães adolescentes. Média de idade: 20 anos (amplitude de 18-23; DP 1.35) Média de 11 anos de educação	M=146,6 DP= 14,08 A=114 -167 Escore Médio 5.9 / 7	α Cronbach = 0,85	Não realizada
Monteith & Ford-Gilboe,, 2007 ²¹ Canada	n= 67	Amostra de conveniência de mães com, pelo menos uma criança em idade pré-escolar. Média de idade: 33 anos (amplitude de 27-44 anos). 98% com 12 ou mais anos de escolaridade	M=142,1 DP= 12,87 A= 109-166 Escore Médio 5.7 / 7	α Cronbach = 0,85	Não realizada

M = Média; DP= Desvio Padrão; A=Amplitude

* estudos citados por Wagnild & Young 1993¹

Quadro 2. Validade de Construto da Versão Original (em Inglês e com 25 itens) da Escala de Resiliência.

Estudo	Validade Concorrente (correlação com outras escalas; r = coeficiente de Pearson))	Análise Fatorial
Wagnild & Young, 1988* EUA	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Philadelphia Geriatric Center Morale Scale</i> – PGCMS (medida de moral e bem-estar subjetivo) r= 0,54 (p<0,001) 	Sem informações
Klass, 1989 *	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Perceived Stress Scale</i> r= - 0,67 (p<0,001) • <i>General Health Rating Scale</i> r= 0,50 (p<0,001) 	Sem informações
Cooley, 1990 *	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Perceived Stress Scale</i> r= - 0,32 (p<0,05) • <i>General Health Rating Scale</i> r= 0,40 (p<0,001) 	Sem informações
Killien & Jarret, 1993 *	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Symptoms of Stress Scale</i> r= - 0,24 • <i>Beck Depression Inventory</i> r= - 0,36 • <i>Self-Esteem Scale</i> r= 0,57 <p>(p< 0,01 para todos os coeficientes)</p>	Sem informações
Wagnild & Young, 1991* EUA	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Philadelphia Geriatric Center Morale Scale</i> (PGCMS) r= 0,43 (p<0,01) • <i>Life Satisfaction Index-A</i> r= 0,59 (p<0,001) 	Sem informações
Wagnild & Young, 1993 ¹ EUA	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Life Satisfaction Index-A</i> (LSI-A) r= 0,30 • <i>Philadelphia Geriatric Center Morale Scale</i> (PGCMS) r=0,28 • <i>Beck Depression Inventory (BDI) short form</i> r= - 0,37 • <i>Physical Health</i> r= 0,26 <p>(p<0,001 para todos os coeficientes)</p>	<p>Métodos: Análise de Componentes Principais seguida de rotação oblímim e normalização de Kaiser</p> <p>Pela análise exploratória: unidimensional; Pelo critério de Kaiser, considerando todos os fatores sem rotação com auto-fator>1.0 = 5 fatores Utilizando o critério da variância, com interrupção quando o último fator não explicar mais de 5% da variância: 2 fatores -“Competência Pessoal” e “Aceitação de si mesmo e da Vida”</p>

<p>Rew et al, 2001²²</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>UCLA revised Loneliness Scale</i> r= -0,50 • <i>Beck Hopeless Scale</i> r= - 0,47 • <i>Social Connectedness Scale</i> r= -0,41 • <i>Death-related Life Attitude Schedule (DR-LAS)</i> r= -0,52 <p>(p<0,01 para todos os coeficientes)</p>	<p>Sem informações</p>
<p>Black & Ford-Gilboe, 2003²⁰ Canadá</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Health Options Scale (HOS)</i> r= 0,34 • <i>Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLPII)</i> r= 0,42 <p>(p<0,01 para todos os coeficientes)</p>	<p>Sem informações</p>
<p>Monteith & Ford-Gilboe, 2007²¹ Canada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLPII)</i> r= 0,42** <ul style="list-style-type: none"> • <i>Responsabilidade com a saúde</i> r= 0,20 • <i>Atividade Física</i> r= 0,25** • <i>Nutrição</i> r= 0,16 • <i>Crescimento Espiritual</i> r= 0,58** • <i>Relações Interpessoais</i> r= 0,31** • <i>Manejo do estresse</i> r= 0,24** <p>** (p<0,05)</p>	<p>Sem informações</p>

* estudos citados por Wagnild & Young, 1993¹

Quadro 3. Características e Resultados dos Estudos sobre as Propriedades Psicométricas das Diferentes Versões da Escala de Resiliência.

Versões e Estudos		Tamanho da Amostra	População	Média (M), Desvio Padrão(DP) e Amplitude(A) dos escores da amostra.	Processo de Adaptação Transcultural	Número de itens da versão final da escala	Propriedades psicométricas estudadas	
							Consistência Interna	Confiabilidade teste-reteste
Russo	Aroian et al, 1997 ¹⁵ Israel	n= 450	Imigrantes da antiga URSS em Israel; Idade: M= 44,3 anos DP= 18,2 52,9% mulheres 53,2% com, pelo menos, nível superior.	Sem informações	Tradução e retradução para o Russo por tradutores bilíngües familiarizados com o construto. Preocupação com equivalência semântica.	12	α Cronbach =0,87 (para a versão de 12 itens) α Cronbach =0,88 α Cronbach =0,56 (para a subescala de 3 itens de "Aceitação da vida")	Não estudada
	Miller et al, 2002 ²⁴ USA	n= 200	100% mulheres da União Soviética que viviam nos EUA há menos de 6 anos. Idade: 45-65 anos. 60.5 % com ensino superior	Sem informações	Adaptação conduzida anteriormente por Aroian (1997)	12	α Cronbach =0,91	Não estudada

Espanhol	Heilemann <i>et al</i> , ¹⁴ 2003 EUA	n= 147	Mulheres de origem mexicana 21- 40 anos (média= 28 anos) 4% sem educação formal; 40% menos de 11 anos de estudo; 56% ≥ ensino médio completo.	M= 124 DP= 27,07 (?) A= 29 – 161	<ul style="list-style-type: none"> • Tradução para o Espanhol por 1 tradutor • Retradução independente para o Inglês • Revisão de ambas versões por terceiro tradutor • Nova Retradução por mais 2 tradutores • Revisão por toda a equipe 	23	<p>α Cronbach =0,91 (escala não-modificada com 25 itens)</p> <p>α Cronbach =0,93 (escala modificada com 23 itens)</p> <p>α Cronbach =0,90 (para subescala de 17 itens de “Competência Pessoal”)</p> <p>α Cronbach =0,68 (para subescala de 8 itens de “Aceitação da vida”)</p> <p>α Cronbach =0,74 (subescala modificada de 6 itens Aceitação de Si e da Vida)</p>	Não estudada
	Jaramillo-Vélez <i>et al</i> , 2005 ²⁷ Colombia	n=199	Mulheres consultadas nas <i>Comisarías de Familia de Medellín</i>	M= 147,3 DP= 25	Não relatado	25	<p>α Cronbach =0,90 (escala não modificada com 25 itens)</p> <p>α Cronbach =0,90 (fator Atitude Pessoal)</p> <p>α Cronbach =0,70 (questões significando aceitação da vida)</p>	Não estudada

Versões e Estudos		Tamanho da Amostra	População	Média (M), Desvio Padrão(DP) e Amplitude(A) dos escores da amostra.	Processo de Adaptação Transcultural	Número de itens da versão final da escala	Propriedades psicométricas estudadas	
							Consistência Interna	Confiabilidade teste-reteste
Sueco	Nygren <i>et al</i> , 2004 ¹⁶ Suécia	n= 142	54% mulheres; 19-85 anos 40 idosos, 50 operários e 52 estudantes	M= 140,7 (teste) e 139,4 (reteste) DP= 15,6 A= 94 – 174 (teste) e 94 – 170 (reteste)	<ul style="list-style-type: none"> • Tradução para o Sueco por 4 Tradutores Independentes • Versão de Consenso • Retradução por tradutor de Língua Inglesa 	25	α Cronbach =0,88 (teste) e 0,90 (reteste)	Reteste 4 semanas após. r= 0,78 (sic)
	Lundman <i>et al</i> , 2007 ²⁶ Suécia	n=1719	73% mulheres 19-103 anos (M= 59 anos; DP=19,2)	M= 141 DP= 17,7	<ul style="list-style-type: none"> • Tradução para o Sueco por 4 Tradutores Independentes • Retradução por tradutor de Língua Inglesa 	25	α Cronbach dos 5 fatores: fator 1 = 0,78 fator 2 = 0, 77 fator 3 = 0,78 fator 4 = 0,45 fator 5 = 0,55	Não estudada
Português	Pesce <i>et al</i> , 2005 ¹⁷ Brasil	n= 997	12- 19 anos (M= 15,4 anos) alunos de 7ª. Série ao 2º. Ano do Ensino Médio 57,7% mulheres	Sexo Feminino: M =73,54 Sexo Masculino: M =71,34 Sem informações sobre DP ou Amplitude dos escores (Pesce <i>et al</i> , 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Tradução para o Português por 2 tradutores independentes • Retraduções para o Inglês por outros 2 tradutores • Avaliação “cega” por quinto profissional • Versão de consenso • Pré-teste 	25	α Cronbach =0,80 (amostra total) α Cronbach =0,85 (pré-teste; n=230)	Intervalo de 10 dias. CCI = 0,75 IC95% [0,62 – 0,83]

Alemão	Schumacher <i>et al</i> , 2005 ¹⁹ Alemanha	n= 2031	14 - 95 anos (M= 48,29 anos) 53,37% mulheres Amostra representativa da população alemã (escolha aleatória de distritos, domicílios e indivíduos).	Versão de 25 itens: M= 133,78 SD=22,54 A= 42 – 175 Versão de 11 itens: M= 58,03 SD=10,76 A= 15 - 77	<ul style="list-style-type: none"> • Tradução para o Alemão e retraduzida por cientista de língua inglesa com bons conhecimentos em alemão e por estudante de psicologia bilíngüe. • Versão de consenso de toda a equipe (autorizada pelos autores da versão original). 	25 e 11 itens (versão curta)	α Cronbach = 0,95 (total escala 25 itens) α Cronbach = 0,82 (Subescala da Aceitação de Si e da Vida) α Cronbach = 0,94 (subescala de Competência Pessoal) α Cronbach = 0,91 (escala curta de 11 itens)	Não estudada
	Rohrig <i>et al</i> , 2006 ¹⁸ Alemanha	n= 212	maiores de 40 anos; 67,9 % mulheres Idade: Homens M= 62,2 anos; DP=12,8 Mulheres M=57,8 anos; DP= 13,2	Versão de 25 itens: Mean score 5,932 / 7 SD= 0,655 Versão de 11 itens: Mean score 5,852 / 7 SD= 0,761	Adaptação conduzida por Schumacher, 2005 ¹⁹	25 e 11 itens	α Cronbach = 0,88 (total escala 25 itens) α Cronbach = 0,81 (escala curta de 11 itens)	Não estudada

M = Média; DP= Desvio Padrão; A=Amplitude

Quadro 4. Validade de Construto das Diferentes Versões da Escala de Resiliência.

Versões e Estudos		Validade concorrente	Análise Fatorial
Espanhol	Heilemann <i>et al</i> , 2003 ¹⁴ EUA	<ul style="list-style-type: none"> Satisfação com a vida (1 pergunta) $r= 0,36$ Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) $r= -0,29$ <p>($p<0,001$ para os dois coeficientes)</p>	<p>Método: Análise de Componentes Principais; rotação varimax e subseqüentes índices de ajuste do modelo com resultados ambivalentes(1 ou 2 fatores?)</p> <p>Teste de diferença de qui-quadrado: 2 fatores (com alguns itens diferentes daqueles encontrados nos dois fatores da versão original)</p>
Sueco	Nygren <i>et al</i> , 2004 ¹⁶ Suécia	<ul style="list-style-type: none"> Sense of Coherence Scale (SOC) $r=0,41$ ($p<0,01$) Rosemberg Self Esteem Scale (RSE) $r=0,37$ ($p<0,01$) 	<p>Método: Análise de Componentes Principais com rotação varimax.</p> <p>2 fatores: "Autoconfiança" ("Personal Assurance") e "Aceitação de si mesmo e da vida" - também com intercâmbio de alguns itens, quando comparamos tais fatores com os da versão original.</p>
	Lundman <i>et al</i> , 2007 ²⁶ Suécia	Sem informações	<p>Método: Análise de Componentes Principais com rotação varimax.</p> <p>5 fatores: meaningfulness; equanimity; self-reliance; perseverance; aloneness</p>
Português	Pesce <i>et al</i> , 2005 ¹⁷ Brasil	<ul style="list-style-type: none"> Itens de supervisão familiar $r= 0,11$ Escala de satisfação de vida $r= 0,37$ Escala de auto-estima $r= 0,33$ Escala de violência psicológica $r= -0,155$ Dimensão "apoio afetivo" da escala de apoio social $r= 0,20$ Dimensão "apoio emocional" da escala de apoio social $r= 0,23$ Dimensão "apoio de informação" da escala de apoio social $r= 0,23$ Dimensão "interação positiva" da escala de apoio social $r=0,25$ <p>($p<0,001$ para todos os coeficientes)</p>	<p>Método: rotação oblíqua e varimax</p> <p>3 fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Itens que indicam resolução de ações e valores (que dão sentido à vida) Itens que transmitem idéia de independência e determinação. Itens indicativos de auto-confiança e capacidade de adaptação a situações.

Russo	Aroian et al, 1997 ¹⁵ Israel	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Demands of Immigration Scale (DI)</i> $r = -0,23$ a $-0,29$ • <i>Depression scale of the SCL-90</i> $r = -0,42$ a $-0,49$ • <i>Somatization scale SCL-90</i> $r = -0,29$ a $-0,35$ • Questões (item único) <ul style="list-style-type: none"> ❖ Saúde Geral $r = 0,22$ a $0,27$ ❖ Atingir Objetivos Pessoais $r = 0,33$ a $0,39$ ❖ Bem-Estar Subjetivo $r = 0,27$ a $0,34$ ❖ Tipo de Pessoa que você é $r = 0,15$ a $0,23$ ❖ Capacidade de ajudar $0,40$ a $0,51$ <p>($p < 0,001$ para todos os coeficientes)</p>	<p>Método: Análise Fatorial Confirmatória com uso de 5 medidas diferentes de ajuste do modelo – Não apoiou solução de dois fatores para a escala de 25 itens.</p> <p>O melhor ajuste para uma solução de dois fatores foi obtido com 12 dos 25 itens da escala original.</p>
	Miller et al, 2002 ²⁴ USA	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i> $r = -0,336$ <p>($p = 0,05$)</p>	Sem informações
Alemão	Schumacher et al, 2005 ¹⁹ Alemanha	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Self Efficacy Scale</i> – com a escala de resiliência 25 itens ($r = 0,68$) • <i>Self Efficacy Scale</i> – com a escala curta de 11 itens ($r = 0,70$) <p>($p < 0,001$ para os dois coeficientes)</p>	<p>Método: Análise de Componentes Principais com rotação oblíqua</p> <p>Extração de 3 fatores (com eigenvalue > 1). O primeiro mostra 46,3% da variação da escala. Com importante correlação entre os fatores 1 e 2 ($r = 0,68$)</p> <p>A solução sem rotação também apontou para um fator geral forte, e os autores concluíram pela unidimensionalidade da escala.</p> <p>Propuseram escala curta com 11 itens, unidimensional, com forte correlação com a escala de 25 itens ($r = 0,95$)</p>
	Rohrig et al, 2006 ¹⁸ Alemanha	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Multidimensional Fatigue Inventory</i> - com a escala de resiliência 25 itens ($r^* = -0,326$) • <i>Multidimensional Fatigue Inventory</i> - com a escala de resiliência 11 itens ($r^* = -0,374$) <p>*coeficientes de Spearmans Rho; com diferença entre eles sem significância estatística $p = 0,105$</p>	Sem informações

r = Coeficiente de Correlação de Pearson

9 – TERCEIRO ARTIGO.

ESTUDO C

**RESILIÊNCIA A EVENTOS TRAUMÁTICOS
- INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO NA CIDADE DE SÃO PAULO NO
ANO DE 2007**

**RESILIÊNCIA A EVENTOS TRAUMÁTICOS
- INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO NA CIDADE DE SÃO PAULO NO ANO DE 2007**

Liliane Vilete; Evandro Silva Freire Coutinho; Ivan Figueira; Wagner Ribeiro; Maria Inês Quintana; Sérgio Baxter Andreoli; Jair Mari.

Resumo:

Introdução: A resiliência expressa um processo dinâmico que envolve a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e de proteção. Para identificá-la, dois julgamentos são necessários: que tenha havido uma ameaça significativa ao indivíduo, como um evento traumático, e que a qualidade da adaptação seja boa. **Objetivo:** Identificar os fatores associados à adaptação positiva a eventos traumáticos em uma população geral. **Metodologia:** Estudo seccional com amostra probabilística da população com 15 anos ou mais, residente na cidade de São Paulo (n=2536). Foram considerados como resilientes aqueles que, na presença de história de pelo menos um evento traumático, tiveram adaptação positiva – definida pelo estudo como a ausência, ao longo da vida, dos transtornos mentais investigados (transtornos depressivos, transtorno de estresse pós-traumático, outros transtornos fóbico-ansiosos e transtornos relacionados ao uso/dependência de álcool – pelo *Composite International Diagnostic Interview - CIDI*). **Resultados:** Mostraram-se associados à adaptação positiva a traumas intensos: sexo masculino, ausência de transtorno mental parental, ausência de eventos traumáticos na infância, ausência de tabagismo, maior escolaridade, menor diversidade de traumas, desastres naturais, menor percepção de risco de vida, menor atribuição de própria responsabilidade pelos eventos traumáticos, maiores escores na escala de resiliência e menores escores na subescala de afetos negativos e nas escalas de imobilidade tônica, dissociação e reações físicas peritraumáticas. Mostraram-se associados à adaptação positiva a traumas leves a moderados: idade menos avançada, ausência de trauma na infância e de tabagismo, menor escolaridade, maior número de filhos, maior renda, religião católica, maior idade no pior trauma, menor diversidade de traumas, menores escores na subescala de afetos negativos e nas escalas de dissociação e de reações físicas peritraumáticas **Conclusão:** O presente estudo identificou diversos fatores associados à adaptação positiva a eventos traumáticos na população da cidade de São Paulo. Apesar disso, a baixa proporção de variância explicada pelos modelos ($R^2 < 0,32$), sugere, no entanto, que a variabilidade individual de respostas aos eventos traumáticos permanece, na maior parte, inexplorada ou desconhecida.

Descritores: Eventos traumáticos, violência, resiliência, estudo seccional, epidemiologia.

Abstract:

Introduction: *The resilience expresses a dynamic process involving the interaction between intrapsychic and social processes of risk and protection. To identify it, two judgments are needed: that there has been a significant threat to the individual, as a traumatic event, and that the quality of adjustment is good.*

Objective: *To identify factors associated with positive adaptation to traumatic events in a general population.*

Methodology: *Cross-sectional study with random sample of the population aged 15 or over, resident in São Paulo (n=2536). It was considered as resilient people who showed, in the presence of at least one traumatic event, positive adaptation to failure, defined as the lifetime absence of any of the mental disorders investigated (depressive disorders, posttraumatic stress disorder, others anxious-fobic disorders and disorders related to use/dependence of alcohol - Composite International Diagnostic Interview - CIDI).*

Results: *Were associated with positive adaptation to intense trauma: male sex, absence of parental mental disorder, absence of traumatic events in childhood, absence of smoking, more education, less variety of traumas, natural disasters, lower perception of risk of life, lower allocation of responsibility for traumatic events, higher scores of the resilience scale and lower scores on negative affect sub-scale and on tonic immobility, dissociation and peritraumatic physical reactions scales. Were associated with positive adaptation to mild to moderate trauma: less advanced age, absence of trauma in childhood and absence of smoking, less education, more children, higher income, religion Catholic, oldest in the worst trauma, less variety of traumas, lower scores in negative affect sub-scale and in dissociation and peritraumatic physical reactions scales.*

Conclusion: *The present study identified many associated factors to positive adaptation to traumatic events in São Paulo population. Despite this, the low proportion of variance explained by the model suggests, however, that the variability of individual responses to traumatic events remain for the most part unexplored or unknown.*

Key-words: *Traumatic events, violence, resilience, cross-sectional study, epidemiology.*

Introdução:

O termo resiliência é originário das Ciências Físicas e descreve a habilidade de um material de se flexionar elasticamente ao sofrer uma pressão, sem quebrar ou se deformar (GORDON, 1978 *apud* NORRIS *et al*, 2008). Esse termo foi introduzido no campo da Psiquiatria no final da década de 70 por estudiosos da Psicopatologia do Desenvolvimento, a partir da observação de crianças que, apesar da exposição a graves adversidades, conseguiam se desenvolver, tornando-se adultos saudáveis e competentes (WERNER, 1989; 1992; MASTEN & COATSWORTH, 1998). A idéia de “invulnerabilidade”, difundida na época, foi substituída pelo conceito de resiliência para se corrigir a errada impressão de que a resistência ao estresse pudesse ser constitucional e absoluta. A resiliência deve ser entendida como relativa e resultante de fatores constitucionais e ambientais. Também não deve ser entendida como uma qualidade fixa ou estática. Ela varia ao longo do tempo e de acordo com as circunstâncias (RUTTER, 1985). Embora não exista consenso na literatura quanto a sua definição, esse conceito vem ganhando maior complexidade e há uma tendência atual de considerá-lo um construto multifacetado que expressa um processo dinâmico e envolve a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e de proteção (ASSIS *et al*, 2006; RUTTER, 1993, 2006; LUTHAR *et al*, 2000).

Para identificar um processo de resiliência, dois julgamentos são necessários. Primeiro, que tenha havido uma ameaça significativa ao indivíduo, como um estado de alto-risco, ou uma exposição a uma adversidade grave ou a um evento traumático. Segundo, que a qualidade da adaptação seja boa. Indivíduos não são considerados resilientes se nunca tiverem sofrido uma ameaça significativa (MASTEN & COATSWORTH, 1998; MASTEN 2001).

Bonanno (2004) sugeriu que fosse adaptado o corpo da literatura desenvolvimentalista sobre a resiliência para se estudar os desfechos resilientes em adultos que são expostos a eventos potencialmente muito disruptivos. Vista pela perspectiva da traumatologia, a resiliência é a adaptação eficaz apesar de ameaças significativas à integridade pessoal e física (AGAIBI & WILSON, 2005). Para Bonanno (2004), essa seria a resposta mais comum a um trauma potencial. Essa conclusão parece ser baseada na menor proporção de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) encontrada entre os expostos a eventos traumáticos identificados em estudos epidemiológicos (YEHUDA & FLORY, 2007).

Alguns autores sugerem cautela na estimativa de prevalências de resiliência, visto que a considerável heterogeneidade de operacionalização dos conceitos de risco (de trauma, p.ex.) e de adaptação positiva pode contribuir para as diferenças de resultados (VANDERBILT-ADRIANCE & SHAW, 2008). Luthar & Brown (2007) lembram a responsabilidade de se realizar esse tipo de estimativa com base em critérios estreitos de adaptação positiva (definindo resiliência pela presença de apenas um ou nenhum sintoma de TEPT nos seis meses após um evento traumático e não considerando outros distúrbios, p.ex.). Indivíduos podem ter uma variedade de outras dificuldades psicológicas. Luthar & Zigler (1991) apontam para uma limitação dos estudos que se restringem a analisar apenas como desfecho a competência externalizada, não investigando aspectos internalizados que comprometam o bem-estar. Outros estudiosos definem adaptação positiva apenas com base em critérios internos, como ausência de psicopatologia ou baixos níveis de sintomas e de debilitação e/ou como presença de bem-estar. Quanto maior a maturidade do indivíduo, mais a patologia tende

a ser expressa por sintomas internalizantes, do que por distúrbios comportamentais externalizantes (LUTHAR & ZIGLER, 1991).

O estudo da resiliência contribui para o esclarecimento da variabilidade de respostas às adversidades exibidas pelos indivíduos e permite ampliar as estratégias de prevenção, promoção de saúde e tratamento dos transtornos mentais (RUTTER, 1985, 2006). O objetivo desse presente trabalho é identificar os fatores associados à adaptação positiva a eventos traumáticos em uma população geral.

Metodologia:

Desenho:

Estudo seccional com amostra probabilística da população com 15 anos ou mais, residente na cidade de São Paulo.

Amostra:

A amostra foi planejada para atender os objetivos do estudo original, isto é, estimar a prevalência de violência e de transtornos mentais, e os participantes foram selecionados por meio de amostragem probabilística em multi-estágios. No primeiro estágio, os 96 distritos administrativos da cidade foram ranqueados com base em suas taxas de homicídio e, em seguida, agrupados em sete estratos (1 = menos de 10 homicídios por 100.000 habitantes; 2 = 10,01 a 20 homicídios; 3 = 20,01 a 30; 4 = 30,01 a 40; 5 = 40,01 a 50; 6 = 50,01 a 60; e 6 = mais de 60 homicídios por 100.000 habitantes). No segundo estágio, todos os setores censitários em cada estrato foram mapeados com base em critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Em seguida, um número de setores censitários (de 4 a 18) foi sorteado em cada estrato. No terceiro estágio, 43 residências foram selecionadas em cada setor censitário,

com base em saltos sistemáticos a partir de uma esquina inicial definida por sorteio. Em cada casa, foi sorteado um indivíduo, com 15 a 75 anos de idade.

O tamanho da amostra em cada estrato foi estimado proporcionalmente ao número de habitantes entre 15 anos e 75 anos de idade, segundo censo populacional realizado pelo IBGE. Nos primeiros três estratos de distritos classificados como mais violentos conforme suas taxas de homicídios, foi duplicada a proporção ideal, de forma a “superamostrar” esta determinada localidade. Considerando: o tamanho da população da cidade; as prevalências estimadas dos transtornos mentais, para um nível de confiança de 95%; a duplicação das amostras em áreas violentas; e 20% de perda, o tamanho total da amostra foi calculado em 3000 pessoas.

Variáveis dependentes

Considerando a resiliência como um processo de adaptação positiva a uma adversidade, definimos como adaptação positiva a ausência, ao longo da vida, de transtornos mentais nos indivíduos com história de pelo menos um evento traumático. Foram investigados os seguintes transtornos mentais: transtornos depressivos (episódio depressivo maior, distímia e transtorno depressivo recorrente); transtornos fóbico-ansiosos (fobias específicas, fobia social, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno obsessivo compulsivo); transtorno de estresse pós-traumático e transtornos mentais e comportamentais relacionados com o uso de álcool.

Assim, foram construídas duas variáveis dependentes:

a) adaptação positiva a trauma intenso - ausência desses transtornos ao longo da vida na presença de história de pelo menos um trauma classificado como intenso pelo

indivíduo (isto é, com intensidade igual a 4 ou 5 em uma escala de Likert variando de 1 a 5).

b) adaptação positiva a trauma leve ou moderado - ausência desses transtornos ao longo da vida na presença de história de pelo menos um trauma classificado como leve ou moderado (isto é com intensidade menor ou igual a três em uma escala de 1 a 5) e de nenhum considerado como intenso.

Variáveis independentes.

Foram investigadas as seguintes variáveis independentes: variáveis sociodemográficas (gênero, idade, escolaridade, estado civil, renda, número de filhos, história de migração e religião); história de doença mental nos pais; história pessoal de tabagismo; variáveis relacionadas ao trauma (como número de eventos traumáticos, número de tipos diferentes de eventos, tipo do evento traumático definido como pior vivido pelo indivíduo, idade em que ocorreu esse pior evento, e história de abuso infantil e/ou de outro evento traumático na infância); reações peritraumáticas (imobilidade tônica, dissociação e reações físicas), afetos positivos e negativos, e outros fatores relacionados à resiliência (auto-estima, senso de humor, *locus* interno de controle e estilos de *coping*), medidos indiretamente pelo escore da Escala de Resiliência (WAGNILD & YOUNG, 1993).

Foram considerados como trauma na infância os eventos traumáticos ocorridos até os doze anos de idade (inclusive). Os abusos na infância investigados foram abuso sexual e físico.

Considerou-se como violência íntima ou familiar aquela cometida pelo cônjuge ou vivenciada no ambiente familiar.

Instrumentos e coleta de dados.

- *Composite International Diagnostic Interview*, versão 2.1 (ANDREWS & PETERS, 1998; COOPER *et al*, 1998; QUINTANA *et al*, 2004; 2007), com o propósito de estabelecer os diagnósticos psiquiátricos e pesquisar a existência de eventos potencialmente traumáticos. O CIDI é uma entrevista inteiramente estruturada que classifica os sintomas investigados de acordo com critérios diagnósticos do DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual* – 4ª edição) e da CID-10 (Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição). Foram utilizadas as seções D (transtornos fóbicos e ansiosos); E (transtornos depressivos); J (transtornos decorrentes do uso de álcool) e K (Transtorno obsessivo-compulsivo e Transtorno de Estresse Pós-traumático), com lista extendida de eventos potencialmente traumáticos adaptados para a realidade da nossa população. No estudo de confiabilidade da versão brasileira, para os diagnósticos ao longo da vida, os valores de kappa variaram de 0,77 a 1,0 (Quintana, 2004). A validade de critério da versão brasileira estimou os seguintes valores de especificidade e sensibilidade: para transtornos decorrentes do uso de álcool (79,5%/97,2%); transtorno depressivo (82,5%/93,8%); transtorno fóbico-ansioso (80,6%/93,5%); transtorno obsessivo-compulsivo (18,2%/98,9%) (QUINTANA, 2007).

- Escala de Resiliência (WAGNILD & YOUNG, 1993) - adaptada para a população brasileira. A versão brasileira demonstrou propriedades psicométricas adequadas: boa consistência interna ($\alpha = 0,85$); estabilidade satisfatória (ICC = 0,75, com IC 95% = 0,62 a 0,83) e validade convergente com as escalas de supervisão familiar, de satisfação com a vida, de auto-estima e de apoio social, enquanto que foi evidenciada validade discriminante com a escala de violência psicológica (PESCE *et al.*, 2005).

- PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) – instrumento que consiste em uma lista de palavras descrevendo estados afetivos diferentes, por exemplo, atento e aflito. Os participantes são instruídos a indicarem quanto cada um desses afetos (10 positivos e 10 negativos) geralmente se aplica a eles, utilizando uma escala Likert com gradação de 1 a 5. São gerados, então, escores separados de afeto negativo e afeto positivo. Embora os termos Afeto Positivo e Negativo possam sugerir que esses dois fatores sejam opostos (isto é, fortemente correlacionados negativamente), na realidade, eles apresentam como dimensões altamente distintas e quase-independentes, que podem ser representadas por dimensões ortogonais em estudos de análise fatorial. Segundo seus autores, as escalas se mostraram com elevada consistência interna (α de Cronbach de 0,85 a 0,91) e com estabilidade dentro de um período de dois meses, sobretudo se a investigação dissesse respeito aos afetos que “geralmente” se aplicavam ao indivíduo (medida de traço afetivo). Além disso, a escala de Afeto Negativo mostrou correlação com escalas de depressão e ansiedade, enquanto a escala de Afeto Positivo mostrou correlações inversas com essas mesmas escalas. Estresse percebido também se correlacionou com a escala de Afeto Negativo, enquanto interação social se correlacionou com a de Afeto Positivo (WATSON *et al.*, 1988). Uma análise fatorial exploratória não-publicada da versão brasileira também identificou dois fatores: afeto positivo e afeto negativo.

- Adaptação da Escala de Imobilidade Tônica – *Tonic Immobility Scale (TIS)* - com utilização de seu construto motor conforme identificado por análise fatorial nessa amostra (dados não-publicados) e composto por três itens da versão para adultos (*TIS-A*) “Marque o quanto você se sentiu congelado ou paralisado durante o acontecimento”; “...o quanto você se sentiu incapaz de se mexer mesmo que ninguém estivesse lhe

prendendo durante o acontecimento”; “...o quanto você sentiu incapaz de gritar mesmo tendo vontade durante o acontecimento”; e um da versão para crianças (*TIS-C*): “Marque o quanto você se sentiu incapaz de escapar mesmo tendo vontade” (HEIDT *et al*, 2005; ROCHA-REGO *et al*, 2008, FUSÉ *et al*, 2007).

- Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas - *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)* – composto de 10 itens, cada um com graduação em uma escala Likert de 5 pontos. O PDEQ apresentou consistência interna elevada e associou-se fortemente com medidas de resposta a trauma, de tendência geral à dissociação e de nível de exposição a estresse, e não se correlacionou com medidas de psicopatologia geral. Quatro estudos constataram índices elevados de confiabilidade e de validade convergente, discriminante e preditiva. Os autores do instrumento demonstraram que os escores do PDEQ predisseram corretamente a ocorrência de sintomas de TEPT, independentemente do nível de exposição ao trauma e da tendência geral à dissociação (Fizman *et al.*, 2005).

- Subescala de Reações Físicas - *Physical Reactions Subscale (PRS)* – escala composta por 10 itens, cada um com graduação em uma escala Likert de 4 pontos, para avaliação da intensidade de sintomas físicos experimentados durante o evento traumático (RESNICK *et al.*, 1994 *apud* ROCHA-REGO, 2008).

- seis itens do Inventário de Bem-Estar Subjetivo (*Subjective Well-Being Inventory*). Acredita-se que o bem-estar subjetivo possa ser função do grau de congruência entre os desejos dos indivíduos e necessidades de um lado e as demandas e oportunidades ambientais de outro. É importante também a magnitude da congruência entre as expectativas individuais e do grupo, e a realidade percebida. Foram utilizadas duas questões referentes à dimensão “Bem-Estar Geral – afeto positivo” (“Você acha

que sua vida é interessante?"; "Comparando com o passado, acha que a sua vida é muito feliz; mais ou menos feliz; ou não muito feliz"). Duas questões referentes à dimensão "Congruência entre Expectativa-Realização" ("Como você se sente quanto ao que conseguiu realizar e vai continuar realizando?"; "Normalmente realiza aquilo que quer?"). E duas outras questões referentes à dimensão "Transcendência" ("Experimenta às vezes momentos de alegria intensa?"; "Experimenta às vezes sensação de fazer parte da humanidade como se fosse uma grande família?") (SELL & NAGPAL, 1985).

- seis itens do Questionário *Ad Hoc* desenvolvido por Voges & Romney (2003) para acessar fatores de vulnerabilidade e resiliência identificados na literatura. Os itens utilizados investigam a atribuição de responsabilidade pelo evento traumático e a intencionalidade deste; a percepção de risco de vida; a disponibilidade de alguém para conversar sobre o evento e/ou de treinamento para lidar com este.

Foram realizadas entrevistas domiciliares por entrevistadores treinados pelo Centro de Treinamento CIDI/Brasil/OMS.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo.

Análise de dados

Inicialmente, foram investigadas as distribuições das variáveis de interesse, através de suas médias, desvios-padrão e valores limítrofes. Em seguida foram conduzidas análises bivariadas das variáveis independentes com as variáveis de desfecho – isto é, adaptação positiva a trauma intenso e adaptação positiva a trauma leve/moderado.

Na análise bivariada, utilizou-se o teste qui-quadrado para avaliar a significância estatística das variáveis categóricas e o teste t de Student para as variáveis contínuas.

Variáveis com valores de p inferiores a 0,20 foram selecionadas inicialmente para inclusão nos modelos multivariados. Algumas variáveis contínuas foram categorizadas para melhor observação da relação de cada categoria com a variável de adaptação positiva.

A análise multivariada foi conduzida através de modelos hierárquicos de regressão logística (VICTORA *et al*, 1997). Consideramos um primeiro bloco “distal” de variáveis independentes, composto por fatores sociodemográficos e de influência precoce na vida do indivíduo; e por características e hábitos dos indivíduos. Um segundo bloco foi composto pelas variáveis referentes ao trauma. Um terceiro bloco investigou a influência das reações peritraumáticas com a predição de adaptação positiva na presença de história de trauma. As variáveis contínuas foram incluídas no modelo tanto nas formas contínuas como nas categorizadas, com manutenção da forma que permitiu melhor clareza sobre os resultados.

A avaliação da contribuição das variáveis para o modelo foi feita através do teste da razão de verossimilhanças. Variáveis com p -valor inferior a 0,10 foram mantidas no modelo.

Não foram feitas correções para a superamostragem, pois o objetivo do presente estudo não era a estimativa de prevalências, mas sim o estudo das associações entre adaptação positiva e os diversos fatores estudados.

Os dados foram analisados através do programa STATA 9.1.

Resultados.

Descrição da amostra

Foram entrevistadas 2536 pessoas no município, representando uma perda de cerca de 16% da amostra inicial. Dois mil cento e sessenta e quatro entrevistados (85,3%) informaram terem experimentado ou testemunhado pelo menos um evento traumático ao longo da vida. Desses, 1831 classificaram o evento com intenso e 333 classificaram o evento como de leve a moderado.

A descrição da amostra com história de pelo menos um evento traumático ao longo da vida pode ser vista na tabela 1.

Dentre os indivíduos com história de pelo menos um trauma classificado como intenso pelos próprios, observamos uma predominância de mulheres, enquanto que, dentre aqueles cuja classificação foi de leve a moderado, a predominância é de homens.

O perfil etário e de educação foi semelhante em ambos os grupos, e cerca de metade dos entrevistados possuía até 8 anos de estudo formal. Dentre aqueles que referiram o trauma como leve a moderado, foi observada uma grande proporção de solteiros, assim como de indivíduos sem filhos.

O número de traumas, assim como a variedade de tipos de trauma foi maior na amostra de indivíduos com história de trauma intenso.

A maioria dos indivíduos da amostra (independente da intensidade do trauma) também não apresentava história de transtorno mental parental, nem de tabagismo e declarou-se católica. Poucos indivíduos se disseram ateus ou não seguindo uma religião específica, e praticamente metade dos entrevistados tinha história de migração.

Mais da metade da amostra não relatou história de trauma na infância e referiu que o pior trauma vivido teria ocorrido na segunda ou terceira década de vida. Ainda com relação ao trauma, a maioria informou percepção de nenhum a pouco risco de vida; referiu disponibilidade de alguém para conversar sobre o evento e não recebeu treinamento para lidar com este.

Quanto ao tipo de pior trauma vivido, os relatados mais frequentemente foram: morte de ente querido, violência urbana direta e violência urbana indireta.

A média de escores da escala de afeto positivo observada foi em torno de 30, enquanto que a de afeto negativo foi em torno de 20. A escala de resiliência teve média de escores elevada, isto é, acima de 138 pontos.

No grupo com história de trauma intenso foram maiores os escores do construto motor da escala de imobilidade tônica e das escalas de dissociação, de reações físicas peritraumáticas.

Adaptação positiva a trauma

Os dados das prevalências de adaptação positiva ao trauma intenso e leve a moderado se encontram na tabela 2.

Observamos entre os homens uma maior proporção de adaptação positiva do que entre as mulheres, independente da intensidade do trauma.

Indivíduos com escolaridade mais baixa, assim como aqueles casados e aqueles com maior número de filhos apresentaram mais adaptação positiva no caso de trauma leve/moderado. Para essa intensidade de trauma, indivíduos que se disseram ateus ou sem seguirem uma religião específica apresentaram menor proporção de adaptação

positiva quando comparado com os que referiram alguma religião, independentemente desta.

Aqueles sem história de transtorno mental nos pais, os não-fumantes e aqueles que atribuíram menor responsabilidade de si próprio pelo trauma apresentaram mais adaptação positiva no caso de traumas classificados como intensos.

Quanto ao número e diversidade de traumas há um gradiente inverso de adaptação positiva no grupo com história de trauma intenso, mas o padrão não é claro quando o evento foi classificado como leve ou moderado.

Violência sexual e abuso na infância (sexual ou físico) estão relacionados com baixa adaptação positiva. Também observamos um gradiente inverso de adaptação positiva quanto maior a percepção de risco de vida para o indivíduo.

Maior proporção de adaptação positiva foi observada dentre aqueles indivíduos com menor pontuação na subescala de afetos negativos. Dentre os traumas classificados como intensos, aqueles com maior pontuação na escala de resiliência também apresentaram mais adaptação positiva.

Indivíduos com maiores escores no construto motor da escala de imobilidade tônica e nas escalas de dissociação e de reações físicas peritraumáticas apresentaram menor proporção de adaptação positiva.

Análise multivariada – Modelo hierárquico.

Adaptação positiva a trauma intenso.

A tabela 3 apresenta os fatores que se mantiveram no modelo multivariado, com base nos critérios explicitados na seção de métodos, quando foi tratada como variável

dependente a ausência de transtorno mental ao longo da vida na presença de história de pelo menos um trauma intenso.

Observou-se um aumento da adaptação positiva entre indivíduos do gênero masculino, com maior escolaridade, não-fumantes e que pontuavam mais na escala de resiliência. Em relação a tipo do pior trauma, houve mais adaptação positiva entre aqueles que vivenciaram desastres naturais, quando comparados com vítimas de violência urbana direta. A adaptação positiva foi menor entre indivíduos que relataram história de transtorno mental parental, abuso na infância, maior escore de afeto negativo, maior número de traumas. Em comparação com a violência urbana direta, houve menos adaptação positiva entre as vítimas de violência sexual, violência familiar e/ou íntima e morte de ente querido. Quanto maior a responsabilidade pelo trauma atribuída a si próprio, quanto maior a percepção de risco de vida e quanto mais intensas as reações peritraumáticas, menor foi a associação com adaptação positiva.

Adaptação positiva a trauma leve a moderado

A tabela 4 apresenta os fatores que se mantiveram no modelo multivariado, quando foi tratada como variável dependente a ausência de transtorno mental ao longo da vida na presença de história de trauma de leve a moderado.

Houve um aumento da adaptação positiva associada com a presença de um número elevado de filhos, renda acima de 4 salários mínimos, ausência de tabagismo e idade tardia de ocorrência do pior trauma. Por outro lado, há uma redução da chance de adaptação positiva com o aumento da idade, da escolaridade (acima de 4 anos) e com a presença de trauma na infância (sobretudo abuso). Evangélicos apresentaram associação diminuída com a adaptação positiva quando comparados com indivíduos que se

disseram católicos. O maior número de traumas e a presença de reação peritraumática de dissociação ou reação física também se mostraram associados a uma menor adaptação positiva.

Discussão

Decidimos utilizar como critério de adaptação positiva a ausência dos diagnósticos acima citados na presença de histórico de trauma, por esses representarem os transtornos mentais mais comuns seguidos a uma exposição a um evento traumático (RIVERA *et al.*, 2008; DARVES-BORNOZ *et al.* 2008;). Também foram pesquisados apenas sintomas internalizados, por serem a forma mais comum de reação entre adultos (LUTHAR & ZIGLER, 1991). Sintomas externalizados e avaliação da competência não foram investigados pela impossibilidade de incluirmos entrevistas com terceiros no estudo original. Alguns autores sugerem que a ausência de sintomas em um nível clínico pode ser um indicador mais sensível de resiliência do que a aquisição de níveis de competência apropriados para a idade (SPACARELLI & KIM 1995; KINARD, 1998).

Optamos também por conduzir uma análise para traumas classificados como leve/moderados, e não apenas para traumas intensos, imaginando que a atribuição de uma intensidade menor ao trauma pelo entrevistado pudesse já ser consequência de um maior potencial de resiliência. A restrição da análise apenas àqueles traumas considerados muito impactantes (critério necessário para o diagnóstico de TEPT) poderia levar à exclusão de indivíduos resilientes.

Optamos também pela definição de intensidade do trauma através da classificação subjetiva dos eventos, ao invés do número de eventos traumáticos. A

informação dos número de eventos nos pareceu pouco precisa, com muitos indivíduos a respondendo de modo vago: “tantas vezes que nem lembro”. Além disso, seria difícil imaginar ranquear, por exemplo, em termos de intensidade, um maior número de eventos de ameaça por telefone, contra um menor número de eventos reconhecidamente muito traumáticos (p.ex abuso e violência sexual). Talvez por esses motivos essa variável não se manteve no modelo, ao contrário da variável “diversidade de trauma”, que pareceu melhor expressar o acréscimo de fatores estressores.

Em nossos resultados, embora o processo de resiliência pareça ser a trajetória mais comum após um trauma leve ou moderado, não podemos afirmar o mesmo para traumas classificados como intensos, em que observamos menos da metade dos indivíduos se mantendo sem nenhum diagnóstico ao longo da vida. Isso parece contrariar a afirmativa de Bonanno (2004) de que a resiliência seria a trajetória mais comum seguida a um trauma potencial. Algumas diferenças metodológicas podem ter contribuído para esse achado. Primeiro, um maior número de diagnósticos foi pesquisado, possibilitando, um número provavelmente menor de falsos-negativos, isto é, diminuindo a probabilidade de um indivíduo - com outro transtorno mental relacionado ao trauma que não TEPT ou depressão - ser erroneamente classificado como “resiliente”.

O fato de não termos analisado separadamente aqueles indivíduos que tiveram transtorno mental ao longo da vida mas que se recuperaram também pode ter contribuído para inflar o grupo de “não-adaptados positivamente”. Embora para Bonanno (2004), a resiliência (entendida por ele como resistência) deva ser considerada uma trajetória diferente da recuperação, para outros autores, como Yehuda *et al* (2006) 2007) e Rutter (2006) ambas seriam formas de resiliência. A análise sobre a recuperação

de transtornos mentais na presença de histórico de trauma nessa nossa amostra será conduzida posteriormente.

A menor adaptação positiva ao trauma nas mulheres também é muito consistente com achados da literatura (TUSAIE *et al.*, 2007; PUNAMAKI *et al.*, 2001 *apud* AGAIBI & WILSON, 2005; KESSLER *et al.*, 1995 *apud* YEHUDA, 2004). Devemos lembrar, no entanto, que, ao restringirmos nossa análise aos transtornos internalizantes, podemos ter ampliado essa diferença de gênero, visto que os externalizantes são mais comuns em homens. Mas também na literatura, é controverso se as mulheres são realmente mais vulneráveis, ou se, na realidade, essa diferença é decorrente de exposição a tipos diferentes de traumas. Mulheres tendem a sofrer, mais frequentemente do que homens, eventos como estupro. Entre os indivíduos que relataram terem sofrido estupro em nossa amostra, 84 eram mulheres e 7 eram homens. Quando homens sofrem esse mesmo tipo de trauma, o risco de adoecimento tende a se igualar (YEHUDA, 2004). Alguns estudos mostram até duas vezes mais vulnerabilidade entre os homens nesses casos (DUMONT *et al.*, 2007)

Traumas interpessoais (violências) são descritos na literatura como relacionados a uma maior probabilidade de desenvolvimento de TEPT do que desastres naturais (KESSLER *et al.*, 1995 *apud* ALIM *et al.* 2008; BRESLAU *et al.*, 1999; JEON *et al.*, 2007).

Consistente com dados da literatura, indivíduos com história de abuso infantil e traumas na infância se mostraram com uma chance muito pequena de terem adaptação positiva (SPACARELLI & KIM, 1995; COLLISHAW *et al.*, 2007; LUTHAR & BROWN, 2007). Porque crianças que sofrem maus-tratos são adversamente afetadas em sua imensa maioria, o abuso infantil parece representar a maior falha do ambiente em

prover oportunidades para um desenvolvimento normal (CICCHETTI & BLENDER, 2006). Nossos dados corroboram a importância do desenvolvimento de medidas preventivas e de promoção de saúde na infância, parecendo-nos mais do que justificada a alocação de recursos nessas medidas. A violência íntima e familiar levou a diminuição pela metade da chance de adaptação positiva (se comparada com a violência urbana direta). Sendo esse um risco ambiental passível de intervenção, intervenções devem ser conduzidas nessa esfera, principalmente entre os indivíduos de mais baixa renda e de menor escolaridade (mais vulneráveis também a traumas intensos). Indivíduos com histórico de doença mental de um dos pais parecem representar um grupo vulnerável que também deve ser considerado.

O tipo de intervenção que pode ser eficaz ainda parece controverso na literatura (BONANNO, 2007). Na nossa amostra, indivíduos que disseram ter recebido “treinamento” para lidar com o trauma, tiveram uma menor chance de adaptação positiva. No entanto, desconfiamos que possa ter havido uma dificuldade de compreensão do que seria um “treinamento”, visto que a prevalência desse foi muito próxima a de tratamento. Por esses motivos, optamos pela exclusão dessa variável do modelo.

Também história de violência sexual, diversidade de trauma e percepção de maior risco de vida no trauma têm se mostrado associadas a uma menor chance de adaptação positiva (GILLOCK *et al*, 2005; DARVES-BORNOZ *et al*, 2008; ALIM *et al*, 2008).

Menores escores na subescala de afetos negativos também costumam estar relacionados a uma maior chance de adaptação positiva (SOUZA *et al*. 2008), assim como maiores escores na Escala de Resiliência (HEILEMANN *et al*, 2005). No

entanto, devemos observar que, apesar da tentativa de se investigar “traços de personalidade”, o nosso desenho de estudo transversal não nos permite concluir se essa pontuação era anterior à adaptação positiva, ou se, na realidade, foi consequência desse desfecho. O mesmo pode ser o caso da menor adaptação positiva dentre os evangélicos por exemplo. A busca por essa religião pode ser posterior à exposição ao trauma e ao desenvolvimento de um transtorno mental, e não “fator de risco” para seu aparecimento (BRADLEY *et al.*, 2005). O mesmo raciocínio pode se aplicar aos achados sobre tabagismo.

A variável de imobilidade tônica expressa de forma dicotômica (presença ou ausência de imobilidade tônica como recomendado pelos autores da versão original da escala com 10 itens) perde significância com a entrada no modelo da variável de dissociação peritraumática, devido à sobreposição de questões sobre sintomas dissociativos e colinearidade entre essas duas variáveis. Quando utilizamos o escore apenas do construto motor da escala de imobilidade tônica (soma dos itens 1,2,4 – da escala TIS-adulto - e item 9a da escala TIS-criança) (ROCHA-REGO *et al.*, 2008), essa variável se mantém significativa no modelo.

Surpreendentemente, para indivíduos que classificaram o trauma vivido como leve a moderado, a baixa escolaridade (até 4 anos de estudo) foi associada a uma maior chance de adaptação positiva. Essa relação se manteve mesmo quando a variável número de filhos foi incluída no modelo, embora com alguma queda na magnitude dessa associação. Isso sugere que o número de filhos pode explicar em parte, mas não totalmente, essa relação entre baixa escolaridade e adaptação positiva a trauma leve e moderado. Acreditamos que, além da possibilidade de uma causalidade inversa (isto é, pessoas mais adaptadas tendo um maior número de filhos), a maior prole pode

representar uma maior rede de apoio social para os indivíduos em fases mais avançadas da vida.

A opção de utilizarmos modelos hierárquicos para a análise multivariada também foi decorrente da colinearidade de variáveis que, na realidade, parecem se comportar como mediadoras de outras.

Limitações do estudo

Não foi possível estabelecermos uma relação entre o tempo de ocorrência do trauma e o tempo de início dos transtornos psiquiátricos investigados. Assim, alguns indivíduos ditos “sem adaptação positiva”, podem ter tido, na realidade, um diagnóstico anterior, sem desencadeamento de nenhum outro pelo trauma. Considerando que a resiliência tem um caráter dinâmico, podemos, nesses casos, estar subestimando a resiliência a um determinado trauma apenas pelo indivíduo ter tido algum diagnóstico em algum outro momento ao longo de sua vida. Essa metodologia, no entanto, já foi utilizada em outro estudo e tem caráter apenas exploratório (ALIM *et al*, 2008).

Já a não-investigação de alguns diagnósticos (tais como transtornos de conduta, transtornos relacionados com outras substâncias, psicoses e transtornos somatoformes), pode levar à classificação errônea de alguns indivíduos como resilientes. Mas psicoses possuem prevalência muito reduzida nas populações e são menos frequentemente relacionadas a eventos traumáticos. Além disso, indivíduos com esses quadros, bem como de transtornos de condutas e relacionados a outras substâncias, podem ter sido considerados na categoria “presença de diagnóstico”, por outras comorbidades investigadas. A investigação de transtornos somatoformes se tornou inviável em virtude da dificuldade de estabelecimento de diagnóstico diferencial com outros

transtornos de etiologia geral e não-psicogênica e por isso não foi incluída. O estudo longitudinal de Kauai encontrou que mesmo participantes “resilientes” em vários domínios de desfechos positivos, tinham taxas elevadas de problemas físicos e queixas somáticas (WERNER AND SMITH, 1992 *apud* VANDERBILT-ADRIANCE, 2008)

No entanto, o grupo de indivíduos classificados como “resilientes” no nosso estudo foram os que apresentaram os maiores escores na escala de bem-estar, quando comparados com os outros grupos (indivíduos com história de algum transtorno mental sem história de trauma, indivíduos com história de algum transtorno mental com história de trauma e indivíduos sem histórico de transtorno e sem histórico de trauma) (dados não-publicados).

A pesquisa da influência de variáveis como apoio/capital social e aspectos genéticos e neurobiológicos não foi objeto desse nosso estudo. Muito provavelmente a exploração desses outros fatores de resiliência ambientais e individuais poderá levar a uma melhor compreensão do fenômeno, contribuindo com uma maior explicação da variabilidade individual na adaptação aos eventos traumáticos.

É importante lembrarmos o cuidado que devemos ter na classificação de um indivíduo como “resiliente”. Além das questões já discutidas, considerando a resiliência um processo dinâmico, tais indivíduos considerados resilientes nesse estudo podem não apresentar a mesma trajetória diante de novas circunstâncias de vida.

Conclusão

Mostraram-se associados à adaptação positiva a traumas intensos: sexo masculino, ausência de transtorno mental parental, ausência de eventos traumáticos na

infância, ausência de tabagismo, maior escolaridade, menor diversidade de traumas, desastres naturais, menor percepção de risco de vida, menor atribuição de responsabilidade pelos eventos traumáticos, maiores escores na escala de resiliência e menores escores na subescala de afetos negativos e de reações peritraumáticas. Mostraram-se associados à adaptação positiva a traumas leve a moderados: idade menos avançada, ausência de trauma na infância e de tabagismo, menor escolaridade, maior número de filhos, maior renda, religião católica, menores escores na escala de afetos negativos, maior idade no pior trauma, menor diversidade de traumas e menores escores nas escalas de dissociação peritraumática e de reações peritraumáticas.

Os pequenos percentuais de variância explicada pelos dois modelos (21% e 31%, respectivamente), sugerem, no entanto, que a variabilidade individual de respostas aos eventos traumáticos permanece, na maior parte, inexplorada ou desconhecida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALIM, T. N., FEDER, A., GRAVES, R. E., WANG, Y., WEAVER, J., WESTPHAL, M. *et al.* (2008). Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. *Am.J.Psychiatry*, 165, 1566-1575.
- ASSIS, S. G., PESCE R.P., AVANCI, J. Q. Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre, Artmed, **2006**.
- AGAIBI, C. E., WILSON, J. P. Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* **6**, 195-216, **2005**.
- ANDREWS, G. & PETERS, L. (1998). The psychometric properties of the composite international diagnostic interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 80-88.
- BONANNO, G. A., COLAK, D. M., KELTNER, D., SHIOTA, M. N., PAPA, A., NOLL, J. G., PUTNAM, F. W., TRICKETT, P. K. Context matters: the benefits and costs of expressing positive emotion among survivors of childhood sexual abuse. *Emotion* **7**, 824-837, **2007**.
- BRADLEY R, SCHWARTZ AC, KASLOW NJ. Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of Traumatic Stress* 2005;18(6):685-96.
- BRESLAU, N., CHILCOAT, H. D., KESSLER, R. C., & DAVIS, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit area survey of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.
- CICCHETTI, D., BLENDER, J. A. A Multiple-Levels-of-Analysis Perspective on Resilience - Implications for the Developing Brain, Neural Plasticity, and

- Preventive Interventions. *Annals New York Academy Of Sciences* 1094, 248-258. 2006.
- COLLISHAW, S., PICKLES, A., MESSER, J., RUTTER, M., SHEARER, C., MAUGHAN, B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Negl.* **31**, 211-229, **2007**.
- COOPER, L., PETERS, L., & ANDREWS, G. (1998). Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *Journal of Psychiatric Research*, *32*, 361-368.
- BONANNO, G. A. Loss, trauma, and human resilience - Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist* **59**, 20-28, **2004**.
- DARVES-BORNOZ, J. M., ALONSO, J., DE GIROLAMO, G., DE GRAAF, R., HARO, J. M., KOVASS-MASFETY, V. *et al.* (2008). Main Traumatic Events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 455-462.
- DUMONT, K. A., WIDOM, C. S., CZAJA, S. J. Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect* **31**, 255-274, **2007**.
- FUSÉ, T., FORSYTH, J. P., MARX, B., GALLUP, G. G., & WEAVER, S. (2007). Factor structure of the Tonic Immobility Scale in female sexual assault survivors: An exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 265-283.
- GILLOCK, K. L., ZAYFERT, C., HEGEL, M. T., & FERGUSON, R. J. (2005).

Posttraumatic stress disorder in primary care: prevalence and relationships with physical symptoms and medical utilization. *General Hospital Psychiatry*, 27, 392-399.

GORDON, J. *Structures*. Harmondsworth, UK, Penguin Books., **1978**.

HEIDT, J. M., MARX, B. P., & FORSYTH, J. P. (2005). Tonic immobility and childhood sexual abuse: a preliminary report evaluating the sequela of rape-induced paralysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1157-1171.

HEILEMANN MSV, KURY FS, LEE KA. Trauma And Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Low Income Women Of Mexican Descent In The United States. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005;193(10):665-72.

JEON, H. J., SUH, T., LEE, H. J., HAHM, B. J., LEE, J. Y., CHO, S. J. et al. (2007). Partial versus full PTSD in the Korean community: Prevalence, duration, correlates, comorbidity, and dysfunctions. *Depression and Anxiety*, 24, 577-585.

KESSLER, R. C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M., NELSON, C. B. Posttraumatic-Stress-Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* **52**, 1048-1060, **1995**.

KINARD, E. M. Methodological issues in assessing resilience in maltreated children. *Child Abuse Negl.* **22**, 669-680, **1998**.

LUTHAR, S. S., ZIGLER, E.: Vulnerability and Competence - A Review of Research on Resilience in Childhood. *American Journal of Orthopsychiatry* **61**, 6-22, **1991**.

LUTHAR, S. S., CICHETTI, D., BECKER, B.: The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.* **71**, 543-562, **2000**.

- LUTHAR, S. S., BROWN, P. J.: Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. *Development and Psychopathology* **19**, 931-955, **2007**.
- MARMAR CR, WEISS D, METZLER T. Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In: Bremner JD, Marmar CR, editors. Trauma, memory, and dissociation. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998. p. 249-52.
- MASTEN, A. S., COATSWORTH, J. D.: The development of competence in favorable and unfavorable environments - Lessons from research on successful children. *American Psychologist* **53**, 205-220, **1998**.
- MASTEN, A. S.: Ordinary magic - Resilience processes in development. *American Psychologist* **56**, 227-238, **2001**.
- NORRIS, F. H., STEVENS, S. P., PFEFFERBAUM, B., WYCHE, K. F., PFEFFERBAUM, R. L.: Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am. J Community Psychol* **41**, 127-150, **2008**.
- PUNAMAKI, R. L, QOUTA, S, AND EL-SARRAJ, E. Resiliency factors prediction psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of Behavioral Development* 25[3], 256-267. 2001.
- QUINTANA, M. I., ANDREOLI, S. B., JORGE, M. R., GASTAL, F. L., & MIRANDA, C. T. (2004). The reliability of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). *Braz.J.Med.Biol.Res.*, 37, 1739-1745.
- QUINTANA, M. I., GASTAL, F. L., JORGE, M. R., MIRANDA, C. T., & ANDREOLI, S. B. (2007). Validity and limitations of the Brazilian version of the

Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). *Rev.Bras.Psiquiatr.*, 29, 18-22.

RESNICK, H.S., FALSETTI, S.A., KILPATRICK, D.G., FOY, D.W., 1994.

Associations between panic attacks and dissociative responses to rape. Paper Presented at the 10th Annual Meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies. Chicago, IL.

RIVERA, W. H., MARI, J. D., ANDREOLI, S. B., QUINTANA, M. I., & FERRAZ, M. P. D. (2008). Prevalence of Mental Disorder and Associated Factors in Civilian

Guatemalans with Disabilities Caused by the Internal Armed Conflict. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, 414-424.

ROCHA-REGO, V., FISZMAN, A., PORTUGAL, L. C., GARCIA, P. M., DE OLIVEIRA, L., MENDLOWICZ, M. V., MARQUES-PORTELLA, C., BERGER, W., FREIRE COUTINHO, E. S., MARI, J. J., FIGUEIRA, I., VOLCHAN, E.: Is tonic immobility the core sign among conventional peritraumatic signs and symptoms listed for PTSD? *J. Affect. Disord.* **2008**.

RUTTER, M.: Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br. J. Psychiatry* **147**, 598-611, **1985**.

RUTTER, M.: Resilience: some conceptual considerations. *J. Adolesc. Health* **14**, 626, **1993**.

RUTTER, M.: Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* **1094**, 1-12, **2006**.

SELL H, NAGPAL R. Assessment of subjective well-being: the Subjective Well-Being Inventory (SUBI). WHO Regional Office for South-East Asia Regional Health Paper 24. New Delhi. 1992.

- SPACCARELLI, S., KIM, S.: Resilience Criteria and Factors Associated with Resilience in Sexually Abused Girls. *Child Abuse & Neglect* **19**, 1171-1182, **1995**.
- SOUZA, W. F., FIGUEIRA, I., MENDLOWICZ, M. V., VOLCHAN, E., MENDONCA-DE-SOUZA, A. C., DUARTE, A. F. *et al.* (2008). Negative affect predicts posttraumatic stress symptoms in Brazilian volunteer United Nations peacekeepers in Haiti. *J.Nerv.Ment.Dis.*, *196*, 852-855.
- TUSAIE, K., PUSKAR, K., SEREIKA, S. M.: A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship* **39**, 54-60, **2007**.
- VANDERBILT-ADRIANCE, E., & SHAW, D. S.: Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review* **11**, 30-58, **2008**.
- VICTORA, C. G., HUTTLY, S. R., FUCHS, S. C., & OLINTO, M. T. (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int.J.Epidemiol.*, *26*, 224-227.
- VOGES, M. A., ROMNEY, D. M.: Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Ann. Gen. Hosp. Psychiatry* **2**, 4, **2003**.
- WAGNILD, G. M., YOUNG, H. M.: Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs. Meas.* **1**, 165-178, **1993**.
- WERNER, E. E.: High-Risk Children in Young Adulthood - A Longitudinal-Study from Birth to 32 Years. *American Journal of Orthopsychiatry* **59**, 72-81, **1989**.
- WERNER, E. E.: The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *J. Adolesc. Health* **13**, 262-268, **1992**.
- WERNER, E. E., & SMITH, R. S. (1992). Overcoming the odds: High risk children

from birth to adulthood. Ithaca, NY: Cornell University Press.

WATSON, D., CLARK, L. A., TELLEGEN, A.: Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect - the Panas Scales. *Journal of Personality and Social Psychology* **54**, 1063-1070, **1988**.

YEHUDA, R.: Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* **65**, 29-36, **2004**.

YEHUDA, R., FLORY, J. D.: Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress* **20**, 435-447, **2007**.

YEHUDA, R., FLORY, J. D., SOUTHWICK, S., CHARNEY, D. S.: Developing an agenda for translational studies of resilience and vulnerability following trauma exposure. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder: A Decade of Progress* **1071**, 379-396, **2006**.

Tabela 1. Descrição da amostra com história de pelo menos um evento traumático (n=2164).

		Trauma intenso		Trauma leve/moderado	
		n	%	n	%
Total		1831	84,3	333	15,4
Gênero	Masculino	760	41,5	197	59,2
	Feminino	1071	58,5	136	40,8
Idade	15 a 24 anos	314	17,2	85	25,5
	25 a 34 anos	536	29,3	83	24,9
	35 a 44 anos	376	20,5	63	18,9
	45 a 54 anos	282	15,4	53	15,9
	55 a 64 anos	207	11,3	29	8,7
	65 a 75 anos	116	6,3	20	6,0
Escolaridade (anos completos de estudo)	0 a 4 anos	399	21,8	70	21,0
	5 a 8 anos	503	27,5	95	28,5
	9 a 12 anos	712	38,9	122	36,6
	13 ou mais	217	11,8	46	13,8
Estado civil	Solteiro	476	26,0	134	40,2
	Casado/união estável	1067	58,3	166	49,9
	Separado/divorciado	188	10,3	25	7,5
	Viúvo	100	5,5	8	2,4
Número de filhos	0	504	27,5	147	44,1
	1	394	21,5	65	19,5
	2	429	23,4	48	14,4
	3	259	14,2	32	9,6
	4 ou mais	245	13,4	41	12,3
Renda (salários mínimos)	< 2	662	36,2	118	35,4
	>=2 e <4	502	27,4	93	27,9
	>= 4	667	36,4	122	36,6

História de transtorno mental parental	não	1707	93,2	320	96,1
	Sim	124	6,8	13	3,9
Religião	Católica	1103	60,6	199	60,1
	Evangélica	447	24,6	86	26,0
	Outras	247	13,6	39	11,8
	não tem ou não segue nenhuma específica	23	1,3	7	2,1
História de migração	não	854	46,6	167	50,2
	Sim	977	53,4	166	49,9
Tabagismo	não	1387	75,75	266	79,9
	Sim	444	24,3	67	20,1
Número de tipos diferentes de eventos traumáticos	1 a 3	858	46,9	283	86,0
	4 a 6	638	34,8	41	12,5
	7 ou mais	335	18,3	5	1,5
Número de eventos	1 a 3	503	27,5	185	55,6
	4 a 6	340	18,6	62	18,6
	7 a 9	185	10,1	14	4,2
	10 ou mais	803	43,9	68	20,4
Tipo de piortrauma	violência urbana direta	406	22,3	103	31,4
	violência urbana indireta	298	16,4	93	28,4
	violência sexual	33	1,8	1	0,3
	violência íntima ou familiar	154	8,5	25	7,6
	morte de ente querido	522	28,6	52	15,9
	acidente / desastre	116	6,4	30	9,2
	desastre natural	32	1,8	8	2,4
	diagnóstico de doença	170	9,3	8	2,4
Outros	92	5,1	8	2,4	
Trauma na infância	Nenhum	1069	62,2	247	76,7
	trauma que não abuso	504	29,3	69	21,4
	abuso na infância	146	8,5	6	1,9

Idade quando ocorreu o pior trauma	0 a 10 anos	173	9,5	29	9,0
	11 a 20 anos	521	28,7	115	35,5
	21 a 30 anos	522	28,8	85	26,2
	31 a 40 anos	295	16,3	45	13,9
	41 a 50 anos	159	8,8	23	7,1
	51 a 60 anos	102	5,6	19	5,9
	61 ou mais	43	2,4	8	2,5
Percepção de risco de vida	nenhum perigo	976	53,6	187	56,2
	um pouco	249	13,7	74	22,2
	em perigo	167	9,2	31	9,3
	em grande perigo	188	10,3	18	5,4
	extremamente em perigo	241	13,2	19	5,7
Intencionalidade no evento traumático	nada intencional	753	41,1	116	34,8
	muito pouco	48	2,6	10	3,0
	um pouco	134	7,3	36	10,8
	mais ou menos	103	5,6	25	7,5
	Totalmente	783	42,8	141	42,3
Conversou com alguém sobre o trauma	Não	416	22,7	95	28,5
	Sim	1405	76,7	234	70,3
Recebeu treinamento para lidar com o trauma	Não	1597	87,2	303	91,0
	Sim	224	12,2	26	7,8
Diagnóstico Psiquiátrico ao longo da vida	Nenhum	760	41,5	238	71,5
	Algum	1071	58,5	95	28,5

		trauma intenso	trauma leve/moderado
Grau de responsabilidade do próprio indivíduo pelo evento (0 a 100%)	M	11,0	8,7
	DP	26,0	23,1
	min	0	0
	max	100	100
Grau de responsabilidade de outros pelo evento (0 a 100%)	M	56,3	51,7
	DP	45,6	44,5
	min	0	0
	máx	100	100
Panas positivo	M	32,8	31,5
	DP	7,2	6,9
	min	10	12
	max	50	50
Panas negativo	M	22,3	18,7
	DP	7,9	6,3
	min	10	10
	max	50	43
Escala de Resiliência	M	139,9	139,0
	DP	17,3	15,8
	min	25	83
	max	175	175
Imobilidade Tônica (4 itens construto motor)	M	8,1	3,6
	DP	7,8	5,5
	min	0	0
	máx	24	24
Dissociação Peritraumática	M	18,9	13,6
	DP	9,8	6,5
	min	10	0
	max	50	50
Reações Peritraumáticas	M	15,2	11,5
	DP	6,8	3,4
	min	10	0
	max	40	36

M= média; DP= Desvio Padrão; min =valor mínimo; máx= valor máximo.

Tabela 2. Prevalências de adaptação positiva ao trauma intenso e ao trauma leve a moderado, segundo variáveis sociodemográficas, relacionadas ao trauma, características e hábitos individuais.

		Adaptação positiva a trauma intenso		p valor (χ^2)	Adaptação positiva a trauma leve/moderado		p valor (χ^2)
		n	%		N	%	
Gênero	Masculino	392	51,6	<0,01	149	75,6	0,04
	Feminino	368	34,4		89	65,4	
Idade	15 a 24 anos	141	44,9	0,06	63	74,1	0,29
	25 a 34 anos	207	38,6		57	68,7	
	35 a 44 anos	166	44,2		40	63,5	
	45 a 54 anos	101	35,8		38	71,7	
	55 a 64 anos	89	43,0		22	75,9	
	65 a 75 anos	56	48,3		18	90,0	
Escolaridade (anos completos de estudo)	0 a 4 anos	162	40,6	0,23	59	84,3	0,04
	5 a 8 anos	192	39,0		61	64,2	
	9 a 12 anos	300	42,1		86	70,5	
	13 ou mais	102	47,0		32	69,6	
Estado civil	Solteiro	200	42,0	0,08	92	68,7	0,05
	Casado/união estável	458	42,9		128	77,1	
	Separado/divorciado	62	33,0		13	52,0	
	Viúvo	40	40,0		5	62,5	
Número de filhos	0	224	44,4	0,39	98	66,7	0,04
	1	158	40,1		45	69,2	
	2	177	41,3		33	68,8	
	3	110	42,5		25	78,1	
	4 ou mais	91	37,1		37	90,2	
Renda (salários mínimos)	< 2	255	38,5	0,11	75	63,6	0,06
	>=2 e <4	223	44,4		70	75,3	
	>= 4	282	42,3		93	76,2	
História de transtorno mental parental	não	723	42,4	0,01	230	71,9	0,42
	Sim	37	29,8		8	61,5	
Religião	Católica	11	47,8	0,10	5	71,4	0,05
	Evangélica	481	43,6		154	77,4	
	Outras	167	37,4		55	64,0	
	não tem ou não segue nenhuma específica	97	39,3		24	61,5	

χ^2 = quiquadrado

História de migração	não	347	40,6	0,48	113	67,7	0,12
	Sim	413	42,3		125	75,3	
Tabagismo	não	611	44,0	<0,01	196	73,7	0,08
	Sim	149	33,6		42	62,7	
Número de tipos diferentes de eventos traumáticos (diversidade de eventos).	1 a 3	440	51,3	<0,01	210	74,2	0,02
	4 a 6	244	38,2		22	53,7	
	7 ou mais	76	22,7		4	80,0	
Número de eventos	1 a 3	259	51,5	<0,01	142	76,8	0,09
	4 a 6	171	50,3		41	66,1	
	7 a 9	68	36,8		7	50,0	
	10 ou mais	262	32,6		46	67,7	
Tipo de piortrauma	violência urbana direta	175	43,1	<0,01	80	77,7	0,07
	violência urbana indireta	134	45,0		68	73,1	
	violência sexual	3	9,1		0	0,0	
	violência íntima ou familiar	49	31,8		12	48,0	
	morte de ente querido	224	42,9		38	73,1	
	acidente / desastre	55	47,4		18	60,0	
	desastre natural	19	59,4		6	75,0	
	diagnóstico de doença	63	37,1		7	87,5	
	Outros	34	37,0		6	75,0	
Trauma na infância	Nenhum	499	46,7	<0,01	190	76,9	0,00
	trauma que não abuso	208	41,3		40	58,0	
	abuso na infância	32	21,9		3	50,0	

Idade quando ocorreu o pior trauma (anos)	0 a 10	63	36,4	0,07	17	58,6	0,12
	11 a 20	207	39,7		81	70,4	
	21 a 30	223	42,7		59	69,4	
	31 a 40	132	44,8		32	71,1	
	41 a 50	60	37,7		19	82,6	
	51 a 60	41	40,2		18	94,7	
	61 ou mais	26	60,5		7	87,5	
Percepção de risco de vida	nenhum perigo	457	46,8	<0,01	142	75,9	0,341
	um pouco em perigo	102	41,0		49	66,2	
	em grande perigo	68	40,7		22	71,0	
	extremamente em perigo	53	28,2		12	66,7	
		77	32,0		11	57,9	
Intencionalidade no evento traumático	nada intencional	338	44,9	0,20	88	75,9	0,25
	muito pouco	19	39,6		8	80,0	
	um pouco	53	39,6		29	80,6	
	mais ou menos	36	35,0		19	76,0	
	totalmente	311	39,7		91	64,5	
Conversou com alguém sobre o trauma	Não	164	39,4	0,46	66	69,5	0,54
	Sim	593	42,2		170	72,7	
Recebeu treinamento para lidar com o trauma	Não	664	41,6	0,76	222	73,3	0,07
	Sim	93	41,5		14	53,9	

		Adaptação positiva a trauma intenso		p valor (teste T)	Adaptação positiva a trauma leve/moderado		p valor (teste T)
		Não	Sim		Não	Sim	
Grau de responsabilidade do próprio indivíduo pelo evento (0 a 100%)	M	20,9	11,3	0,01	10,3	22,9	0,80
	DP	89,6	65,6		12,2	68,2	
Grau de responsabilidade de outros pelo evento (0 a 100%)	M	64,3	58,6	0,16	62,3	41,3	0,51
	DP	88,2	82,5		55,5	97,9	
Panas positivo	M	32,6	33,0	0,21	32,7	31,0	0,03
	DP	7,4	6,9		6,5	7,0	
Panas negativo	M	24,8	18,8	<0,01	22,4	17,3	<0,01
	DP	8,2	6,0		7,3	5,3	
Escala de Resiliência	M	138,3	142,1	<0,01	138,8	139,0	0,88
	DP	18,5	15,3		16,4	15,6	
Imobilidade Tônica (construto motor 4 itens)	M	10,3	5,0	<0,01	6,2	2,6	<0,01
	DP	7,9	6,5		6,5	4,6	
Dissociação Peritraumática	M	21,8	14,9	<0,01	17,0	12,3	<0,01
	DP	10,6	6,9		8,8	4,7	
Reações Peritraumáticas	M	17,1	12,6	<0,01	13,2	10,9	<0,01
	DP	7,6	4,2		5,0	2,2	

M= média; DP=desvio padrão

Tabela 3. Fatores associados à adaptação positiva na presença de história de pelo menos um trauma intenso. Odds ratio (O.R.), intervalo de confiança a 95% (IC 95%) e p-valor.

Bloco I – modelo “distal” – variáveis anteriores ao trauma e características ou hábitos individuais (coeficientes ajustados pelas variáveis deste bloco).				
				Pseudo R²=0,13
Variável	O.R.	IC 95%		p-valor
Gênero				
feminino	referência			
masculino	1,61	2,00	1,30	<0,01
História de transtorno mental parental				
Ausente	referência			
Presente	0,67	0,42	1,05	0,08
Trauma infância				
Ausente	referência			
presente (exceto abuso)	0,90	0,71	1,14	0,39
abuso na infância	0,48	0,31	0,75	<0,01
Escolaridade				
0 a 4 anos	referência			
5 a 8 anos	1,10	0,81	1,50	0,52
9 a 12 anos	1,27	0,96	1,68	0,10
>=13 anos	1,35	0,93	1,96	0,11
Escala de Resiliência	1,01	1.0022	1.0156	0,01
Afeto negativo	0,90	0,88	0,91	<0,01
Tabagismo				
sim	referência			
não	1,09	1,16	1,02	0,01

Bloco II – Características do Trauma – (coeficientes ajustados pelas variáveis deste bloco e do bloco I)

Pseudo R²=0,17

Variável	O.R.	IC 95%		p valor
Nº. de tipos de trauma	0,84	0,80	0,89	<0.01
Tipo de pior trauma:				
violência urbana direta	referência			
violência urbana indireta	0,81	0,55	1,20	0.30
violência sexual	0,12	0,01	0,99	0.05
violência familiar e/ou íntima	0,53	0,31	0,89	0.02
morte de ente querido	0,62	0,42	.90	0,01
acidentes/ desastres	1,42	0,88	2,30	0,15
desastre natural	2,43	1,04	5,70	0,04
diagnóstico de. doença grave	0,99	0,56	0,73	0,97
responsabilidade pelo trauma	0,99	0,99	1,00	0.00
Percepção de risco de vida				
nenhum perigo	referência			
um pouco	0,74	0,52	0,05	0.09
em perigo	0,68	0,44	1,05	0,09
em grande perigo	0,44	0,28	0,68	0,00
extremamente em perigo	0,50	0,33	0,77	0,00

Bloco III – Características do Trauma – (coeficientes ajustados pelas variáveis deste bloco e dos blocos I e II)

Pseudo R²=0,21

Variável	O.R.	IC 95%		p valor
Imobilidade tônica construto motor (escore 4 itens)	0,96	0,94	0,97	<0,01
Dissociação Peritraumática	0,97	0,96	0,99	<0,01
Reações físicas peritraumáticas	0,96	0,93	0,99	<0,01

R²= percentual de variância explicada pelo modelo

Tabela 4. Fatores associados à adaptação positiva na presença de história de trauma leve/moderado. Odds ratio (O.R.), intervalo de confiança a 95% (IC 95%) e p-valor.

Bloco I – modelo “distal” – variáveis anteriores ao trauma e características ou hábitos individuais.				
				Pseudo R²= 0,23
Variável	O.R.	IC 95%		p-valor
Idade	0,97	0,94	1,00	0,05
Trauma na infância				
Ausente	Referência			
Presente (exceto abuso)	0,48	0,24	0,99	0,05
Abuso na infância	0,25	0,04	1,44	0,12
Escolaridade				
0 a 4 anos	Referência			
5 a 8 anos	0,20	0,07	0,57	0,00
9 a 12 anos	0,39	0,14	1,12	0,08
>=13 anos	0,26	0,07	0,91	0,04
Número de filhos				
Nenhum	referência			
um filho	0,93	0,43	1,99	0,85
dois filhos	1,86	0,73	4,80	0,20
três filhos	1,79	0,53	5,99	0,35
quatro ou mais	6,66	1,51	29,35	0,01
Renda (salários mínimos)				
>2	referência			
>=2 e <4	1,83	0,87	3,87	0,11
>=4	2,03	0,92	4,46	0,08
Religião				
católica	referência			
evangélica	0,44	0,22	0,89	0,02
outras	0,51	0,21	1,25	0,14
não tem ou não sabe	0,79	0,12	5,13	0,80
Tabagismo				
sim	referência			
não	1,25	1,52	1,03	0,02
Afeto negativo	0,88	0,84	0,92	0,00

Bloco II – Características do Trauma – coeficientes ajustados pelo bloco I				
Pseudo R²=0,26				
Variável	O.R.	IC 95%		p valor
Idade do pior trauma	1,05	1,01	1,09	0,03
Número de tipos de trauma	0,80	0,65	0,99	0,04

Bloco III – Reações Peritraumáticas – coeficientes ajustados pelos blocos I e II				
Pseudo R²=0,31				
Variável	O.R.	IC 95%		p valor
Dissociação Peritraumática	0,94	0,88	1,01	0,09
Reações físicas peritraumáticas.	0,87	0,76	1,01	0,07

R²= percentual de variância explicada pelo modelo)

10 – CONCLUSÃO

O estudo da resiliência na Psicologia e Psiquiatria teve sua origem na literatura sobre o desenvolvimento infantil na adversidade. Embora esse conceito tenha sido introduzido na traumatologia há mais de 15 anos, o construto de resiliência vem evoluindo há quase quatro décadas na literatura desenvolvimentalista. Nesse percurso, o conceito ganhou maior complexidade e foram sugeridos modelos de relações entre fatores protetores, risco e adaptação positiva. Foram desenvolvidos métodos para análise dessas variáveis e explorados uma série de fatores protetores relacionados à resiliência. Na literatura sobre o tema, percebemos diferentes modos de operacionalização da resiliência, como nos estudos observacionais sobre TEPT seguido à violência íntima e/ou urbana. São várias as críticas sobre algumas maneiras de conceituar resiliência, sobretudo, com a afirmação da impossibilidade de um instrumento único abranger a complexidade desse fenômeno.

A Escala de Resiliência vem, no entanto, sendo amplamente aplicada, demonstrando boas propriedades psicométricas em suas diferentes versões, e sugerindo ser um instrumento útil para aferir alguns fatores individuais de resiliência.

O estudo seccional conduzido em São Paulo exemplificou a proposta de um método de análise que combina algumas formas de operacionalização da resiliência, demonstrando congruência dos achados (isto é, com maiores escores da Escala de Resiliência predizendo ausência de patologia após um evento traumático e com o grupo classificado como resiliente - através dessa operacionalização de “adaptação positiva” - apresentando os maiores escores de bem-estar).

Apesar da complexidade do fenômeno da resiliência, a congruência dos achados aponta para a possibilidade de uma cada vez melhor apreensão do construto,

favorecendo o entendimento sobre o que pode contribuir para a superação de eventos traumáticos pelos indivíduos a eles expostos.

No nosso estudo, as categorias associadas à adaptação positiva a trauma intenso foram: sexo masculino, ausência de transtorno mental parental, ausência de eventos traumáticos na infância, ausência de tabagismo, maior escolaridade, menor diversidade de traumas, desastres naturais, menor percepção de risco de vida, menor atribuição de responsabilidade pelos eventos traumáticos, maiores escores na escala de resiliência e menores escores na subescala de afetos negativos e nas escalas de imobilidade tônica, dissociação e reações físicas peritraumáticas.

Foram associados à adaptação positiva a traumas leves a moderados: idade menos avançada, ausência de trauma na infância e de tabagismo, menor escolaridade, maior número de filhos, maior renda, religião católica, maior idade no pior trauma, menor diversidade de traumas, menores escores na subescala de afetos negativos e nas escalas de dissociação e de reações físicas peritraumáticas.

A baixa proporção de variância explicada pelos modelos sugere, no entanto, que a variabilidade individual de respostas aos eventos traumáticos permaneceu, na maior parte, inexplorada.

11 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAIBI, C. E., WILSON, J. P. Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* **6**, 195-216, **2005**.
- AHERN, N. R., KIEHL, E. M., SOLE, M. L., BYERS, J. A review of instruments measuring resilience. *Issues Compr. Pediatr. Nurs.* **29**, 103-125, **2006**.
- ALMEDOM, A. M., GLANDON, D. Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss & Trauma* **12**, 127-143, **2007**.
- ASSIS, S. G., PESCE R.P., AVANCI, J. Q. Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre, Artmed, **2006**.
- BISSONNETTE, M. Optimism, Hardiness, and Resiliency: a review of the literature. Prepared for the Child and Family Partnership Project. Unpublished. 1998.
- BLOCK, J. (1971). Lives through time. Berkeley, CA: Bancroft Books.
- BLOCK, J. H. AND KREMEN, A. M. IQ and ego-resilience: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology* **70**, 349-361. 1996.
- BODIN, P AND WIMAN, B. Resilience and other stability concepts in ecology: Notes on their origin, validity, and usefulness. *ESS Bulletin* **2**, 33-43. 2004.
- BONANNO, G. A. Loss, trauma, and human resilience - Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist* **59**, 20-28, **2004**.
- BONANNO, G. A. Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science* **14**, 135-138, **2005**.
- BONANNO, G. A., RENNICKE, C., DEKEL, S. Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology* **88**, 984-998, **2005**.
- BONANNO, G. A., GALEA, S., BUCCIARELLI, A., VLAHOV, D. Psychological resilience after disaster - New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science* **17**, 181-186, **2006**.
- BONANNO, G. A., COLAK, D. M., KELTNER, D., SHIOTA, M. N., PAPA, A., NOLL, J. G., PUTNAM, F. W., TRICKETT, P. K. Context matters: the benefits and costs of expressing positive emotion among survivors of childhood sexual abuse. *Emotion* **7**, 824-837, **2007**.

- BREWIN CR, ANDREWS B, AND VALENTINE JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 68, 748-766. 2000.
- BROOKS, R. B. (1994). Children At Risk: Fostering Resilience And Hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 545-553.
- BROWN, G.W., HARRIS, T.O. & BIFULCO, A. The long term effects of early loss of parent. In: *Depression in Young People*, M. Rutter, C.E. Izard and P.B. Read, eds. Guilford Press, New York. 1986.
- CAMPBELL, E.A., COPE, S.J. And Teasdale, J.D. Social Factors and affective Disorder: an investigation of Brown and Harris's model. *British Journal of Psychiatry*. 149: 548-553.
- CAMPBELL-SILLS, L., COHAN, S. L., STEIN, M. B. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy* 44, 585-599, 2006.
- CARDIA, N. Exposição à violência: seus efeitos sobre valores e crenças em relação à violência, polícia e direitos humanos. *Lusotopie*, 299-328. 2003.
- CARTER, C. S. The chemistry of child neglect: Do oxytocin and vasopressin mediate the effects of early experience? *Proceedings of the National Academy of the Sciences* 102, 18247-18248. 2005.
- CASPI, A., MCCLAY, J., MOFFITT, T. E., MILL, J., MARTIN, J., CRAIG, I. W., TAYLOR, A., POULTON, R.: Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 297, 851-854, 2002.
- CASPI, A., SUGDEN, K., MOFFITT, T. E., TAYLOR, A., CRAIG, I. W., HARRINGTON, H., MCCLAY, J., MILL, J., MARTIN, J., BRAITHWAITE, A., POULTON, R.: Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301, 386-389, 2003.
- CHARNEY, D. S.: Psychobiological and vulnerability : Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry* 161, 195-216, 2004.
- CICCHETTI, D., CURTIS, W. J. The developing brain and neural plasticity: Implications for normality, psychopathology, and resilience. In: D.CICCHETTI, D.COHEN, eds., *Developmental psychopathology: Vol. 2. Developmental neuroscience* New York, Wiley., 2006, pp. 1-64.
- CICCHETTI, D., BLENDER, J. A. A Multiple-Levels-of-Analysis Perspective on Resilience - Implications for the Developing Brain, Neural Plasticity, and Preventive Interventions. *Annals New York Academy Of Sciences* 1094, 248-258. 2006.

- COLLISHAW, S., PICKLES, A., MESSER, J., RUTTER, M., SHEARER, C., MAUGHAN, B.
Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Negl.* **31**, 211-229, **2007**.
- COLEMAN, J. S. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, *94* (Suppl.), S95-S120. 1988.
- COMPAS, B. E., & PHARES, V. Stress during childhood and adolescence: Sources of risk and vulnerability. In E. M. Cummings, A. L. Greene, & K.H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 111-129). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1991.
- CONNOR, K. M., DAVIDSON, J. R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress. Anxiety.* **18**, 76-82, **2003**.
- CONGER, R. D., CONGER, K. J., & ELDER, G. H. Family economic hardship and adolescent academic performance: Mediating and moderating processes. In G. Duncan & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Consequences of growing up poor* (pp. 288-310). New York: Russell Sage Foundation. 1997.
- CONGER, R. D., CONGER, K. J., ELDER, G. H., LORENZ, F. O., SIMONS, R. I., & WHITBECK, L. B. A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child Development*, *63*, 526-541. 1992.
- CURTIS, W. J., CICCHETTI, D. Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology* **15**, 773-810, **2003**.
- CURTIS, W. J., NELSON, CA : Toward building a better brain: Neurobehavioral outcomes, mechanisms, and processes of environmental enrichment. In: S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 463-488). **2003**.
- DANNER, D. D, SNOWDON, D. A, AND FRIESEN, W. V. Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology* *80*, 804-813. 2001.
- DAVIDSON, R. J. Affective style, psychopathology, resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist* *55*, 1196-1214. 2000.

- DELLASOPPA, E., BERCOVICH, A. M., AND ARRIAGA, E. Violência, Direitos Civis e Demografia no Brasil na Década de 80: o caso da Área Metropolitana do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 14[39], 156-176. 1991.
- DEMOS, E. V (1989). Resiliency in infancy. In T F. Dugan & R. Coles (Eds.), *The child in our times: Studies in the development of resiliency* (pp. 3-22). New York: runner/Mazel.
- DUMONT, K. A., WIDOM, C. S., CZAJA, S. J. Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect* **31**, 255-274, **2007**.
- FISZMAN, Adriana et al . Adaptação transcultural para o português do instrumento Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, Versão Auto-Applicativa. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* , Porto Alegre, v. 27, n. 2, ago. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2008. doi: 10.1590/S0101-81082005000200005
- FISZMAN, A., MENDLOWICZ, M. V., MARQUES-PORTELLA, C., VOLCHAN, E., COUTINHO, E. S., SOUZA, W. F., ROCHA, V., LIMA, A. A., SALOMAO, F. P., MARI, J. J., FIGUEIRA, I. Peritraumatic tonic immobility predicts a poor response to pharmacological treatment in victims of urban violence with PTSD. *J. Affect. Disord.* **107**, 193-197, **2008**.
- FLACH, F. *Resiliência: A Arte De Ser Flexível*. São Paulo: Saraiva. 1991.
- FREDRICKSON, B. L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. 226. 218. *American Psychologist:Special Issue* 56. 2001.
- FRIBORG, O., HJEMDAL, O., ROSENVINGE, J. H., MARTINUSSEN, M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research* **12**, 65-76, **2003**.
- GABLE, S. L., HAIDT, J. What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology* **9**, 103-110, **2005**.
- GARMEZY, N, MASTEN, A. S., AND TELLEGEN, A. The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development* 55, 97-111. 1984.
- GARMEZY, N. Stress, competence and development: Continuing in the study of schizophrenia in adults, children vulnerable to psychopathology and the search

- for stress resilient children. *American Journal of Orthopsychiatry* 57, 159-174. 1987.
- GIL, S. Pre-traumatic personality as a predictor of post-traumatic stress disorder among undergraduate students exposed to a terrorist attack: A prospective study in Israel. *Personality and Individual Differences* **39**, 819-827, **2005**.
- GORDON, J. *Structures*. Harmondsworth, UK, Penguin Books., **1978**.
- HARPHAM, T.; GRANT, E.; THOMAS, E.: Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy and Planning*; 17(1): 106-111. **2002**.
- HENDIN, H., HAAS, H. *Wounds of war*. New York, Basic Books., **1984**.
- HOGUE, E. A., AUSTIN, E. D., POLLACK, M. H. Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depress. Anxiety*. **24**, 139-152, **2007**.
- HOUAISS, A. & VILLAR, M.S. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2925 p.
- JOHNSON, B. H., EID, J., LABERG, J. C., THAYER, J. F. The effect of sensitization and coping style on post-traumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Psychology* **43**, 181-188, **2002**.
- KESSLER, R. C., SONNEGA, A., BROMET, E., HUGHES, M., NELSON, C. B. Posttraumatic-Stress-Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* **52**, 1048-1060, **1995**.
- KINARD, E. M. Methodological issues in assessing resilience in maltreated children. *Child Abuse Negl.* **22**, 669-680, **1998**.
- KLOHNEN, E. C. Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology* **70**, 1067-1079, **1996**.
- KOBASA, S. C. Stressful Life Events, Personality, and Health - Inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* **37**, 1-11, **1979**.
- KOBASA, S. C. Commitment and coping in stress resistance among lawyers. *Journal of Personality and Social Psychology* 42, 707-717. 1982.
- LAM, J. N., GROSSMAN, F. K. Resiliency and adult adaptation in women with and without self-reported histories of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress* **10**, 175-196, **1997**.

- LERNER, R. M. Resilience as an Attribute of the Developmental System - Comments on the Papers of Professors Masten & Wachs. *Annals New York Academy Of Sciences* 1094, 40-51. 2006.
- LETZRING, T. D., BLOCK, J., FUNDER, D. C.: Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality* **39**, 395-422, **2005**.
- LUTHAR, S. S., ZIGLER, E.: Vulnerability and Competence - A Review of Research on Resilience in Childhood. *American Journal of Orthopsychiatry* **61**, 6-22, **1991**.
- LUTHAR, S. S., CICCHETTI, D., BECKER, B.: The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.* **71**, 543-562, **2000a**.
- LUTHAR, S. S., CICCHETTI, D.: The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology* **12**, 857-885, **2000b**.
- LUTHAR, S. S., CICCHETTI, D., BECKER, B.: Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development* **71**, 573-575, **2000c**.
- LUTHAR, S. S., SAWYER, J. A., BROWN, P. J.: Conceptual issues in studies of resilience - Past, present, and future research. *Resilience in Children* **1094**, 105-115, **2006**.
- LUTHAR, S. S., BROWN, P. J.: Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. *Development and Psychopathology* **19**, 931-955, **2007**.
- LYONS, J. A. Strategies for Assessing the Potential for Positive Adjustment Following Trauma. *Journal of Traumatic Stress* 4[1], 93-111. 1991.
- MASTEN, A. S. Humor and creative thinking in stress-resistant children. 1982. Unpublished doctoral dissertation. University of Minnesota.
- MASTEN, A. S.: Resilience in Individual Development: successful adaptation despite risk and adversity. In: WANG, M. C., GORDON, E., eds., *Educational resilience in innercity America: challenges and prospects* Hillsdale, NJ, Erlbaum, **1994**, pp. 3-25.
- MASTEN, A. S., COATSWORTH, J. D.: The development of competence in favorable and unfavorable environments - Lessons from research on successful children. *American Psychologist* **53**, 205-220, **1998**.
- MASTEN, A. S., HUBBARD, J. J., GEST, S. D., TELLEGEN, A., GARMEZY, N., RAMIREZ, M.: Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology* **11**, 143-169, **1999**.

- MASTEN, A. S.: Ordinary magic - Resilience processes in development. *American Psychologist* **56**, 227-238, **2001**.
- MRAZEK, P J., & MRAZEK, D. A. Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. *Child Abuse and Neglect*, **11**, 357-366. 1987.
- MCFARLANE, A. C., YEHUDA, R. 1.: Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: *Traumatic stress* New York, Guilford Press., **2008**, pp. 155-181.
- MILLER, L. S., WASSERMAN, G. A., NEUGEBAUER, R., GORMAN-SMITH, D., & KAMBOUKOS, D. (1999). Witnessed community violence and antisocial behavior in high-risk, urban boys. *Journal of Clinical Child Psychology*, **28**, 2–11.
- MURPHY, L. B. Further reflections on resilience. In E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 84-105). New York: The Guildford Press. 1987.
- NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. Excessive Stress Disrupts The Architecture Of The Developing Brain. 2005. Retrieved January 2007 from http://www.developingchild.net/pubs/wp/excessive_stress.pdf
- NORRIS, F. H., STEVENS, S. P., PFEFFERBAUM, B., WYCHE, K. F., PFEFFERBAUM, R. L.: Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am. J Community Psychol* **41**, 127-150, **2008**.
- OSHIO A, KANEKO H, NAGAMINE S, NAKAYA M. Construct validity of the adolescent resilience scale. *Psychological Reports*; **93**(3):1217-1222. 2003
- OZER EJ, BEST SR, LIPSEY TL, AND WEISS DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A metaanalysis. *Psychol Bull* **129**, 52-73. 2003.
- PAYKEL, E. S. Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychological Medicine* **8**, 245-253. 1978.
- PECK, E. C.: The traits of true invulnerability and posttraumatic stress in psychoanalyzed men of action. In: E.J.ANTHONY, B.J.COHLER, eds., *The invulnerable child*. New York, Guilford Press., **1987**, pp. 315-360.
- PERRY, B. D., POLLARD, R. A., BLAKLEY, T. L., BAKER, W. L., AND VIGILANTE, D. Childhood trauma, the Neurobiology of Adaptation, and "Use-Dependent" Development of the Brain: How "States" Become "Traits". *Infant Mental Health Journal* **16**[4], 271-291. 1995.

- PESCE R.P., ASSIS, S. G, SANTOS, N., AND OLIVEIRA, R. V. C. Risco e Proteção: Em Busca de um Equilíbrio Promotor de Resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 20[2], 135-143. 2004.
- PESCE, R. P., ASSIS, S. G., AVANCI, J. Q., SANTOS, N. C., MALAQUIAS, J. V., CARVALHAES, R.: [Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale]. *Cad. Saude Publica* **21**, 436-448, **2005**.
- PINHEIRO, D.P.N. Resiliência em Discussão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.
- PUNAMAKI, R. L, QOUTA, S, AND EL-SARRAJ, E. Resiliency factors prediction psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of Behavioral Development* 25[3], 256-267. 2001.
- QUINTANA, M. I., ANDREOLI, S. B., JORGE, M. R., GASTAL, F. L., MIRANDA, C. T.: The reliability of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). *Braz. J. Med. Biol. Res.* **37**, 1739-1745, **2004**.
- QUINTANA, M. I., GASTAL, F. L., JORGE, M. R., MIRANDA, C. T., ANDREOLI, S. B.: Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). *Rev. Bras. Psiquiatr.* **29**, 18-22, **2007**.
- REICHENHEIM, M. E. AND WERNECK, G. L. Anos Potenciais de Vida Perdidos no Rio de Janeiro, 1990 - As Mortes Violentas em Questão. *Cadernos de Saúde Pública* 10[supl. 1], 188-198. 1994.
- RESNICK, H.S., FALSETTI, S.A., KILPATRICK, D.G., FOY, D.W., 1994. Associations between panic attacks and dissociative responses to rape. Paper Presented at the 10th Annual Meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies. Chicago, IL.
- RIBEIRO, W. S. ; QUINTANA, M. I. S. ; ANDREOLI, S. B. . Epidemiologia: prevalência e fatores associados. In: Marcelo Feijó de Mello; Rodrigo Affonseca Bressan; Sérgio Baxter Andreoli; Jair de Jesus Mari. (Org.). Transtorno de estresse pós-traumático: diagnóstico e tratamento. 1 ed. Barueri: Manole, 2005, v. 1, p. 138-151.
- RICHARDSON, G. E.: The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology* **58**, 307-321, **2002**.
- ROCHA-REGO, V., FISZMAN, A., PORTUGAL, L. C., GARCIA, P. M., DE OLIVEIRA, L., MENDLOWICZ, M. V., MARQUES-PORTELLA, C., BERGER, W., FREIRE COUTINHO, E. S., MARI, J. J., FIGUEIRA, I., VOLCHAN, E.: Is tonic immobility the core sign

- among conventional peritraumatic signs and symptoms listed for PTSD? *J. Affect. Disord.* **2008**.
- ROOSA, M.W. Some thoughts about resilience versus positive development, main effects versus 269, and the value of resilience. *Child Development*, *71*, 567-569. 2000.
- RUTTER, M.: Epidemiological-longitudinal approaches to the study of development. In: W.A.COLLINS, ed., *The concept of development, Minnesota symposia on child psychology* Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum., **1982**.
- RUTTER, M.: Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br. J. Psychiatry* **147**, 598-611, **1985**.
- RUTTER, M.: Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* **57**, 316-331, **1987**.
- RUTTER, M.: Competence under stress: Risk and protective factors. In: J.ROLF, A.S.MASTEN, D.CICCHETTI., K.H.NUECHTERLEIN, S.WEINTRAUB, eds., *Risk and protective factors in the development of psychopathology* New York, Cambridge University Press., **1990**, pp. 181-214.
- RUTTER, M.: Resilience: some conceptual considerations. *J. Adolesc. Health* **14**, 626, **1993**.
- RUTTER, M.: Resilience as the millennium Rorschach: Response to Smith and Gorrell Barnes. *Journal of Family Therapy* **21**, 159-160, **1999**.
- RUTTER, M.: Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: J.P.SHONKOFF, S.J.MEISELS, eds., *Handbook of early childhood intervention* New York, NY, Cambridge University Press., **2000**, pp. 651-682.
- RUTTER, M.: Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* **1094**, 1-12, **2006**.
- SELIGMAN, M. E. P. (1995). *The optimistic child*. New York: Harper Perennial.
- SELIGMAN, M. E. P., CSIKSZENTMIHALYI, M.: Positive psychology - An introduction. *American Psychologist* **55**, 5-14, **2000**.
- SELL H, NAGPAL R. Assessment of subjective well-being: the Subjective Well-Being Inventory (SUBI). WHO Regional Office for South-East Asia Regional Health Paper 24. New Delhi. 1992.
- SIEBERT, A.: *The survivor personality*. New York, Pedigree Books., **1996**.
- SIMEON, D., YEHUDA, R., CUNILL, R., KNUTELSKA, M., PUTNAM, F. W., SMITH, L. M.: Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology* **32**, 1149-1152, **2007**.

- SMITH, G. T.: On the complexity of quantifying construct validity. *Psychol. Assess.* **17**, 413-414, **2005**.
- SOUZA, E. R. & LIMA, M. L. C. **Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais.** *Ciênc. saúde coletiva*, vol.11, p.1211-1222. 2006. ISSN 1413-8123
- SPACCARELLI, S., KIM, S.: Resilience Criteria and Factors Associated with Resilience in Sexually Abused Girls. *Child Abuse & Neglect* **19**, 1171-1182, **1995**.
- SUOMI, S. J.: Gene x environment interactions and biobehavioral development in rhesus monkeys and other macaques. *American Journal of Primatology* **68**, 92, **2006**.
- TARTASKY, D. S. Hardiness: conceptual and methodological issues. *Image* 25, 225-229. 1993.
- TUGADE, M. M., FREDRICKSON, B. L., BARRETT, L. F.: Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality* **72**, 1161-1190, **2004**.
- TUSAIE, K., PUSKAR, K., SEREIKA, S. M.: A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship* **39**, 54-60, **2007**.
- VAILLANT, G. E., VAILLANT, C. O.: Natural-History of Male Psychological Health .12. A 45-Year Study of Predictors of Successful Aging at Age 65. *American Journal of Psychiatry* **147**, 31-37, **1990**.
- VAILLANT, G. E.: Mental health. *American Journal of Psychiatry* **160**, 1373-1384, **2003**.
- VANDERBILT-ADRIANCE, E., SHAW, D. S.: Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review* **11**, 30-58, **2008**.
- VILETE, L.; COUTINHO, E.; FIGUEIRA, I. Psychometric Properties of the Resilience Scale: a systematic review. Não-publicada.
- VOGES, M. A., ROMNEY, D. M.: Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Ann. Gen. Hosp. Psychiatry* **2**, 4, **2003**.
- WACHS, T. D. Contributions of Temperament to Buffering and Sensitization Processes in Children's Development. *Annals New York Academy Of Sciences* 1094, 28-39. 2006.
- WAGNILD, G. M., YOUNG, H. M.: Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs. Meas.* **1**, 165-178, **1993**.

- WATSON, D., CLARK, L. A., TELLEGEN, A.: Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect - the Panas Scales. *Journal of Personality and Social Psychology* **54**, 1063-1070, **1988**.
- WERNER, E. E.: High-Risk Children in Young Adulthood - A Longitudinal-Study from Birth to 32 Years. *American Journal of Orthopsychiatry* **59**, 72-81, **1989**.
- WERNER, E. E.: The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *J. Adolesc. Health* **13**, 262-268, **1992**.
- WILSON, J. P.: Traumatic events and PTSD prevention. In: B.RAPHAEL, E.D.BARROWS, eds., *The handbook of preventative psychiatry* Amsterdam, the Netherlands, Elsevier North-Holland., **1995**, pp. 281-296.
- WOLFF, S.: The concept of resilience. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **29**, 565-574, **1995**.
- WOLKOW, K. E., FERGUSON, H. B.: Community factors in the development of resiliency: Considerations and future directions. *Community Mental Health Journal* **37**, 489-498, **2001**.
- YEHUDA, R.: Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* **65**, 29-36, **2004**.
- YEHUDA, R., FLORY, J. D., SOUTHWICK, S., CHARNEY, D. S.: Developing an agenda for translational studies of resilience and vulnerability following trauma exposure. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder: A Decade of Progress* **1071**, 379-396, **2006a**.
- YEHUDA, R., BRAND, S., YANG, R. K.: Plasma neuropeptide y concentrations in combat exposed veterans: Relationship to trauma exposure, recovery from PTSD, and coping. *Biological Psychiatry* **59**, 660-663, **2006b**.
- YEHUDA, R., BRAND, S. R., GOLIER, J. A., YANG, R. K.: Clinical correlates of DHEA associated with post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **114**, 187-193, **2006c**.
- YEHUDA, R., FLORY, J. D.: Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress* **20**, 435-447, **2007**.
- ZEIDNER, M., ENDLER, N. S.: *Handbook of coping*. New York, John Wiley., **1996**.

ANEXOS



São Paulo, 7 de dezembro de 2007.
CEP 1684/07

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) WAGNER SILVA RIBEIRO

Co-Investigadores: Sergio Baxter Andreoli (orientador)

Disciplina/Departamento: Psiquiatria Clínica/Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: CNPq.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: “**Epidemiologia do transtorno de estresse pós-traumático nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro prevalência comorbidades e fatores associados**”.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO OBSERVACIONAL - TRANSVERSAL.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Risco mínimo, desconforto leve (coleta de secreções).

OBJETIVOS: O presente projeto tem como objetivo principal pesquisar a relação entre exposição a situações de violência e o desenvolvimento de transtornos mentais na população das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro..

RESUMO: Trata-se de estudo de coorte, transversal com amostra probabilística da população geral das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. A amostra será representativa das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, selecionada a partir de amostragem estratificada em multi-estágios. As cidades serão estratificadas por distritos administrativos, classificados segundo seu grau de violência, utilizando, para isso, o índice de homicídios na região. . Em cada grupo, serão sorteados dois distritos, uma rua por setor e uma casa por rua. A rua sorteada servirá de referência para a seleção das demais, seguindo o sentido horário . Considerando o tamanho da população das cidades, as prevalências estimadas dos transtornos mentais, para um nível de confiança , o tamanho total da amostra foi calculado em 3000 pessoas na cidade de São Paulo e 1500 pessoas na cidade do Rio de Janeiro. Os procedimentos que serão realizados serão: tradução e validação de questionário: os questionários em idioma inglês serão traduzidos e adaptados para a realidade brasileira. Após a tradução e adaptação, será realizado um estudo piloto visando sua validação, elaboração de protocolo de estudo, contratação de entrevistadores; treinamento; trabalho de campo; consolidação do banco de dados e análise estatística.. Todos os entrevistados que apresentarem critérios diagnósticos para qualquer dos transtornos mentais pesquisados serão encaminhados para avaliação por profissionais da área da saúde mental das Instituições responsáveis pela pesquisa. Este projeto é parte do Estudo Multicêntrico financiado pelo MCT , Instituto do Milênio ..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Como resultado desta análise pretende-se a constituição de uma base de dados consistente que possibilite a identificação de grupos vulneráveis à exposição à violência e desenvolvimento de transtornos mentais e mapeamento de necessidades regionais, subsidiando o planejamento e execução de programas de intervenção e ações de prevenção..



MATERIAL E MÉTODO: Materiais e métodos adequadamente descritos.

TCLE: apresentado adequadamente.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Órgão financiador - CNPq.

CRONOGRAMA: 24 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Doutorado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **6/12/2008** e **6/12/2009**.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

CEP 1684/07

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I

CARTA DE INFORMAÇÃO:

Você foi selecionado, através de sorteio, para participar da pesquisa EPIDEMIOLOGIA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NAS CIDADES DE SÃO PAULO E RIO DE JANEIRO: PREVALÊNCIA, COMORBIDADES E FATORES ASSOCIADOS, que é uma pesquisa da **Universidade Federal de São Paulo** em parceria com **Universidade Federal do Rio de Janeiro** e **Fundação Oswaldo Cruz**. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que visa pesquisar a associação entre violência urbana e problemas mentais.

Caso aceite participar da pesquisa, o entrevistador irá fazer algumas perguntas de um questionário que investiga as experiências das pessoas com situações de violência e as conseqüências dessas experiências sobre a saúde mental. A pesquisa não trará benefícios diretos para os participantes, mas seus resultados poderão contribuir no desenvolvimento de serviços e modelos de tratamento. Caso seja apurada a necessidade de atendimento especializado, você receberá encaminhamento para um serviço adequado.

Você não é obrigado a participar desse estudo ou responder a todas as perguntas e pode pedir explicações sobre qualquer pergunta ou sobre a pesquisa; tem o direito de saber sobre qualquer informação proveniente da pesquisa, e, a qualquer momento, pode interromper sua participação. Também terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. O seu nome não será revelado, pois todas as informações da pesquisa são confidenciais.

O pesquisador principal é o psicólogo Wagner Ribeiro, que poderá ser encontrado no Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, na rua Dr. Bacelar, 334 – Vila Clementino, telefone (11) 5084-7060, e-mail: wagner@dpsiq.epm.br. No Rio de Janeiro, a profissional responsável pela pesquisa é a Dra. Liliane Vilete, da Fundação Oswaldo Cruz, localizada na Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 8º andar, telefone (21) 9118-1702, e-mail: lilianevilete@ensp.fiocruz.br. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

CONSENTIMENTO INFORMADO:

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "EPIDEMIOLOGIA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NAS CIDADES DE SÃO PAULO E RIO DE JANEIRO: PREVALÊNCIA, COMORBIDADES E FATORES ASSOCIADOS". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento especializado, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nos serviços ligados às instituições realizadoras do estudo.

Assinatura do entrevistado/representante legal

Data ____ / ____ / ____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

Anexo 3. Questionário do estudo: "Epidemiologia do Estresse Pós-Traumático, prevalências, comorbidades e fatores associados".

INÍCIO DA ENTREVISTA: |__|_|_|-|__|_|_| | TÉRMINO: |__|_|_|-|__|_|_|

Entrevistador: _____ |__|_|_| | Data ____/____/____

Supervisor: _____ |__|_|_| | Data ____/____/____

A1	REGISTRE SEXO OBSERVADO	MASCULINO.....1 FEMININO.....2
A2	Quantos anos você tem?	____/____
A3	Qual a data do seu nascimento?	____/____/____
A4	Atualmente está casado, viúvo, separado, divorciado, ou nunca casou? CASADO.....1 PERGUNTE A4a VIÚVO..... 2 PERGUNTE A4b SEPARADO.....3 PERGUNTE A4b DIVORCIADO.....4 PERGUNTE A4b NUNCA CASOU.....5 PERGUNTE A4b	
A4a	Está vivendo com seu (marido/esposa)? NÃO.....1 SIM....(SALTE P/A5).....5	
A4b	Atualmente está vivendo com alguém como se fosse casado? NÃO.....1 SIM.....5	
A5	Quantos filhos você tem, sem contar filhos adotivos ou que nasceram mortos?	____/____
A6	Agora, gostaria de lhe perguntar sobre seu trabalho. Nos últimos 12 meses, quantos meses esteve empregado? CONSIDERE TRABALHO AUTÔNOMO OU ASSALARIADO; SE NENHUM, COD 00 E SALTE P/A8. SE MENOS DE 1 MÊS CODIF 01	____/____
A7	Está empregado atualmente? A7a Qual a sua renda pessoal? A7b Quantas pessoas que moram na casa? A7c Quantas pessoas trabalham na sua casa? A7d Qual a renda média da família? CONSIDERAR RENDA DO MÊS ANTERIOR À PESQUISA	NÃO.....(SALTE P/A7b)...1 SIM.....5 ____ reais ____ ____ ____ reais
A8	Quantos cômodos tem a sua casa?	____/____
A9	Quantos anos de escola você completou?	____ ANOS
A10	Qual o grau de instrução do chefe da família?	Analfabeto/primário inc.....1 Primário com/ginasial inc.....2 Ginasial com/colegial inc.....3 Colegial com/super inc.....4 Superior completo.....5
A11	RAÇA/ETNIA DO ENTREVISTADO	BRANCO.....1 NEGRO .....2 MULATO/PARDO..... 3 ORIENTAL/AMARELO ....4 OUTROS .....5
A12	Alguém na sua família tem ou teve problemas mentais ou dos nervos?	Mãe .....1 Pai .....2 Irmãos .....3 Avos maternos.....4 Avos paternos.....5 Outros .....6
A13	Qual é a sua religião? SE DUAS OU MAIS RELIGIÕES: Qual e a principal? (que pratica mais)	CATOLICO.....1 ESPÍRITA.....2 EVANGÉLICA.....3 AFRO/BRASILEIRA.....4 ORIENTAIS.....5 JUDAICA.....6 MUÇULMANA.....7 OUTRAS.....8

		RELIGIOSO MAS NÃO SEGUE NENHUMA.....9 ATEU.....(SALTE P/ HM1).....10 NS/NO.. (SALTE P/HM1).....11
A13a	E você é ou não é praticante, isto é, o(a) sr(a) costuma ou não costuma comparecer a algum culto ou evento desta religião?	É praticante.....1 Não é praticante.....2 Não sabe/ Não opinou.....3
A13b	Quantas vezes freqüentou cultos da sua religião no ultimo mês?	

HM1	Onde você nasceu?	São Paulo.....1 Outros (.....).....2			
HM2	Onde o seu pai nasceu?	São Paulo.....1 Outros (.....).....2			
HM3	Onde a sua mãe nasceu?	São Paulo.....1 Outros (.....).....2			
HM4	Para aqueles que nasceram em São Paulo: do seu nascimento até hoje, você alguma vez se mudou para ficar um mês ou mais em outro lugar?	Sim .....(preencher tabela 4) Não .....(Salte para parte 3)			
HM5	Para aqueles nascidos em outro estado: do seu nascimento até hoje, onde você esteve antes de mudar-se para cá?	Sim .....(preencher tabela 5) Não .....(Salte para parte 3)			
4.1 mês/ano (idade)/ duração da estada	4.2 cidade	4.4 com que ficou hospedado?	4.5 razão para ter-se mudado	4.3 Estado	4.6 razão para ter voltado
5.1 mês/ano (idade)/ duração da estada	5.2 cidade	5.4 com quem ficou hospedado	5.5 razão para ter se mudado/voltado	5.3 Estado	

Código para a pessoa com que ficou hospedando

Código da razão da mudança (selecione o mais importante)

1. Sozinho	2. Cônjuge	3. pai	1. procurando por emprego	2. trabalho temporário	3. trabalho
4. Mãe	5. Irmão/irmã	6. sogros	4. morar com o cônjuge	5. estudar	6. morar com os pais
7. avô/avó	8. Tio/tia	9. parentes	7. fazer tratamento médico	8. unir-se a parentes	9. outros (especificar)
10. amigo	11. Outros (especifique)				

CS1 Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua comunidade. Nos últimos 12 meses você participou ativamente de qualquer uma das atividades abaixo na sua comunidade?

Tipo de Grupo	Membro?		CS2 Nos últimos 12 meses, você recebeu do grupo qualquer tipo de ajuda emocional, econômica ou assistência para aprender ou fazer coisas?			
	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM
0 1 Sindicato	1	5	1	5	1	5
0 2 Associação comunitária/cooperativa	1	5	1	5	1	5
0 3 Grupo de mulheres	1	5	1	5	1	5
0 4 Grupo político	1	5	1	5	1	5
0 5 Grupo religioso	1	5	1	5	1	5
0 6 Cooperativa de crédito	1	5	1	5	1	5
0 7 Grupo de esportes	1	5	1	5	1	5

CS3 Nos últimos 12 meses, você recebeu dos seguintes grupos qualquer tipo de ajuda ou suporte emocional, econômico ou assistência para aprender ou fazer coisas.

	NÃO	SIM
0 1 Família	1	5
0 2 Vizinhos	1	5
0 3 Amigos que não são vizinhos	1	5
0 4 Líderes comunitários	1	5
0 5 Líderes religiosos	1	5
0 6 Políticos	1	5
0 7 Servidores públicos	1	5
0 8 Instituições de caridade/ONG	1	5
0 9 Outros: especifique	1	5

CS4	Nos últimos 12 meses, você se reuniu com outros membros da comunidade para discutir um problema pessoal ou do grupo?	NÃO..... 1 SIM..... 5
CS5	Nos últimos 12 meses, você conversou com uma autoridade local ou órgão governamental sobre problemas da sua comunidade?	NÃO..... 1 SIM..... 5
CS6	De forma geral, pode-se confiar na maioria das pessoas desta comunidade?	NÃO..... 1 SIM..... 5
CS7	A maioria das pessoas desta comunidade mantém um bom relacionamento entre si?	NÃO..... 1 SIM..... 5
CS8	Você se sente realmente fazendo parte desta comunidade?	NÃO..... 1 SIM..... 5
CS9	Você acha que a maioria das pessoas desta comunidade tentaria tirar vantagem de você se tivesse oportunidade?	NÃO..... 1 SIM..... 5

SUBI1	Você acha que sua vida é interessante?	muito 1	mais ou menos 2	pouco 3
SUBI2	Como você se sente quanto ao que conseguiu realizar e vai continuar realizando?	muito bem 1	mais ou menos bem 2	não tão bem 3
SUBI3	Normalmente realiza aquilo que quer?	a maior parte do tempo 1	às vezes 2	quase nunca 3
SUBI4	Comparando com o passado, acha que a sua vida é	muito feliz 1	mais ou menos feliz 2	nao muito feliz 3
SUBI5	Experimenta às vezes momentos de alegria intensa?	freqüentemente 1	às vezes 2	raramente 3
SUBI6	Experimenta às vezes sensação de fazer parte da humanidade como se fosse uma grande família?	freqüentemente 1	às vezes 2	raramente 3

US1	Alguma vez <u>na vida</u> você procurou ajuda por problemas psiquiátricos, emocionais, dos nervos, por uso de álcool ou drogas?	NÃO..... ...1 SIM..... ..5
-----	---	-------------------------------------

A.	Quantas vezes?	_____	
B.	Alguma vez <u>no último ano</u> você procurou ajuda por problemas psiquiátricos, emocionais, dos nervos, por uso de álcool ou drogas?	NÃO.....	.....1
		...1	
		SIM.....	.....5
C.	Quantas vezes?	_____	
B1	Você é fumante?	NÃO.....(SALTE	
A.	Há quanto tempo fuma?	P/D1).....1	
B.	Quantos cigarros fuma por dia?	SIM.....	
		....5	_____ semanas
			_____ dia
D1	APRESENTE O CARTÃO 1 AO ENTREVISTADO. Nessa lista existem coisas que fazem com que as pessoas sintam tanto medo que as evitem, mesmo que não exista perigo real. Por favor, olhe com cuidado para a lista no topo do cartão, que inclui coisas como animais, situações de altura, tempestades, estar em lugares fechados e ver sangue. Você alguma vez teve um medo inexplicavelmente forte ou precisou evitar alguma dessas coisas da lista?	NÃO.....(SALTE	
		P/D33)....1	
		SIM.....	
		.....5	
A.	Agora olhe para o primeiro grupo. Alguma vez teve um medo inexplicavelmente forte de qualquer um destes seres vivos, como insetos, cobras, pássaros ou outros animais?	NÃO.....	
		....1	
		SIM.....	
		.....5	
D2	Alguma vez evitou estar perto de insetos, cobras, pássaros, ou outros animais, mesmo não havendo perigo real?	NÃO.....	
		....1	
		SIM.....	
		.....5	
SE AMBOS, D1A E D2, CODIFICAREM "1" SALTE PARA D9			
D3	O (A) seu (sua) (medo de/necessidade de evitar) insetos, cobras, pássaros ou outros animais alguma vez interferiu muito na sua vida ou atividades?	NÃO.....	
		....1	
		SIM.....	
		.....5	
D4	Alguma vez o (a) seu (sua) (medo de/necessidade de evitar) insetos, cobras, pássaros ou outros animais foi muito excessivo, isto é, mais forte do que em outras pessoas?	NÃO.....	
		....1	
		SIM.....	
		.....5	
A.	Alguma vez seu (sua) (medo/ necessidade de evitar) a insetos, cobras, pássaros ou outros animais foi muito irracional, isto é, muito mais forte que deveria ser?	NÃO.....	
		....1	
		SIM.....	
		.....5	
B.	Alguma vez ficou muito chateado com você mesmo por ter (medo de/necessidade de evitar) insetos, cobras, pássaros, ou outros animais?	NÃO.....	
		....1	
		SIM.....	
		.....5	
SE NENHUM "5" EM D4, D4A, OU D4B, SALTE PARA D9			
D5	Quando você tinha que estar perto de insetos, cobras, pássaros ou outros animais, ou pensava que teria que estar, você ficava muito incomodado?	NÃO.....	
		....1	
		SIM.....	
		.....5	
D6	Quando você estava perto de insetos, cobras, pássaros ou outros animais, ou pensava que teria que estar (PERGUNTE 1-14, APÓS 2 ÍTENS CODIFICADOS "5", SALTE /D7)	NÃO	SIM
	1. Seu coração bateu com força ou disparou?	1	5
	2. Você suou?	1	5
	3. Você teve tremores?	1	5
	4. Sua boca ficou seca?	1	5
	5. Você sentiu dificuldade para respirar?	1	5
	6. Você se sentiu como se estivesse em estado de choque?	1	5
	7. Você teve dor ou desconforto no peito?	1	5
	8. Você teve náuseas ou um desconforto no estômago?	1	5
	9. Você sentiu tontura ou sensação de desmaio?	1	5
	10. Você sentiu que você e as coisas ao seu redor não eram reais?	1	5

	11. Você ficou com medo de perder o controle sobre si próprio, agir de maneira irracional ou ficar inconsciente?	1	5
	12. Você sentiu medo de morrer?	1	5
	13. Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	1	5
	14. Você sentiu formigamento ou zumbidos?	1	5
D7	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez em que você (teve medo de/evitou) insetos, cobras, pássaros ou outros animais?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: ___/___ ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 ID ÚLT VEZ: ___/___	
D8	Entre a primeira e a última vez, este(esta) (forte medo de /necessidade de evitar) insetos, cobras, pássaros ou outros animais estava habitualmente presente quando você estava ou quando pensava que teria que estar perto deles?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D9	Agora olhe para o segundo grupo do cartão. Alguma vez teve um medo inexplicavelmente forte de alguma destas coisas, como altura, tempestades, trovão ou raio, ou de estar em local de água parada como piscina ou lago?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D10	Alguma vez evitou altura, tempestades, raios ou trovões, ou estar em local de água parada, mesmo sabendo que não havia perigo real?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
SE AMBOS, D9 E D10, CODIFICAREM “1” SALTE PARA D17			
D11	O(A) (medo de/ necessidade de evitar) altura, tempestades, trovão ou raios, ou de estar em local de água parada alguma vez interferiu muito na sua vida ou atividades?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D12	Alguma vez o (a) seu (sua) (medo de/necessidade de evitar) altura, tempestades, trovão ou raios, ou de estar em local de água parada alguma vez foi muito excessivo, isto é, mais forte do que em outras pessoas?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
A.	O(A) seu(sua) (medo de/necessidade de evitar) altura, tempestades, trovão ou raios ou de estar em locais com água parada, foi muito irracional, isto é, muito mais forte que deveria ser?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
B.	Alguma vez você ficou muito chateado com você mesmo por (ter medo de/necessidade de evitar) altura, tempestade, trovão ou raios ou local de água parada?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
SE NENHUM “5” EM D12, D12A-D12B SALTE PARA D17			
D13	Quando você tinha que ficar perto de altura, tempestade ou locais com água parada ou pensava que teria que ficar, você ficava muito incomodado?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D14	Quando você estava perto de altura, tempestade ou locais com água parada ou pensava que teria que estar numa dessas situações (PERGUNTE 1-14, APÓS 2 ITENS CODIFICADO “5” SALTE P/D15)	NÃO	SIM
	1. Seu coração bateu com força ou disparou?	1	5
	2. Você suou?	1	5
	3. Você teve tremores?	1	5
	4. Sua boca ficou seca?	1	5
	5. Você sentiu dificuldade para respirar?	1	5
	6. Você se sentiu como se estivesse em estado de choque?	1	5
	7. Você teve dor ou desconforto no peito?	1	5
	8. Você teve náuseas ou um desconforto no estômago?	1	5
	9. Você sentiu tontura ou sensação de desmaio?	1	5

10.	Você sentiu que você e as coisas ao seu redor não eram reais?	1	5
11.	Você ficou com medo de perder o controle sobre si próprio, agir de maneira irracional ou ficar inconsciente?	1	5
12.	Você sentiu medo de morrer?	1	5
13.	Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	1	5
14.	Você sentiu formigamento ou zumbidos?	1	5
D15	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez em que você (teve medo de/evitou) altura, tempestades ou estar em local com água parada?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: ____/____ ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 IDADE ÚLT VEZ: ____/____	
D16	Entre a primeira e a última vez, este(a) (forte medo/necessidade de evitar) de altura, tempestades ou locais com água parada, estava habitualmente presente quando tinha que enfrentar uma destas situações ou quando pensava que poderia ter que enfrentá-las?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D17	Olhe para o terceiro grupo de situações do cartão. Alguma vez você teve um medo inexplicavelmente forte de viajar de avião ou de estar em espaços fechados, como uma caverna, túnel ou elevador? SE SIM CIRCULE GRUPO 3 CARTÃO 1	NÃO..... .....1 S..... .....5	
D18	Alguma vez você evitou viajar de avião ou ficar em lugares fechados mesmo sabendo que não havia perigo real? SE SIM CIRCULE GRUPO 3 CARTÃO 1	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
SE D17 E D18 CODIFICAREM "1", SALTE PARA D25			
D19	O(A) seu(sua) (medo/necessidade de evitar) de viajar de avião ou de ficar em um espaço fechado alguma vez interferiu (interferiram) muito na sua vida ou atividades?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D20	Alguma vez o(a) (medo/ de necessidade de evitar) de viajar de avião ou de ficar em um espaço fechado foi excessivo, isto é, mais forte que em outras pessoas?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
A.	Alguma vez este (medo/necessidade de evitar) de voar ou de estar em um espaço fechado foi muito irracional, isto é, mais forte do que deveria ser?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
B.	Alguma vez ficou muito chateado com você mesmo por (ter este medo/necessidade de evitar) de viajar de avião ou estar em um espaço fechado?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
SE NENHUM "5" EM D20, D20A-D20B, SALTE PARA D25			
D21	Quando você tinha que viajar de avião ou ficar em um lugar fechado, ou pensou que teria que ficar ou estar em uma dessas situações, você ficava muito incomodado?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D22	Quando você teve que viajar de avião ou estar em um espaço fechado, ou pensou que teria que estar numa dessas situações (INICIE PERGUNTANDO 1-14, APÓS 2 ÍTENS CODIFICADOS "5" SALTE P/D23)	NÃO	SIM
1.	Seu coração bateu com força ou disparou?	1	5
2.	Você suou?	1	5
3.	Você teve tremores?	1	5
4.	Sua boca ficou seca?	1	5
5.	Você sentiu dificuldade para respirar?	1	5
6.	Você se sentiu como se estivesse em estado de choque?	1	5
7.	Você teve dor ou desconforto no peito?	1	5

8.	Você teve náuseas ou um desconforto no estômago?	1	5
9.	Você sentiu tontura ou sensação de desmaio?	1	5
10.	Você sentiu que você e as coisas ao seu redor não eram reais?	1	5
11.	Você ficou com medo de perder o controle sobre si próprio, agir de maneira irracional ou ficar inconsciente?	1	5
12.	Você sentiu medo de morrer?	1	5
13.	Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	1	5
14.	Você sentiu formigamento ou zumbidos?	1	5
D23	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez em que você (teve medo de/evitou) viajar de avião ou estar em um espaço fechado?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 ____/____ IDADE INÍC: ____/____ ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 ID ÚLT VEZ: ____/____	
D24	Entre a primeira e a última vez, este (esta) (forte medo/necessidade de evitar) viajar de avião ou estar em espaços fechados estava habitualmente presente, sempre que você se encontrava nestas situações, ou pensava que poderia ter que enfrentá-las?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D25	Olhe para o último grupo de situações do Cartão D1. Alguma vez você teve um medo inexplicavelmente forte de alguma destas situações como, ver sangue, tomar injeção, ir ao dentista ou ao hospital? SE SIM CIRCULE GRUPO 4 NO CARTÃO 1.	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D26	Alguma vez você evitou ver sangue, fazer uma injeção, ir ao dentista ou ao hospital, mesmo não havendo perigo real? SE SIM CIRCULE GRUPO 4 NO CARTÃO 1.	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
SE D25 E D26 CODIFICAREM "1", SALTE PARA D33			
D27	O(A) (medo de/necessidade de evitar) ver sangue, tomar injeção, ir ao dentista ou ao hospital alguma vez interferiu muito na sua vida ou atividades?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D28	Alguma vez o(a) seu(sua) (medo/necessidade de evitar) de ver sangue, tomar injeção, ir ao dentista ou ao hospital foi excessivo, isto é, mais forte que em outras pessoas?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
A.	O(A) seu(sua) (medo/necessidade de evitar) de ver sangue, tomar injeção, ir ao dentista ou ao hospital foi tão irracional, isto é, muito mais forte do que deveria ser?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
B.	Você ficou muito chateado com você mesmo por (ter este medo/ necessidade de evitar) de ver sangue, fazer uma injeção, ir ao dentista ou ao hospital?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
SE NENHUM "5" EM D28, D28A-D28B, SALTE PARA D33			
D29	Quando você tinha que ver sangue, tomar injeção, ir ao dentista ou ao hospital, ou pensou que teria que fazer isto, você ficava muito incomodado?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D30	Quando você teve que ver sangue, tomar injeção, ir ao dentista ou ao hospital, ou pensou que teria que fazer isto (PERGUNTE 1-14, APÓS 2 ÍTENS COD "5" SALTE P/D31)	NÃO	SIM
1.	Seu coração bateu com força ou disparou?	1	5
2.	Você suou?	1	5
3.	Você teve tremores?	1	5
4.	Sua boca ficou seca?	1	5
5.	Você sentiu dificuldade para respirar?	1	5
6.	Você se sentiu como se estivesse em estado de choque?	1	5

	7. Você teve dor ou desconforto no peito?	1	5
	8. Você teve náuseas ou um desconforto no estômago?	1	5
	9. Você sentiu tontura ou sensação de desmaio?	1	5
	10. Você sentiu que você e as coisas ao seu redor não eram reais?	1	5
	11. Você ficou com medo de perder o controle sobre si próprio, agir de maneira irracional ou ficar inconsciente?	1	5
	12. Você sentiu medo de morrer?	1	5
	13. Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	1	5
	14. Você sentiu formigamento ou zumbidos?	1	5
D31	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez em que você (teve medo de/evitou) ver sangue, tomar injeção, ir ao dentista ou ao hospital?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: ____/____ ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 ID ÚLT VEZ: ____/____	
D32	Entre a primeira e a última vez, este(a) (medo/necessidade de evitar) de ver sangue, tomar injeção, ir ao dentista ou ao hospital estava habitualmente presente sempre que você tinha que enfrentar alguma destas situações ou pensava que poderia ter que enfrentá-las?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5	
D33	Agora eu gostaria de perguntar sobre outras situações nas quais você pode ter ficado ansioso ou com medo. Algumas pessoas têm um forte medo de fazer coisas na frente dos outros ou de ser o centro das atenções. APRESENTE O CARTÃO 2 PARA O ENTREVISTADO. Olhe para as situações do Cartão D2. Alguma vez teve um medo inexplicavelmente forte ou necessidade de evitar qualquer uma dessas situações na lista?	NÃO.....(SALTE P/D43)..1 SIM.....	
A.	Alguma vez você teve um <u>medo inexplicavelmente forte</u> de:	NÃO	SIM
	1. Comer ou beber em público, onde alguém poderia estar olhando para você?	1	5
	2. Falar com pessoas, por achar que não teria o que dizer ou que poderia parecer tolo?	1	5
	3. Escrever enquanto alguém olhava?	1	5
	4. Tomar parte ou falar em uma reunião ou aula?	1	5
	5. Ir a uma festa ou outro evento social?	1	5
	6. Dar uma palestra ou falar em público?	1	5
	7. Alguma vez teve um medo inexplicavelmente forte de qualquer outra situação na qual você poderia ser o centro das atenções? SE CODIFICOU "1", SALTE PARA D34, SE NÃO, PERGUNTE: Você poderia me dar um exemplo de uma situação em que você sentiu medo de ser o centro das atenções?	1	5
	EXEMPLO: _____		
	CIRCULE ITENS CODIFICADO "5" NO CARTÃO 2		
D34	Você freqüentemente evitou situações nas quais poderia ser o centro da atenção, como aquelas do Cartão 2? SE CODIFICAR "5", PERGUNTE: Quais? (Alguma outra?) CONTINUE PERGUNTANDO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER NÃO. CIRCULE ITENS MENCIONADOS PELO ENTREVISTADO QUE NÃO FORAM CIRCULADOS NO CARTÃO D2.	NÃO..... .....1 SIM..... 5	
	SE D33A.1-7 E D34 CODIFICADOS "1", SALTE PARA D43		
D35	Você falou a um médico sobre seu(sua) (<u>medo de/necessidade de evitar</u>) as situações circuladas no Cartão 2 onde você <u>poderia ser o centro das atenções</u> ? SE NÃO SALTE P/1 – SE SIM SALTE P/6 - CONTINUE INVESTIGANDO, MAS OBSERVE QUE MEDOS RELACIONADOS A DEFEITOS DE LINGUAGEM, TREMORES POR DOENÇAS FÍSICAS E TRANSTORNOS ALIMENTARES SÃO TRATADOS COMO DOENÇAS FÍSICAS (CODIFICAR DER "2" EM D35).	DER: 2 3 4 5	

1. Você falou a qualquer outro profissional sobre este/esta (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2? SE SIM SALTE P/ 4 – SE NÃO PERGUNTE 2
2. Você tomou remédios para este/esta (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 mais de uma vez? SE SIM SALTE P/ 4 – SE NÃO PERGUNTE 3
3. Este/Esta (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 interferiu **muita** na sua vida ou atividades? SE SIM SALTE P/ 4 – CODIFIQUE DER “2”
4. Alguma vez o/a seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 resultou de doença física ou traumatismo?
 NÃOSALTE PARA 2
 SIMPERGUNTE: O/A seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO PERGUNTE: Quando seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 não foi devido a doença física ou traumatismo, resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.
5. Alguma vez seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 resultou do uso de medicamentos, drogas ou álcool?
 NÃOCODIFIQUE DER “5”
 SIMPERGUNTE: O/A seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 sempre resultou do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.
6. Quando contou ao médico qual foi o diagnóstico? _____
 - 6.1 **Doença mental**.....CODIFIQUE DER “5”.
 - 6.2 **Doença orgânica/traumatismo**.....PERGUNTE: O/A seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO, PERGUNTE: Quando o/a seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 não foi devido a doença física ou traumatismo, resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO COD DER “5”.
 - 6.3 **Drogas, álcool ou medicamentos**.....PERGUNTE: O/A seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO PERGUNTE: Quando o/a seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 não foi devido ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.
 - 6.4 **Não sabe, não lembra**.....PERGUNTAR: Ele encontrou alguma coisa anormal quando o examinou, pediu exames ou Rx?
 NÃO.....CODIFIQUE DER “5”.
 SIM.....PERGUNTE: O/A seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO, PERGUNTE: Quando o/a seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 2 não foi devido ao uso de remédios, drogas ou álcool, resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.

D36	(Você tinha medo das/ Você evitou as) situações em que você poderia ser o centro das atenções como aquelas circuladas no Cartão 2, porque poderia demonstrar ansiedade ou agir de forma que poderia ser humilhante?	NÃO..... .....1 SIM..... 5
D37	O(A) (medo de/necessidade de evitar) qualquer uma destas situações em que você poderia ser o centro das atenções, como aquelas circuladas no Cartão 2, foi muito excessivo, isto é, muito mais forte do que o de outras pessoas?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5
A.	O (A) (medo de/ necessidade de evitar) qualquer uma destas situações nas quais você poderia ser o centro das atenções, como aquelas circuladas no Cartão 2, alguma vez foi muito irracional, isto é, muito mais forte do que deveria ser?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5
B.	Alguma vez você ficou muito chateado com você mesmo por ter (medo de/necessidade de evitar) as situações nas quais você poderia ser o centro das atenções, como aquelas circuladas no Cartão 2?	NÃO..... .....1 SIM..... 5
C.	SE ENTREVISTADO TIVER MENOS DE 18 ANOS, PERGUNTAR C; OUTROS, SALTAR PARA D38. Qual foi o maior período em que você teve (medo de/necessidade de evitar) qualquer uma destas situações nas quais você poderia ser o centro das atenções?	___/___ MESES
D38	O(A) (medo de/necessidade de evitar) qualquer uma das situações nas quais você poderia ser o centro das atenções, como as circuladas no Cartão 2, alguma vez interferiu muito na sua vida ou atividades?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5

D39	Quando você estava ou pensava na possibilidade de estar em uma das situação na qual poderia ser o centro das atenções, como as circuladas no Cartão 2 você habitualmente ficava muito incomodado?	NÃO..... .....1 SIM..... .....5
D40	Quando você estava, ou pensava que teria que estar em uma situação na qual você poderia ser o centro das atenções...	NÃO SIM
	1. Você ficou vermelho ou tremeu?	1 5
	2. Teve náuseas ou desconforto no estômago ou achou que poderia vomitar?	1 5
	3. Ficou com medo de perder o controle sobre seus intestinos ou bexiga?	1 5
A.	Olhe para parte inferior do cartão. Quando você estava, ou pensava que teria que estar em uma situação na qual poderia ser o centro das atenções (PERGUNTE 1-13; APOS 2 ÍTENS CODIFICADOS “5” SALTE P/D41).	NÃO SIM
	1. Seu coração acelerou ou bateu mais forte?	1 5
	2. Você suou?	1 5
	3. Você teve tremores?	1 5
	4. Você ficou com a boca seca?	1 5
	5. Você sentiu dificuldade para respirar?	1 5
	6. Você se sentiu como se estivesse em estado de choque?	1 5
	7. Você teve dor ou desconforto no peito?	1 5
	8. Você teve tontura ou sensação de desmaio?	1 5
	9. Você sentiu que você e as coisas ao seu redor não eram reais?	1 5
	10. Você ficou com medo de perder o controle sobre si próprio, agir de maneira irracional ou ficar inconsciente?	1 5
	11. Você sentiu medo de morrer?	1 5
	12. Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	1 5
	13. Você teve formigamento ou zumbidos?	1 5
D41	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez em que você (teve medo de/ evitou) situações nas quais poderia ser o centro da atenção, como aquelas circuladas no Cartão 2?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: ___/___ ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 ID ÚLT VEZ: ___/___
D42	Entre a primeira e a última vez, este(a) (medo das/ necessidade de evitar as) situações nas quais você poderia ser o centro das atenções, como aquelas circuladas no Cartão 2, estava usualmente presente quando tinha que enfrentar uma destas situações ou pensava que poderia ter que enfrentá-las?	NÃO SIM.....
D43	APRESENTE O CARTÃO D3. Agora eu gostaria de lhe perguntar sobre outras situações nas quais você pode ter sentido medo. Olhe para as situações no Cartão 3. Alguma vez você sentiu um forte medo ou necessidade de evitar qualquer uma das situações na lista?	NÃO..(SALTE P/ D54).....1 SIM..... .....5
A.	Alguma vez teve um medo forte de:	NÃO SIM
	1. Estar fora de casa sozinho?	1 5
	2. Viajar em um ônibus, trem ou carro?	1 5
	3. Estar em um lugar cheio de gente ou ficar em uma fila?	1 5
	4. Estar em um local público, como um loja?	1 5
	CIRCULE CADA ÍTEM CODIFICADO “5” NO CARTÃO 3	
D44	Você com frequência evita situações como aquelas do Cartão 3 por causa do seu medo? SE CODIFICAR “5”, PERGUNTE: Quais? (Alguma outra?) CONTINUE INVESTIGANDO ATÉ QUE O ENTREVISTADO DIGA NÃO. CIRCULE ÍTENS NO CARTÃO 3.	NÃO..... ..1 SIM.....
	SE D43A1-4 E D44 CODIFICAREM “1”, SALTE PARA D54.	
D45	Alguma vez na vida você ficou com tanto medo destas situações que não conseguia permanecer sozinho nelas?	NÃO.(SALTE P/ D46)..1 SIM.....

A.	Você era capaz de permanecer nas situações como as circuladas no Cartão 3, se tivesse algum conhecido com você?	NÃO.....1.....1 SIM.....5.....5
D46	Você contou para um médico sobre o/a seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3? SE NÃO SALTE P/1 – SE SIM SALTE P/6	DER: 2 3 4 5
1.	Você falou para qualquer outro profissional sobre este/esta (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3? SE SIM SALTE P/4 – SE NÃO PERGUNTE 2	
2.	Você tomou remédios para este/esta (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 mais de uma vez? SE SIM SALTE P/4 – SE NÃO PERGUNTE 3	
3.	Este/Esta (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 interferiu muita na sua vida ou atividades? SE SIM SALTE P/4 – CODIFIQUE DER “2”.	
4.	Alguma vez o/a seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 resultou de doença física ou traumatismo? NÃO .....SALTE PARA 2 SIM .....PERGUNTE: O/A seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO PERGUNTE: Quando seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 não foi devido a doença física ou traumatismo, resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NAO COD DER “5”.	
5.	Alguma vez seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 resultou do uso de medicamentos, drogas ou álcool? NÃO .....CODIFIQUE DER “5”. SIM .....PERGUNTE: O/A seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 sempre resultou do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.	
6.	Quando contou ao médico qual foi o diagnóstico? _____	
6.1	Doença mental.....CODIFIQUE DER “5”.	
6.2	Doença orgânica/traumatismo.....PERGUNTE: O/A seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NAO, PERGUNTE: Quando o/a seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 não foi devido a doença física ou traumatismo, resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “4”; SE NAO COD DER “5”.	
6.3	Drogas, álcool ou medicamentos.....PERGUNTE: O/A seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NAO PERGUNTE: Quando o/a seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 não foi devido ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NAO COD DER “5”.	
6.4	Não sabe, não lembra.....PERGUNTAR: Ele encontrou alguma coisa anormal quando o examinou, pediu exames ou Rx? NÃO.....CODIFIQUE DER “5”. SIM.....PERGUNTE: O/A seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NAO, PERGUNTE: Quando o/a seu(sua) (medo de/ necessidade de evitar) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 não foi devido ao uso de remédios, drogas ou álcool, resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NAO COD DER “5”.	
D47	Quando você estava, ou pensava que poderia ter que estar, em uma situação como as circuladas no Cartão 3 você usualmente ficava muito chateado?	NÃO.....1.....1 SIM.....5.....5
D48	Quando você estava ou pensava que poderia estar em uma situação como as circuladas no Cartão 3 (PERGUNTE 1-14, APÓS 2 ITENS CODIFICADOS “5” SALTE P/D49):	NÃO SIM
1.	Seu coração bateu forte ou acelerou?	1 5
2.	Você suou?	1 5
3.	Você teve tremores?	1 5
4.	Você ficou com a boca seca?	1 5
5.	Você ficou com dificuldade para respirar?	1 5
6.	Você se sentiu como se estivesse em estado de choque?	1 5
7.	Você teve dor ou desconforto no peito?	1 5
8.	Você teve náuseas ou um desconforto no estômago?	1 5
9.	Você sentiu tontura ou sensação de desmaio?	1 5
10.	Você sentiu que você e as coisas ao seu redor não eram reais?	1 5
11.	Você ficou com medo de perder o controle sobre si próprio, agir de maneira irracional ou ficar inconsciente?	1 5

	12. Você sentiu medo de morrer?	1	5
	13. Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	1	5
	14. Você sentiu formigamento ou zumbidos?	1	5
SE NENHUM “5” CODIFICADO EM 1-14, SALTE PARA D51			
D49	(Você teve medo das/Você evitou as) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 porque não seria capaz de escapar se de repente tivesse algum destes problemas?	NÃO	SIM.....
D50	(Você teve medo das/Você evitou as) situações como aquelas circuladas no Cartão 3 porque não seria capaz de conseguir ajuda se de repente tivesse algum destes problemas?	NÃO	SIM.....
D51	Alguma vez o(a) seu(sua) (medo de/necessidade de evitar) qualquer uma das situações como as circuladas no Cartão 3, foi excessivo, isto é, muito mais forte que em outras pessoas?	NÃO	SIM.....
A.	Alguma vez o(a) seu(sua) (medo de/necessidade de evitar) qualquer uma das situações como as circuladas no Cartão 3, foi irracional, isto é, muito mais forte do que deveria ser?	NÃO	SIM.....
B.	Alguma vez você ficou muito chateado com você mesmo (por ter este medo de/esta necessidade de evitar) situações como as circuladas no Cartão 3?	NÃO	SIM.....
D52	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez que você (teve medo das/evitou as) situações como as circuladas no Cartão 3?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: ___/- — ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 ID ÚLT VEZ: ___/___	
D53	Entre a primeira e a última vez, este(a) forte (medo de/ necessidade de evitar as) situações como as circuladas no Cartão 3 estava usualmente presente sempre que você enfrentava a situação ou pensava que teria que enfrentá-la?	NÃO	SIM.....
D54	Agora eu gostaria de lhe perguntar sobre ataques de medo que podem acontecer em qualquer lugar. Alguma vez teve um ataque quando de repente sentiu-se assustado, ansioso ou muito inquieto?	NÃO..(SALTE P/ D63).....1 SIM.....	
D55	Algum destes ataques ocorreu quando você estava em uma situação de risco de vida?	NÃO..(SALTE P/D56).....1 SIM..... .....5	
A.	Algum destes ataques ocorreu quando você não estava em uma situação de risco de vida?	NÃO..(SALTE P/D63)....1 SIM..... .....5	
D56	Ao responder às próximas questões, pense apenas nos ataques que ocorreram quando você não estava em situações de risco de vida. Você já teve mais de um ataque como este, e que era totalmente inesperado?	NÃO..(SALTE P/ D63).....1 SIM, MAIS DE UMA VEZ..... .....5	
D57	Pense em uma crise ruim que teve: durante essa crise, quais dos problemas abaixo você teve? (PERGUNTE 1-14, APÓS 5 ÍTENS CODIFICADOS “5” SALTE P/D58)	NÃO	SIM
	1. Seu coração bateu forte ou acelerou?	1	5
	2. Você suou?	1	5
	3. Você teve tremores?	1	5
	4. Você ficou com a boca seca?	1	5
	5. Você sentiu dificuldade para respirar?	1	5
	6. Você se sentiu como se estivesse em estado de choque?	1	5
	7. Você teve dor ou desconforto no peito?	1	5
	8. Você teve náuseas ou um desconforto no estômago?	1	5
	9. Você sentiu tontura ou sensação de desmaio?	1	5
	10. Você sentiu que você e as coisas ao seu redor não eram reais?	1	5
	11. Você ficou com medo de perder o controle sobre si próprio, agir de maneira irracional ou ficar inconsciente?	1	5
	12. Você sentiu medo de morrer?	1	5
	13. Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	1	5
	14. Você teve formigamento ou zumbidos?	1	5

SE MENOS DE 5 SINTOMAS FOREM CODIFICADOS COM "5" DE 1-14, SALTE P/ D63.

D58	Durante os ataques de sentir-se amedrontado ou ansioso, esses problemas começaram de repente e então pioraram nos primeiros minutos do ataque?	NÃO...(SALTE P/D63).....1 SIM..... .....5
-----	--	---

D58a.	Você contou a um médico sobre um <u>ataque</u> como este? SE NÃO PERGUNTE 1 – SE SIM SALTE P/6.	DER: 2 3 4 5
1.	Você falou a qualquer outro profissional sobre um ataque como este? SE SIM SALTE P/4 – SE NÃO PERGUNTE 2	
2.	Você tomou remédios para um ataque como este mais de uma vez? SE SIM SALTE P/4 – SE NÃO PERGUNTE 3	
3.	Ter um ataque como este interferiu muita na sua vida ou atividades? SE SIM SALTE P/4 – CODIFIQUE DER "2".	
4.	Alguma vez um ataque como este resultou de doença física ou traumatismo? NÃO .....SALTE PARA 2 SIM .....PERGUNTE: Ter um ataque deste tipo resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "4"; SE NÃO PERGUNTE: Quando um ataque como este não foi devido a doença física ou traumatismo, resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NAO COD DER "5".	
5.	Alguma vez um ataque como este resultou do uso de medicamentos, drogas ou álcool? NÃO .....CODIFIQUE DER "5". SIM .....PERGUNTE: Ter um ataque como este sempre resultou do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO COD DER "5".	
6.	Quando contou ao médico qual foi o diagnóstico? _____	
6.1	Doença mental.....CODIFIQUE DER "5".	
6.2	Doença orgânica/traumatismo.....PERGUNTE: Ter um ataque como este resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "4"; SE NÃO, PERGUNTE: Quando um ataque como este não foi devido a doença física ou traumatismo, resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "4"; SE NÃO COD DER "5".	
6.3	Drogas, álcool ou medicamentos.....PERGUNTE: Ter um ataque como este resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NAO PERGUNTE: Quando um ataque como este não foi devido ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO COD DER "5".	
6.4	Não sabe, não lembra.....PERGUNTAR: Ele encontrou alguma coisa anormal quando o examinou, pediu exames ou Rx? NÃO.....CODIFIQUE DER "5". SIM.....PERGUNTE: Ter um ataque como este resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NAO, PERGUNTE: Quando um ataque como este não foi devido ao uso de remédios, drogas ou álcool, resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "3"; SE NAO COD DER "5".	

D59	Depois de ter um desses ataques, alguma vez houve um mês ou mais em que:	NÃO	SIM
A.	você ficou preocupado com a possibilidade de ter outro ataque?	1	5
B.	você estava preocupado com que os ataques pudessem causar algo terrível como morrer, perder o controle ou enlouquecer?	1	5
C.	mudou suas atividades diárias por ter medo de ter ataques?	1	5

D60	Alguma vez você já teve quatro destes ataques em um período de quatro semanas?	1	5
		SALTE P/D61	
A.	Alguma vez você já teve um período de um mês em que tivesse pelo menos quatro destes ataques em uma semana?	1	5

D61	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez que você teve um destes ataques repentinos de se sentir assustado ou ansioso?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: _/_ ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 IDADE ÚLT VEZ: _/_
-----	--	--

SE NENHUMA SITUAÇÃO CIRCULADA NOS CT D1, D2 E D3, SALTE P/ D63.

D62	Agora olhe para os Cartões D1, D2 e D3. Você também disse que teve medo ou evitou algumas das situações listadas nos cartões. Os ataques repentinos de sentir-se amedrontado ou ansioso ocorreram somente quando você estava naquelas situações?	SIM, SÓ EM SITUAÇÕES DE MEDO.....1 NÃO, EM OUTRAS SITUAÇÕES.....5
-----	--	--

D63	Agora eu quero lhe perguntar sobre períodos mais longos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso. Alguma vez você teve um período de um mês ou mais no qual na maior parte do tempo você se sentia preocupado, tenso ou ansioso com relação a problemas do dia a dia, tais como trabalho ou família?	NÃO...(SALTE P/B).....1 SIM.....5
A.	Qual foi o período mais longo que você teve de se sentir preocupado, tenso ou ansioso? SE D63A FOR SEIS MESES OU MAIS, SALTE PARA D64.	_/_ MESES

B.	As pessoas diferem muito em como se preocupam com as coisas. Alguma vez na sua vida você teve um período no qual se preocupava muito mais do que a maioria das outras pessoas na mesma situação?	NÃO....(SALTE P/ E1).....1 SIM.....5
C.	Qual foi o maior período deste tipo que você teve? SE D63C FOR MENOR QUE 6 MESES, SALTE PARA E1.	___/___ MESES
D64	Pense no pior período que tenha durado 6 meses ou mais no qual você se sentia preocupado, tenso ou ansioso. Durante este período:	NÃO SIM
A.	você acha que seu medo era excessivo, ou seja, muito mais forte do que de outra pessoa?	1 5
B.	você se preocupava com estas coisas na maioria dos dias?	1 5
C.	você achava difícil parar de se preocupar?	1 5
D.	com que tipo de coisas você se preocupava mais? EXEMPLO: _____ SE OS EXEMPLOS FOREM EXCLUSIVAMENTE SOBRE SINTOMAS, PESO OU DROGAS, PERGUNTAR: Algo mais? SE OS EXEMPLOS AINDA NÃO INCLUÍREM OUTRAS PREOCUPAÇÕES, CODIFIQUE "1" E SALTE PARA E1.	PRÓPRIO SINTOMA, EXCESSO DE PESO, DROGAS .....1 OUTRA COISA .....5
D65	Vou citar alguns problemas que algumas pessoas apresentam durante períodos em que se sentem com medo, tensas ou ansiosas. Pense no pior período de sentimentos de preocupação, tensão e ansiedade. Durante aquele período:	NÃO SIM
	1. Você esteve impaciente?	1 5
	2. Você se sentia cansado?	1 5
	3. Você se cansava facilmente?	1 5
	4. Você teve dificuldade para se concentrar no que estava fazendo?	1 5
	5. Você ficou mais irritado do que o normal?	1 5
	6. Você ficou com os músculos tensos, machucados ou doloridos?	1 5
	7. Você teve dificuldade para adormecer ou continuar dormindo?	1 5
	8. Seu coração batia forte ou disparava?	1 5
	9. Você tinha suores?	1 5
	10. Você teve tremores?	1 5
	11. Você ficou com a boca seca?	1 5
	SE NENHUM "5" CODIFICADO DE 1-11, SALTE P/E1 - SE 4 OU MAIS "5" CODIFICADOS DE 1-11 SALTE P/D66 - OUTROS PERGUNTE 12-24, SALTE P/D66 APÓS 4 ÍTENS CODIFICADOS "5" DE 1-24.	
	12. Você sentiu dificuldade para respirar?	1 5
	13. Você se sentiu como em estado de choque?	1 5
	14. Você teve dor ou desconforto no peito?	1 5
	15. Você teve mal estar ou desconforto no estômago?	1 5
	16. Você sentiu náuseas?	1 5
	17. Você sentiu tontura?	1 5
	18. Você sentiu que você e as coisas ao seu redor não eram reais?	1 5
	19. Você ficou com medo de perder o controle sobre si próprio, agir de maneira irracional ou ficar inconsciente?	1 5
	20. Você ficou com medo de morrer?	1 5
	21. Você sentiu ondas de calor ou calafrios?	1 5
	22. Você teve formigamento ou zumbidos?	1 5
	23. Você sentiu como se tivesse um inchaço em sua garganta?	1 5
	24. Você ficava facilmente sobressaltado?	1 5
	SE MENOS DE 4 ÍTENS CODIFICADOS COM "5" SALTE PARA E1.	

D66	<p>Você falou a um médico sobre os <u>longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso</u> quando você também tinha alguns dos problemas que conversamos? SE NÃO PERGUNTE 1; SE SIM SALTE P/6.</p> <p>1. Você falou a qualquer outro profissional sobre estes longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso? SE SIM SALTE P/4; SE NÃO PERGUNTE 2.</p> <p>2. Você tomou remédios mais de uma vez devido a estes longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso? SE SIM SALTE P/4; SE NÃO PERGUNTE 3.</p> <p>3. Esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso interferiram muita na sua vida ou atividades? SE SIM SALTE P/4; CODIFIQUE DER "2".</p> <p>4. Alguma vez esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso resultaram de doença física ou traumatismo? NÃO .....SALTE PARA 2. SIM .....PERGUNTE: Esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "4"; SE NÃO PERGUNTE: Quando esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso não foram devido a doença física ou traumatismo, resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NAO COD DER " 5".</p> <p>5. Alguma vez esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso resultaram do uso de medicamentos, drogas ou álcool? NÃO .....CODIFIQUE DER "5". SIM .....PERGUNTE: Esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso sempre resultaram do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO COD DER "5".</p> <p>6. Quando contou ao médico qual foi o diagnóstico? _____</p> <p>6.1 Doença mental.....CODIFIQUE DER "5".</p> <p>6.2 Doença orgânica/traumatismo.....PERGUNTE: Esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "4"; SE NAO, PERGUNTE: Quando esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso não foram devidos a doença física ou traumatismo, resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "4"; SE NAO COD DER "5".</p> <p>6.3 Drogas, álcool ou medicamentos.....PERGUNTE: Esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NAO PERGUNTE: Quando esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso não foram devido ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "3"; SE NAO COD DER "5".</p> <p>6.4 Não sabe, não lembra.....PERGUNTAR: Ele encontrou alguma coisa anormal quando o examinou, pediu exames ou Rx? NÃO.....CODIFIQUE DER "5". SIM.....PERGUNTE: Esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER " 3"; SE NAO, PERGUNTE: Quando esses longos períodos de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso não foram devido ao uso de remédios, drogas ou álcool, resulta sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "3"; SE NAO COD DER "5".</p>	DER: 2 3 4 5
D67	Alguma vez você ficou chateado com você mesmo por se sentir preocupado, tenso ou ansioso por longos períodos de tempo?	NÃO.....1 SIM.....5
D68	Alguma vez os períodos de preocupação, tensão e ansiedade interferiram muito na sua vida ou atividades?	NÃO.....1 SIM.....5
D69	INÍC: Quando começou o primeiro período de seis meses ou mais de sentir-se preocupado, tenso ou ansioso e ter esses outros problemas da lista? ÚLT VEZ: Quando terminou o último período em que se sentiu preocupado, tenso ou ansioso e teve esses outros problemas da lista?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: ___/___ ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 ID ÚLT VEZ: ___/___

E1	Agora eu vou lhe perguntar sobre <u>períodos em de se sentir triste, vazio ou deprimido</u> . Em toda a sua vida, alguma vez você teve duas semanas ou mais nas quais quase todos os dias você se sentia triste, vazio, deprimido na maior parte do dia? SE CODIFICAR DER “1” (NÃO) SALTAR P/ E2; SE RESPONDER “SIM” PERGUNTAR: # Você contou a um médico sobre os períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido? SE NÃO PERGUNTE 1; SE SIM PERGUNTE 3.	DER:	1	3	4	5	
1.	Alguma vez esses períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido resultaram de doença física ou traumatismo?	NÃO .....SALTE PARA 2	SIM .....PERGUNTE: Esses períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO PERGUNTE: Quando esses períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido não foram devido a doença física ou traumatismo, resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.	2.	Alguma vez os períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido resultaram do uso de medicamentos, drogas ou álcool?	NÃO .....CODIFIQUE DER “5”.	SIM .....PERGUNTE: Esses períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido sempre resultaram do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.
3.	Quando contou ao médico qual foi o diagnóstico? _____	3.1 Doença mental.....CODIFIQUE DER “5”.	3.2 Doença orgânica/traumatismo.....PERGUNTE: Esses períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NAO, PERGUNTE: Quando esses períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido não foram devido a doença física ou traumatismo, resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “4”; SE NAO COD DER “5”.	3.3 Drogas, álcool ou medicações.....PERGUNTE: Esses períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NAO PERGUNTE: Quando estes períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido não foram devidos ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “ 3”; SE NAO COD DER “5”.	3.4 Não sabe, não lembra.....PERGUNTAR: Ele encontrou alguma coisa anormal quando o examinou, pediu exames ou Rx?	NÃO.....CODIFIQUE DER “5”.	SIM.....PERGUNTE: Esses períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NAO, PERGUNTE: Quando esses períodos em que se sentia triste, vazio ou deprimido não foram devidos ao uso de remédios, drogas ou álcool, resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NAO COD DER “5”.

E2	Em toda sua vida, alguma vez você teve duas semanas ou mais em que <u>perdeu o interesse na maioria das coisas</u> como trabalho, hobbies, e outras coisas de que habitualmente gostava? SE CODIFICAR DER “1” (NÃO) SALTAR P/E34; SE SIM PERGUNTAR: # Você contou a um médico sobre os períodos em que perdeu o interesse na maioria das coisas? SE NÃO PERGUNTE 1; SE SIM PERGUNTE 3	DER:	1	3	4	5
1.	Alguma vez perder o interesse na maioria das coisas resultou de doença física ou traumatismo? NÃO .....SALTE PARA 2 SIM .....PERGUNTE: Esses períodos de perda de interesse resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO PERGUNTE: Quando essa perda de interesse na maioria das coisas não foi devida a doença física ou traumatismo, resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.					
2.	Alguma vez perder o interesse na maioria das coisas resultou do uso de medicamentos, drogas ou álcool? NÃO .....CODIFIQUE DER “5”. SIM .....PERGUNTE: Essa perda de interesse na maioria das coisas sempre resultou do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.					
3.	Quando contou ao médico qual foi o diagnóstico? _____ 3.1 Doença mental.....CODIFIQUE DER “5”. 3.2 Doença orgânica/traumatismo.....PERGUNTE: Perder o interesse na maioria das coisas resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO, PERGUNTE: Quando a perda de interesse na maioria das coisas não foi devida a doença física ou traumatismo, resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO COD DER “5”. 3.3 Drogas, álcool ou medicamentos.....PERGUNTE: A perda de interesse na maioria das coisas resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO PERGUNTE: Quando perder o interesse na maioria das coisas não foi devido ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”. 3.4 Não sabe, não lembra.....PERGUNTAR: Ele encontrou alguma coisa anormal quando o examinou, pediu exames ou Rx? NÃO.....CODIFIQUE DER “5”. SIM.....PERGUNTE: Perder o interesse na maioria das coisas resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO, PERGUNTE: Quando a perda de interesse na maioria das coisas não foi devida ao uso de remédios, drogas ou álcool, resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”					

SE E1 E E2 CODIFICADOS “1” SALTE PARA E34.

		I ALGUMA VEZ NA VIDA		II PIOR PERÍODO	
FALTA DE ENERGIA		NÃO	SIM	NÃO	SIM
E3	Durante um período de duas semanas ou mais no qual você (se sentia triste, vazio ou deprimido/com perda do interesse nas coisas), [você se <u>sentia cansado ou sem energia</u> todo o tempo, quase todos os dias, mesmo que não tivesse trabalhado muito?	1	5	1	5
MUDANÇA NO APETITE		NÃO	SIM	NÃO	SIM
E4	E sobre outros problemas que você teve durante um período em que (se sentia deprimido/com perda de interesse nas coisas/sentia-se cansado todo o tempo) por duas semanas ou mais. [Você teve <u>menos apetite que o habitual</u> quase todos os dias?	1	5	1	5
E5	Durante um desses períodos [você <u>perdeu peso</u> sem querer, como 1 quilo por semana durante várias semanas? SE E5 CODIFICADA COM “1”, SALTE PARA E6	1	5	1	5
A.	Quantos quilos você perdeu?	KG	___/___	KG	___/___
E6	Durante um desses períodos [você tinha <u>muito mais apetite que o normal</u> quase todos dias por duas semanas ou mais? COD “1” SE SOMENTE POR CAUSA DE CRESCIMENTO RAPIDO OU GRAVIDEZ	1	5	1	5
E7	Durante um daqueles períodos [sua fome aumentou tanto que você ganhou peso, como 1 quilo por semana por várias semanas? CODIFIQUE “1” SE APENAS RECUPEROU PESO PERDIDO. SE E7 CODIFICAR “1”, SALTE PARA E8.	1	5	1	5
A.	Quantos quilos você ganhou?	KG	___/___	KG	___/___
PROBLEMAS COM O SONO		NÃO	SIM	NÃO	SIM
E8	Quando você (estava se sentindo deprimido/tinha perdido interesse/tinha falta de energia), [você teve problemas de sono quase todas as noites por duas semanas ou mais, tanto problemas para pegar no sono, ou acordar no meio da noite, ou acordar muito cedo? SE CODIFICAR “1”, SALTE PARA E9.	1	5	1	5

		NÃO	SIM	NÃO	SIM
A.	[Você acordava <u>pelo menos duas horas antes do que queria</u> todos os dias por pelo menos duas semanas?]	1	5	1	5
E9	Durante um período em que (se sentia deprimido/com perda do interesse/falta de energia) [você estava <u>dormindo muito</u> quase todos os dias?]	1	5	1	5
LENTIFICAÇÃO/INQUIETUDE		NÃO	SIM	NÃO	SIM
E10	Durante um daqueles períodos [você <u>falava ou se movimentava</u> mais <u>lentamente</u> do que o normal para você quase todos os dias por pelo menos duas semanas? SE CODIFICADAR 1, SALTE PARA E11.	1	5	1	5
A.	[Alguém mais notou que você estava falando ou se movimentando lentamente?]	1	5	1	5
E11	Durante um daqueles períodos, [você <u>tinha que ficar se movimentando todo tempo</u> , isto é, não conseguia permanecer sentado e andava de um lado para outro ou não conseguia manter suas mãos quietas enquanto sentado? SE CODIFICADAR “1”, SALTE P/E12	1	5	1	5
A.	[Alguém mais notou que você estava se movimentando todo o tempo?]	1	5	1	5
SEM VALOR/CULPADO		NÃO	SIM	NÃO	SIM
E12	Durante um daqueles períodos [você se sentia <u>sem valor</u> quase todos os dias?]	1	5	1	5
A.	[Você se <u>sentia culpado</u> ? SE E12 E E12A CODIFICADAREM “1”, SALTE PARA E13.	1	5	1	5
B.	[Havia alguma razão especial para se sentir (sem valor/culpado)? COL. I APENAS: REGISTRE EXEMPLO: _____ _____ SE E12B CODIFICADO “1”, SALTE PARA E13. COL. II APENAS: REGISTRE EXEMPLO _____ _____	1	5	1	5
C.	ENTREVISTADO ESTAVA SE SENTINDO SEM VALOR/CULPADO APENAS POR ESTAR FRÁGIL PELA DEPRESSÃO?	NÃO.....5 SIM.....1		NÃO.....5 SIM.....1	
FALTA DE CONFIANÇA		NÃO	SIM	NÃO	SIM
E13	Durante um daqueles períodos [você sentia que <u>não era tão bom quanto as outras pessoas</u> ?]	1	5	1	5
E14	[Você tinha tão <u>pouca confiança em si próprio</u> que nem tentaria dar sua opinião sobre qualquer assunto]?	1	5	1	5
PROBLEMAS PARA PENSAR					
E15	Durante um daqueles períodos [você tinha muito mais <u>dificuldade para se concentrar</u> do que o normal para você?]	1	5	1	5
A.	[Você estava <u>incapaz de ler</u> coisas que geralmente lhe interessam ou <u>assistir televisão</u> ou ver filmes de que habitualmente gosta porque não conseguia prestar atenção neles?]	1	5	1	5
E16	[Seus <u>pensamentos vinham muito mais lentos do que o habitual</u> ou pareciam confusos?]	1	5	1	5
E17	[Você estava <u>incapaz de decidir</u> sobre coisas que normalmente não teria problemas para decidir?]	1	5	1	5
PENSAMENTOS DE MORTE		NÃO	SIM	NÃO	SIM
E18	Durante um daqueles períodos [você <u>pensava muito sobre morte</u> ?]	1	5	1	5
E19	[Você se sentia tão por baixo que pensava muito em <u>cometer suicídio</u> ? SE CODIFICADAR “1”, SALTE PARA E21.	1	5	1	5
A.	[Você chegou a fazer um plano de como tentaria fazê-lo?]	1	5	1	5
E20	[Você <u>tentou suicídio</u> ?]	1	5	1	5
E21	ADICIONE OS NÚMEROS “5” DE E1, E2, MAIS O NÚMERO DE BOXES COM PELO MENOS UM “5”. O NÚMERO TOTAL É DE 4 OU MAIS? SE NÃO, SALTE PARA E34.	NÃO.....1 SIM.....5			
E22	Durante um período de duas semanas no qual (se sentia deprimido/com perda de interesse/com falta de energia) [você se sentia na maioria dos dias, particularmente mal ao acordar, e melhor mais tarde?]	1	5	1	5
E23	Durante um daqueles períodos [seu <u>interesse por sexo</u> estava <u>muito menor do que o habitual</u> ?]	1	5	1	5
E24	[Você <u>perdeu a capacidade de sentir prazer</u> quando coisas boas aconteciam com você, como ganhar alguma coisa ou ser elogiado ou cumprimentado?]	1	5	1	5
				SALTE P/ E34	

E25	Durante qualquer período em que (se <u>sentia triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse</u>), você contou a um médico sobre os seus sentimentos ou sobre os problemas que estava tendo como quando (LISTAR SINTOMAS CODIFICADOS COM “5” DE E3-E20)? SE NÃO PERGUNTE 1 - SE SIM PERGUNTE 6.	DER: 2 3 4 5
	1. Você falou a qualquer outro profissional sobre os períodos em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse)? SE SIM SALTE P/4 – SE NÃO PERGUNTE 2	
	2. Tomou remédios para os períodos em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) mais de uma vez? SE SIM SALTE P/4 – SE NÃO PERGUNTE 3	
	3. Os períodos em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) interferiram muita na sua vida ou atividades? SE SIM PERGUNTE 4 – SE NÃO CODIFIQUE DER “2”.	
	4. Alguma vez um período em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) resultou de doença física ou traumatismo? NÃO SALTE PARA 2 SIM PERGUNTE: Os períodos em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO PERGUNTE: Quando os períodos em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) não foram devidos a doença física ou traumatismo, resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NAO COD DER “5”.	
	5. Alguma vez um período em que se (sentia triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) resultou do uso de medicamentos, drogas ou álcool? NÃO CODIFIQUE DER “5”. SIM PERGUNTE: Os períodos em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) sempre resultaram do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.	
	6. Quando contou ao médico qual foi o diagnóstico? _____ 6.1 Doença mental.....CODIFIQUE DER “5”. 6.2 Doença orgânica/traumatismo.....PERGUNTE: Os períodos em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO, PERGUNTE: Quando os períodos em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) não foram devidos a doença física ou traumatismo, resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “4”; SE NAO COD DER “5”. 6.3 Drogas, álcool ou medicamentos ..PERGUNTE: Os períodos em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO PERGUNTE: Quando os períodos em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) não foram devidos ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”. 6.4 Não sabe, não lembra.....PERGUNTAR: Ele encontrou alguma coisa anormal quando o examinou, pediu exames ou Rx? NÃO.....CODIFIQUE DER “5”. SIM.....PERGUNTE: Os período em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO, PERGUNTE: Quando os períodos em que (sentia-se triste, vazio ou deprimido/com perda de interesse) não foram devidos ao uso de remédios, drogas ou álcool, resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NAO COD DER “5”.	
E26	Qual foi o período mais longo como este que você já teve? SE TODA VIDA OU MAIS QUE 19 ANOS, CODIFIQUE 996. (ANOS X 52 = # SEMANAS; MESES X 4=#SEMANAS.) SE 0 A 13 DIAS COD 001 E SALTE P/E34.	___/___/___ SEMANAS
A.	Algum desses períodos de duas semanas ou mais interferiu seriamente com a sua habilidade para tocar seu trabalho, cuidar da sua casa ou família, ou de cuidar de si próprio?	NÃO.....1 SIM.....5
E27	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez que você teve um período de duas semanas ou mais em que (se sentia triste, vazio, ou deprimido/com perda de interesse/falta de energia) e teve alguns desses problemas, como (SINTOMAS CODIFICADOS COM “5” EM E4-E20)?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: ___/___ ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 ID ÚLT VEZ: ___/___
E28	SE E26 FOR MENOR QUE 26, SALTE PARA E29. SE A IDADE DE INÍCIO EM D69 ESTIVER EM BRANCO OU FOR MENOR QUE A IDADE DE INÍCIO EM E27, SALTE PARA E29. SE DIFERENTE DISSO PERGUNTE: Você disse antes que teve períodos longos em que estava ansioso e preocupado com várias coisas diferentes. Esses períodos longos nos quais sentia-se ansioso e preocupado, ocorreram inteiramente dentro de um desses períodos em que você se sentia deprimido/com perda do interesse)?	NÃO.....1 SIM.....5
E29	Em toda sua vida, quantos períodos diferentes você teve que duraram duas semanas ou mais em que (se sentiu deprimido/com perda do interesse nas coisas/falta de energia) e tinha algum dos problemas sobre os quais conversamos? SE 96 EPISÓDIOS OU MAIS, CODIFIQUE 96. SE CODIFICADAR 01, SALTE PARA E30.	___/___ #EPISÓDIOS
A.	Entre (qualquer um desses) (esses) períodos de (sentir-se deprimido/não ter interesse nas coisas/falta de energia), você se sentia bem por alguns meses?	NÃO.....(SALTE P/E30)...1 BEM NO INTERVALO.....5
B.	Entre seus períodos de depressão, você era capaz de trabalhar ou de ter prazer em estar com outras pessoas, como era antes de adoecer?	NÃO...(SALTE P/E30).....1 SIM.....5

E34 Alguma vez na vida você teve dois anos ou mais em que se sentiu deprimido ou triste na maior parte dos dias, mesmo que algumas vezes se sentisse bem? NÃO...(SALTE P/J1).....1
SIM.....5

A. Algum período como esse durou dois anos, sem interrupção de dois meses inteiros nos quais você se sentia bem? SE NÃO, COD DER "1" E SALTE P/J1. SE SIM PERGUNTE: DER: 1 2 3 4 5

Durante um período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste, você contou a um médico sobre esses sentimentos? SE NÃO SALTE P/1; SE SIM SALTE P/6.

1. Você falou para qualquer outro profissional sobre um período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste? SE SIM SALTE P/4; SE NÃO PERGUNTE 2
2. Você tomou remédios mais de uma vez por sentir-se deprimido ou triste durante este período de dois anos? SE SIM SALTE P/4; SE NÃO PERGUNTE 3
3. Sentir-se deprimido ou triste durante um período de dois anos ou mais interferiu muita na sua vida ou atividades? SE SIM SALTE P/4; SE NÃO COD DER "2".
4. Alguma vez um período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste resultou de doença física ou traumatismo?
NÃOSALTE PARA 5
SIMPERGUNTE: Sentir-se deprimido ou triste durante um período de dois anos ou mais resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "4"; SE NÃO PERGUNTE: Quando um período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste não foi devido a doença física ou traumatismo resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO COD DER "5".
5. Alguma vez um período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste resultou do uso de medicamentos, drogas ou álcool?
NÃOCODIFIQUE DER "5".
SIMPERGUNTE: O período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste sempre resultou do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO COD DER "5".
6. Quando contou ao médico qual foi o diagnóstico? _____
6.1 **Doença mental**.....CODIFIQUE DER "5".
6.2 **Doença orgânica/traumatismo**.....PERGUNTE: O período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "4"; SE NÃO, PERGUNTE: Quando um período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste não foi devido a doença física ou traumatismo, resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "4"; SE NÃO COD DER "5".
6.3 **Drogas, álcool ou medicamentos**.....PERGUNTE: Um período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO PERGUNTE: Quando um período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste não foi devido ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO COD DER "5".
6.4 **Não sabe, não lembra**.....PERGUNTAR: Ele encontrou alguma coisa anormal quando o examinou, pediu exames ou Rx?
NÃO.....CODIFIQUE DER "5".
SIM.....PERGUNTE: O período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste resultou sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO, PERGUNTE: Quando um período de dois anos ou mais de sentir-se deprimido ou triste não foi devido ao uso de remédios, drogas ou álcool, resultou sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO COD DER "5".

		NÃO	SIM
E35	Durante esse período no qual se sentia deprimido, você tinha <u>problemas de sono</u> , como dificuldades para iniciar o sono, acordar no meio da noite ou acordar cedo demais?	1	5
E36	Durante um período em que você esteve deprimido por dois anos ou mais, você freqüentemente <u>dormia demais</u> ?	1	5
E37	Durante um período de dois anos ou mais em que você esteve deprimido você com freqüência tinha <u>muito pouco apetite</u> ?	1	5
E38	Durante os dois anos em que você esteve deprimido, você freqüentemente <u>comia muito mais do que o normal para você</u> ?	1	5
E39	Você se sentia com falta de energia ou cansado na maior parte do tempo, mesmo quando não tinha trabalhado muito?	1	5
E40	Durante um período de dois anos de depressão, você freqüentemente sentia que você <u>não era tão bom quanto as outras pessoas</u> ?	1	5
E41	Você tinha tão <u>pouca confiança em si próprio</u> que nem tentaria dar sua opinião sobre qualquer coisa?	1	5
E42	Durante um período de dois anos em que esteve deprimido, você teve muito mais <u>dificuldade para se concentrar</u> do que é o normal para você?	1	5
E43	Durante um período de dois anos em que esteve deprimido, você teve <u>dificuldades para decidir sobre coisas</u> que normalmente não teria problemas para decidir?	1	5
E44	Durante um período de dois anos em que você esteve deprimido, você <u>freqüentemente chorava</u> ?	1	5
E45	Durante um período de dois anos em que você esteve deprimido, você freqüentemente se <u>sentia sem esperanças</u> , achando que não havia como melhorar as coisas?	1	5
E46	Durante qualquer período de dois anos em que você esteve deprimido, você freqüentemente <u>sentia que não conseguia lidar com</u> seu cotidiano e com suas responsabilidades?	1	5

		NÃO				SIM
E47	Durante um período de dois anos em que você esteve deprimido, você <u>sentia que sua vida sempre tinha sido ruim e que não iria ficar melhor?</u>	1				5
E48	Durante um longo período em que esteve deprimido, você achava que <u>não queria mais passar seu tempo com amigos ou parentes?</u>	1				5
E49	Durante um longo período em que esteve deprimido, você estava <u>menos falante que o normal</u> para você?	1				5
E50	Durante um período de dois anos em que esteve deprimido, você <u>perdeu interesse na maioria das coisas</u> como trabalho e hobbies ou coisas que normalmente gostava de fazer para se divertir?	1				5
E51	Durante um período de dois anos em que esteve deprimido, o seu <u>interesse por sexo estava muito menor que o habitual?</u>	1				5
SE NENHUM "5" CODIFICADO EM E35-E51, CODIFIQUE "1" EM E52 E SALTE PARA J1.						
E52	Alguma vez conversou com um médico sobre os <u>problemas</u> que estava tendo <u>durante este período de depressão</u> – problemas como (SINTOMAS CODIFICADOS COM "5" EM E35-E51)? SE NÃO SALTE P/1; SE SIM SALTE P/6.	DER:	2	3	4	5
1.	Você falou a qualquer outro profissional sobre os problemas que estava tendo durante este período de depressão? SE SIM SALTE P/4; SE NÃO PERGUNTE 2.					
2.	Você tomou remédios para os problemas que estava tendo durante este período de depressão mais de uma vez? SE SIM SALTE P/4; SE NÃO PERGUNTE 3.					
3.	Os problemas que estava tendo durante este período de depressão interferiram muita na sua vida ou atividades? SE SIM SALTE P/4; SE NÃO CODIFIQUE DER "2".					
4.	Alguma vez os problemas que estava tendo durante esse período de depressão resultaram de doença física ou traumatismo? NÃO .....SALTE PARA 2. SIM PERGUNTE: Os problemas que estava tendo durante este período de depressão resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "4"; SE NÃO PERGUNTE: Quando os problemas que estava tendo durante esse período de depressão não foram devidos a doença física ou traumatismo, resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO COD DER "5".					
5.	Alguma vez os problemas que estava tendo durante este período de depressão resultaram do uso de medicamentos, drogas ou álcool? NÃO CODIFIQUE DER "5". SIM PERGUNTE: Os problemas que estava tendo durante este período de depressão sempre resultaram do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3" ; SE NÃO COD DER "5".					
6.	Quando contou ao médico qual foi o diagnóstico?					
6.1	Doença mental.....CODIFIQUE DER "5".					
6.2	Doença orgânica/traumatismo.....PERGUNTE: Os problemas que estava tendo durante este período de depressão resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "4"; SE NÃO, PERGUNTE: Quando os problemas que estava tendo durante este período de depressão não foram devidos a doença física ou traumatismo, resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "4"; SE NÃO COD DER "5".					
6.3	Drogas, álcool ou medicações.....PERGUNTE: Os problemas que estava tendo durante esse período de depressão resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO PERGUNTE: Quando os problemas que estava tendo durante este período de depressão não foram devidos ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO COD DER "5".					
6.4	Não sabe, não lembra.....PERGUNTAR: Ele encontrou alguma coisa anormal quando o examinou, pediu exames ou Rx? NÃO.....CODIFIQUE DER "5". SIM.....PERGUNTE: Os problemas que estava tendo durante este período de depressão resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO, PERGUNTE: Quando os problemas que estava tendo durante este período de depressão não foram devidos ao uso de remédios, drogas ou álcool, resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER "3"; SE NÃO COD DER "5".					
E53	INIC: Que idade tinha quando iniciou seu primeiro período de dois anos ou mais em que se sentia triste e teve algum desses outros problemas como (SINTOMAS CODIFICADOS "5" EM E35-E51 E NÃO ATRIBUIDO SOMENTE A DOENÇA FÍSICA OU MEDICAÇÃO, DROGAS OU ÁLCOOL)?	IDADE INÍC:	___/___			
	ÚLT VEZ: Quando seu último período como este terminou?	ÚLT VEZ:	1	2	3	4 5 6
		ID ÚLT VEZ:	___/___			
E54	SE EM D69 IDADE INÍCIO ESTIVER EM BRANCO OU FOR MENOR QUE A IDADE DE INÍCIO EM E53, SALTE P/J1. Você disse anteriormente que teve um longo período em que se sentia ansioso e preocupado sobre diversas coisas diferentes. Este período inteiro de sentir-se ansioso e preocupado ocorreu dentro de um desses longos períodos nos quais você se sentia deprimido na maior parte do tempo?	NÃO.....				1
		SIM.....				5
J1	APRESENTE O CARTÃO 4 PARA O ENTREVISTADO. Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre o uso de bebidas alcoólicas por você como cerveja, vinho ou cachaça. Em toda sua vida, você tomou pelo menos 12 doses de qualquer dessas bebidas? Por favor, conte as doses como mostra este cartão.	NÃO.....				1
		SIM..(SALTE P/J2).....				5

A.	Então você não bebeu no mínimo 12 doses, mesmo contando com ocasiões especiais ou feriados?	NUNCA TOMOU MAIS DE 12 DOSES...(SALTE P/L1).....1 TOMOU MAIS DE 12 DOSES.....5
J2	Nos últimos 12 meses, tomou pelo menos 12 doses de qualquer tipo de bebida alcoólica?	NÃO.....1 SIM...(SALTE P/J3).....5
A.	E no passado, em um período qualquer de 1 ano de toda sua vida, você tomou no mínimo 12 doses de qualquer bebida alcoólica?	NÃO...(SALTE P/L1).....1 SIM...(SALTE P/ J5A).....5
J3	Nos últimos 12 meses, você tomou no mínimo uma dose.... (CODIFIQUE O PRIMEIRO SIM)	Quase todos dias?.....1 3 ou 4 dias por semana?.....2 1 ou 2 dias por semana?.....3 1 a 3 dias por mês?.....4 menos de 1 vez por mês?.....5
J4	Nos últimos 12 meses, nos dias em que bebia mais, quantas doses tomava usualmente em um dia? REGISTRE RESPOSTA E COD QUANTIDADE BEBIDAS USANDO CARTÃO 4 _____	_____/_____ QUANTIDADE DE DOSES EM 24 HORAS
J5	Agora pensando em toda sua vida, alguma vez houve um período no qual você bebeu mais do que nos 12 meses passados?	NÃO...(SALTE P/C).....1 SIM.....5
A.	Focalizando no período em que você bebia mais, com que frequência bebia? Era...(CODIFIQUE O PRIMEIRO SIM)	Quase todos dias?.....1 3 ou 4 dias por semana?.....2 1 ou 2 dias por semana?.....3 1 ou 3 dias por mês?.....4 menos de 1 vez por mês?.....5
B.	Durante o ano no qual estava bebendo mais, mais ou menos quantos doses você tomava em um dia? REGISTRE RESPOSTA E CODIFIQUE DOSES USANDO CARTÃO 4 _____	_____/_____ QUANTIDADE DE DOSES EM 24 HORAS
C.	Quando que você começou a beber (FREQUÊNCIA E QUANTIDADE EM A E B, SE EM BRANCO, USE J3 E J4)?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: ____/____
D.	Quando você bebeu pela última vez (FREQUÊNCIA E QUANTIDADE EM A E B, SE EM BRANCO, USE J3 E J4)?	ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 ID ÚLT VEZ: ____/____
J6	Alguma vez houve um período em sua vida em que <u>estar embriagado ou de ressaca</u> freqüentemente <u>interferiu nas suas atividades na escola</u> , trabalho ou em casa?	NÃO.....1 SIM.....5
J7	Alguma vez houve um período na sua vida em que <u>você</u> freqüentemente <u>entrava em brigas</u> enquanto bebia?	NÃO.....1 SIM.....5
A.	O seu <u>modo de beber</u> freqüentemente <u>causava problemas entre você e os membros da sua família ou amigos</u> ?	NÃO.....1 SIM.....5
SE J7 E J7A AMBOS CODIFICADOS COM “1”, SALTE PARA J8.		
B.	Você <u>continuou bebendo após saber que isto estava lhe causando problemas no relacionamento com outras pessoas</u> ?	NÃO.....1 SIM.....5
J8	Alguma vez você <u>foi preso</u> por perturbar a paz ou por <u>dirigir enquanto estava sob a influência do álcool</u> ?	NÃO.....1 SIM.....5
J9	Houve um período em sua vida em que você com frequência estava <u>sob influência do álcool</u> em situações nas quais poderia se <u>ferir</u> , por exemplo andando de bicicleta, dirigindo, operando uma máquina, ou qualquer outra coisa?	NÃO.....1 SIM.....5
SE NENHUM “5” CODIFICADO EM J6-J9, SALTE PARA J11.		
J10	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez (SINTOMAS CODIFICADOS “5” EM J6-J9)?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: ____/____ ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 ID ÚLT VEZ: ____/____
J11	Alguma vez você <u>teve que beber muito mais do</u> que estava acostumado <u>para conseguir ter o efeito que queria</u> ?	NÃO .....1 SIM...(SALTE P/J12).....5*
A.	Alguma vez achou que beber <u>a mesma quantidade de álcool tinha menos efeito do que antes</u> ?	NÃO.....1 SIM.....5*
J12	Alguma vez na sua vida você <u>sentiu um desejo tão forte</u> ou uma necessidade tão grande de beber que <u>você não conseguiu ficar sem beber</u> ?	NÃO.....1 SIM...(SALTE P/J13).....5*

A.	Alguma vez você <u>sentiu tanta vontade de beber que não podia pensar em outra coisa?</u>	NÃO.....1		
		SIM.....5*		
J13	Alguma vez houve um período na sua vida no qual <u>you bebu mais do que desejava?</u>	NÃO.....1		
		SIM...(SALTE P/J14).....5*		
A.	Alguma vez houve um período no qual <u>you com frequência se manteve bebendo por muito mais tempo do que desejava?</u>	NÃO.....1		
		SIM.....5*		
J14	Houve algum período na sua vida no qual você quis parar ou diminuir o uso de bebida?	NÃO.....1		
		SIM.....5*		
A.	Alguma vez <u>tentou parar ou diminuir o uso de bebida mas não conseguiu?</u>	NÃO.....1		
		SIM.....5*		
J15	Houve um período na sua vida em que <u>gastou muito tempo consumindo bebidas alcoólicas ou se recuperando de seus efeitos?</u>	NÃO.....1		
		SIM.....5*		
J16	O hábito de beber alguma vez o fez <u>abandonar ou reduzir atividades</u> muito importantes, como participar em atividades esportivas, ir à escola ou trabalho, ou encontrar-se com amigos ou parentes?	NÃO.....1		
		SIM.....5*		
J17	Vou lhe fazer perguntas sobre alguns problemas que você pode ter tido nos primeiros dias após ter parado ou diminuído o consumo de bebida. SE NUNCA PAROU OU DIMINUIU, CODIFIQUE J17.1 = "6" E SALTE PARA B. OUTROS LEIA E CODIFIQUE ITENS 1-11	NÃO	SIM	NUNCA PAROU
	1. Por exemplo, nos primeiros dias, você teve tremores (mãos trêmulas)?	1	5	6
	2. Teve mais problema para dormir do que o usual?	1	5	
	3. Você estava mais nervoso que o usual?	1	5	
	4. Sentiu-se mais inquieto que o usual?	1	5	
	5. Você suou?	1	5	
	6. Sentiu seu coração batendo rápido?	1	5	
	7. Você teve náuseas ou vômitos?	1	5	
	8. Você teve dor de cabeça?	1	5	
	9. Você se sentiu fraco?	1	5	
	10. Você viu, escutou, ou sentiu coisas que outros não viam, escutavam ou sentiam?	1	5	
	11. Você teve um ataque epilético?	1	5	
A.	EXISTEM 2 OU MAIS "5" CODIFICADOS DE 1- 11?	NÃO	1	
	SINTOMA = <u>parar ou diminuir causou problemas</u>	SIM...(SALTE P/J18).....	5*	
B.	Alguma vez você <u>bebeu para evitar ter esses problemas</u> (ou bebia para fazer com que eles desaparecessem)	NÃO	1	
		SIM.....	5*	
J18	Na sua vida inteira, beber alguma vez lhe causou algum dos <u>problemas médicos</u> como:	NÃO	SIM	
	1. doença do fígado ou hepatite?	1	5	
	2. doença do estômago ou vômito de sangue?	1	5	
	3. formigamento ou adormecimento nos pés?	1	5	
	4. problemas de memória mesmo quando não estava bebendo?	1	5	
	5. pancreatite?	1	5	
	6. alguma outra doença? Qual? _____	1	5	
	SE ALGUM "5" FOR CODIFICADO EM 1-6, PERGUNTE A. OUTROS SALTE P/J19.			
A.	Você <u>continuou a beber após saber que a bebida estava lhe causando um problema de saúde?</u>	1	5*	
J19	Você <u>continuou a beber quando soube que tinha</u> alguma (outra) <u>doença física grave</u> que piorava com a bebida?	1	5*	
J20	O <u>álcool</u> alguma vez lhe <u>causou algum dos problemas emocionais ou psicológicos</u> como:	NÃO	SIM	
	1. sentir-se desinteressado das suas atividades usuais?	1	5	
	2. sentir-se deprimido?	1	5	
	3. suspeitar ou desconfiar dos outros?	1	5	
	4. ter pensamentos estranhos?	1	5	
	SE ALGUM "5" CODIFICADO DE 1-4, PERGUNTE A; OUTROS SALTE PARA B.			
A.	Você <u>continuou a beber mesmo sabendo que a bebida estava lhe causando problemas emocionais ou psicológicos?</u>	NÃO.....	1	
		SIM.....	5*	
B.	EXISTEM 3 OU MAIS "5*" EM J11-J20?	NÃO...(SALTE P/J23)	1	
		SIM.....	5	
J21	Você disse que (LISTE OS ÍTENS CODIFICADOS "5" EM J11-J20). Houve algum período da sua vida em que você teve 3 ou mais desses problemas no mesmo ano?	NÃO...(SALTE P/J23).....	1	
		SIM.....	5	
J22	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez que você teve 3 ou mais desses problemas decorrentes do álcool em um mesmo ano?	INÍC: 1 2 3 4 5 6	IDADE INÍC: ___/___	
		ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6	ID ÚLT VEZ: ___/___	

J23 SE NENHUM “5*” CODIFICADO EM J11-J20, SALTE PARA L1

INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/ultima) vez que você teve qualquer um dos problemas mencionados?

INÍC: 1 2 3 4 5 6
 IDADE INÍC: ___/___
 ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6
 ID ÚLT VEZ: ___/___

L1	Você tomou algum desses medicamentos no último ano? APRESENTE O CARTÃO 5 AO ENTREVISTADO. ANOTAR RESPOSTA NO QUADRO 1 a) Quais? b) Quem prescreveu? APRESENTE CARTÃO 6 c) Onde conseguiu o medicamento? APRESENTE CARTÃO 7 d) Usou algum medicamento no último mês?	NÃO.....(SALTE P/L2).....1 SIM.....5
L2	Você fez uso de alguma das drogas listadas no cartão por mais de cinco vezes no último ano? APRESENTE CARTÃO 8 AO ENTREVISTADO. ANOTAR RESPOSTA NO QUADRO 2. a) Quais? b) Usou alguma droga no último mês?	NÃO.....(SALTE P/K1).....1 SIM.....5

QUADRO 1

A. MEDICAMENTOS	B. QUEM PRESCREVEU	C. ORIGEM	D. USO ÚLTIMO MÊS	
			NÃO	SIM
1.			1	5
2.			1	5
3.			1	5
4.			1	5
5.			1	5
6.			1	5
7.			1	5
8.			1	5
9.			1	5
10.			1	5

QUADRO 2

A. DROGAS	B. USO ÚLTIMO MÊS		
		NÃO	SIM
1.		1	5
2.		1	5
3.		1	5
4.		1	5
5.		1	5
6.		1	5
7.		1	5
8.		1	5
9.		1	5
10.		1	5

K1	Agora eu gostaria de perguntar se alguma vez você se sentiu incomodado por ter certos pensamentos desagradáveis que permaneciam vindo à sua mente contra a sua vontade. Um exemplo seria a idéia persistente de que suas mãos estavam sujas ou de que elas tinham germes. Você já teve algum tipo de pensamento desagradável como esses?	NÃO.....1 SIM.....5
A	Um outro exemplo de pensamento desagradável seria a idéia persistente de que poderia ferir alguém, apesar de você realmente não querer; ou pensamentos que o envergonhassem, mas que não saem de sua mente. Você já teve algum pensamento desagradável e persistente como esses?	NÃO.....1 SIM.....5
B.	K1 OU K1A CODIFICARAM “5”?	NÃO..(SALTE P/K9).....1 SIM.....5

K2	Você teve esses pensamentos apenas por um curto período de tempo ou eles ficaram incomodando por um período de no mínimo 2 semanas?	MENOS QUE 2 SEMANAS ...(SALTE P/ K9).....1 2 SEMANAS OU MAIS.....5
K3	Pode me dar exemplos do tipo de pensamento que o incomodavam? EX: _____ TODOS OS EXEMPLOS EXCLUSIVAMENTE DESCREVEM:	NÃO SIM
	1) SENTIMENTOS DE CULPA	1 5
	2) PREOCUPAÇÃO COM AS FORMAS DO CORPO, COM PESO, OU COMER?	1 5
	3) PREOCUPAÇÕES COM OBTER, UTILIZAR OU LIVRAR-SE DE DROGAS OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS?	1 5
	4) PREOCUPAÇÃO POR ESTAR ARRANCANDO CABELOS?	1 5
	5) PREOCUPAÇÃO COM DOENÇA SEVERA?	1 5
	6) ALGUMA COMBINAÇÃO DE 1-5?	1 5
	SE ALGUM “5” FOI CODIFICADO SALTE PARA K9.	
K4	Acha que qualquer desses pensamentos era irracional ou sem sentido?	1 5
A.	Você tinha esses pensamentos mais freqüentemente que deveria ter?	1 5
B.	Quando você pensava sobre essas coisas, você gostava?	1 5
K5	Esses pensamentos continuavam voltando muitas vezes à sua mente mesmo que fizesse muita força para resistir, ignorar ou se livrar deles? SE NÃO CODIFIQUE 1 E SALTE P/ K9; SE SIM PERGUNTE:	DER: 1 3 4 5
	# Você contou a um médico sobre esses pensamentos? SE NÃO PERGUNTE 1; SE SIM PERGUNTE 3.	
1.	Alguma vez estes pensamentos resultaram de doença física ou traumatismo? NÃO .....SALTE PARA 2 SIM .....PERGUNTE: Esses pensamentos resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO PERGUNTE: Quando esses pensamentos não foram devidos a doença física ou traumatismo, resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.	
2.	Alguma vez esses pensamentos resultaram do uso de medicamentos, drogas ou álcool? NÃO .....CODIFIQUE DER “5”. SIM .....PERGUNTE: Esses pensamentos sempre resultaram do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.	
3.	Quando contou ao médico qual foi o diagnóstico? _____ 3.1 Doença mental.....CODIFIQUE DER “5”. 3.2 Doença orgânica/traumatismo.....PERGUNTE: Esses pensamentos resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO, PERGUNTE: Quando estes pensamentos não foram devido doença física ou traumatismo, resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO COD DER “5”. 3.3 Drogas, álcool ou medicamentos.....PERGUNTE: Estes pensamentos resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO PERGUNTE: Quando estes pensamentos não foram devido ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”. 3.4 Não sabe, não lembra.....PERGUNTAR: Ele encontrou alguma coisa anormal quando o examinou, pediu exames ou Rx? NÃO.....CODIFIQUE DER “5”. SIM.....PERGUNTE: Esses pensamentos resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO, PERGUNTE: Quando estes pensamentos não foram devido ao uso de remédios, drogas ou álcool, resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD “DER 5”.	
K6	Esses pensamentos o incomodaram freqüentemente por mais de uma hora a cada vez?	NÃO.....1 SIM.....5
K7	Ficar pensando nessas idéias interferiu com sua vida, ou trabalho, ou lhe causou dificuldades com a sua família ou amigos, ou o deixou muito incomodado?	NÃO.....1 SIM.....5
K8	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi (primeira/ultima) vez que você se sentiu incapaz de tirar de sua mente um pensamento desagradável deste tipo?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: ___/___ ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 ID ÚLT VEZ: ___/___
K9	Algumas pessoas tem a sensação desagradável de ter que <u>fazer repetidamente</u> as mesmas coisas, mesmo sabendo que isto é realmente uma bobagem, mas não conseguem resistir em fazê-las - coisas como lavar as mãos repetidamente ou voltar muitas vezes para se certificarem de que trancaram a porta ou de que fecharam o gás do fogão. Você já teve que fazer repetidamente alguma coisa assim? SE CODIF “5”, PERGUNTE EXEMPLO: _____	NÃO.....1 SIM.....5

K10	Alguma vez teve um período em que tinha que <u>fazer alguma coisa numa certa ordem</u> , como por exemplo, vestir-se numa certa ordem, e caso você se enganasse, tinha que repetir tudo desde o começo? SE CODIF “5”, PERGUNTE EXEMPLO: _____	NÃO.....1 SIM.....5
K11	Alguma vez houve um período de várias semanas em que você tinha que <u>contar alguma coisa</u> , como por exemplo, os quadrados de calçadas, e não conseguia deixar de contar mesmo que tentasse? SE CODIF “5”, PERGUNTE EXEMPLO: _____	NÃO.....1 SIM.....5
K12	Alguma vez houve um período em que você teve que dizer <u>certas palavras</u> repetidas vezes em voz alta ou para si mesmo? SE CODIF “5”, PERGUNTE EXEMPLO: _____	NÃO.....1 SIM.....5
SE K9-K12 TODOS CODIFICADOS “1”, SALTE PARA K22."		
K13	Você mencionou que você teve (SINTOMAS CODIFICADOS “5” DE K9-K12). Acha que fazer estas coisas era desnecessário ou que você as fez exageradamente?	NÃO.....1 SIM.....5
K14	Você se esforçava para não fazer estas coisas, mas fazia de qualquer jeito?	CONSEGUIA CONTROLAR.....1 NÃO TENTAVA, LOGO NS.....3 SIM .....5
		NÃO SIM
K15	Você se sentia muito desconfortável se não fizesse aquelas coisas?	1 5
A.	Você sentia que alguma coisa ruim poderia acontecer se não as fizesse?	1 5
K16	Quando você fazia essas coisas, você gostava de fazê-las?	1 5
K17	Você contou ao médico a respeito de (SINTOMAS CODIFICADOS “5” DE K9-K12)? SE NÃO PERGUNTE 1; SE SIM PERGUNTE 3.	DER: 3 4 5
1.	Alguma vez esses problemas como (SINTOMAS COD “5” DE K9-K12) resultaram de doença física ou traumatismo? NÃO SALTE PARA 2. SIM PERGUNTE: Os problemas como (SINTOMAS COD “5” DE K9-K12) resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO PERGUNTE: Quando os problemas como (SINTOMAS COD “5” DE K9-K12) não foram devidos a doença física ou traumatismo resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD “DER 5”.	
2.	Alguma vez os problemas como (SINTOMAS COD “5” DE K9-K12) resultaram do uso de medicamentos, drogas ou álcool? NÃO CODIFIQUE DER “5”. SIM PERGUNTE: Os problemas como (SINTOMAS COD “5” DE K9-K12) sempre resultaram do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.	
3.	Quando contou ao médico qual foi o diagnóstico? 3.1 Doença mental.....CODIFIQUE DER “5”. 3.2 Doença orgânica/traumatismo.....PERGUNTE: Os problemas como (SINTOMAS COD “5” DE K9-K12) resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “4” - SE NÃO, PERGUNTE: Quando os problemas como (SINTOMAS COD “5” DE K9-K12) não foram devidos a doença física ou traumatismo, resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “4”; SE NÃO COD DER “5”. 3.3 Drogas, álcool ou medicamos.....PERGUNTE: Os problemas como (SINTOMAS COD “5” DE K9-K12) resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO PERGUNTE: Quando os problemas como (SINTOMAS COD “5” DE K9-K12) não foram devidos ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”. 3.4 Não sabe, não lembra.....PERGUNTAR: Ele encontrou alguma coisa anormal quando o examinou, pediu exames ou Rx? NÃO.....CODIFIQUE DER “5”. SIM.....PERGUNTE: Os problemas como (SINTOMAS COD “5” DE K9-K12) resultaram sempre do uso de medicamentos, drogas ou álcool? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO, PERGUNTE: Quando os problemas como (SINTOMAS COD “5” DE K9-K12) não foram devidos ao uso de medicamentos, drogas ou álcool, resultaram sempre de doença física ou traumatismo? SE SIM COD DER “3”; SE NÃO COD DER “5”.	
K18	INÍC/ÚLT VEZ: Quando foi a (primeira/última) vez que você teve (essas idéias/que fazer essas coisas)?	INÍC: 1 2 3 4 5 6 IDADE INÍC: / ÚLT VEZ: 1 2 3 4 5 6 ID ÚLT VEZ: /
K19	Ter que (SINTOMAS CODIFICADOS “5” DE K9-K12) alguma vez interferiu em sua vida ou trabalho, ou causou problemas com seus parentes ou amigos, ou o deixou muito incomodado?	NÃO.....1 SIM.....5
K20	Você tinha que fazer qualquer uma daquelas coisas na maioria dos dias por um período de duas semanas no mínimo?	NÃO.....1 SIM.....5
K21	Você com frequência gastava mais de uma hora por dia fazendo essas coisas?	NÃO.....1 SIM.....5

K22 Agora eu gostaria de lhe perguntar sobre situações extremamente estressantes ou eventos muito tristes que algumas vezes ocorrem as pessoas. APRESENTE O CARTÃO 9 P/O ENTREVISTADO. Alguns desses eventos estão listados neste cartão.

PERGUNTE K22.1-K22.32. COD NA COL. I.		COL. I	COL. II	A	B (n_x)	C (ONS)	C (AGO)	D (REC)	D (AGR)
PARA CADA COD "5" NA COL I, PERGUNTE:									
A) Pensando em uma escala de 0 a 5 qual foi a intensidade desse evento na sua vida?									
B) Quantas vezes você passou por essa experiência?									
C) Que idade você tinha quando isto ocorreu pela primeira vez?									
D) Que idade você tinha quando ocorreu pela última vez?									
K22_1	Você já teve experiência de contato direto em uma guerra?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_2	Esteve envolvido em um acidente de automóvel/moto com risco de vida?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_3	Esteve envolvido em algum outro tipo de acidente com risco de vida?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_4	Alguma vez esteve envolvido em um incêndio, inundação ou outro desastre natural?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_4a	SE SIM, PERGUNTAR: Qual? _____								
K22_5	Alguma vez presenciou alguém sofrer uma lesão grave com risco de vida ou ser assassinado?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_5a	SE SIM, PERGUNTAR: Quem? _____								
K22_6	Você já presenciou um assalto a banco?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_7	Alguma vez foi atacado fisicamente ou assaltado sem arma?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_8	Foi rendido, assaltado ou ameaçado com uma arma?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_9	Alguma vez você foi mantido em cativeiro, raptado ou seqüestrado (não relâmpago)?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_10	Você já foi vítima de um seqüestro relâmpago?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_11	Alguma vez foi torturado ou foi vítima de terrorismo?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_12	Alguém já o ameaçou de morte?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_13	Alguma vez você foi vítima de guerra de gangues ou de traficantes?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_14	Alguma vez você presenciou um tiroteio?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_15	Recebeu um diagnóstico de doença com risco de vida?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_16	Alguma vez foi estuprado, isto é, alguém manteve relação sexual com você contra sua vontade, ameaçando você ou usando a força?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_17	Alguma vez você foi molestado sexualmente, isto é, alguém tocou ou sentiu suas partes íntimas contra sua vontade?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_18	Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimentos?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_19	Foi agredido fisicamente por seu cônjuge?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_20	Apanhou muito de qualquer outra pessoa?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_21	Quando criança, presenciou briga séria com agressão física, em casa?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__
K22_22	Alguém muito próximo a você morreu de repente, por exemplo, em acidente, foi assassinado, cometeu suicídio ou teve um ataque cardíaco?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/__	1 2 3 4 5 6	__/__

PERGUNTE K22.1-K22.32. COD NA COL. I. PARA CADA COD "5" NA COL I, PERGUNTE:		COL. I	COL. II	A	B (n_x)	C (ONS)	C (AGO)	D (REC)	D (AGR)
A) Pensando em uma escala de 0 a 5 qual foi a intensidade desse evento na sua vida?									
B) Quantas vezes você passou por essa experiência?									
C) Que idade você tinha quando isto ocorreu pela primeira vez?									
D) Que idade você tinha quando ocorreu pela última vez?									
K22_23	Algum filho seu teve uma doença ou ferimento que representasse risco de vida?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_
K22_24	Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você não estava em casa?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_
K22_25	Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você estava em casa?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_
K22_26	Você já viu um cadáver, excluindo em funerais, ou teve que tocar um cadáver por qualquer motivo?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_
K22_27	Você já viu atrocidades ou carnificinas, como corpos mutilados ou chacinas?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_
K22_28	Você já passou por algum desastre causado pelo homem, tal como, choque de trem, metrô, desmoronamento de prédio, incêndio durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou de se ferir gravemente?	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_
K22_29	Você já sofreu anestesia geral?	1 5							
K22_29a	SE SIM, PERGUNTAR: Você tem lembranças ou memórias ruins de um período no qual sofreu anestesia geral?	1 5	1 5	___		1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_
K22_30	Você ou algum parente seu presenciou ou sofreu consequências diretas do atentados do PCC de 2006? SE SIM SALTAR PARA K22_32.	1 5	1 5	___		1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_
K22_31	Você ficou muito estressado com os atentados do PCC em 2006 mesmo não presenciando ou sofrendo consequências diretas dos atentados?	1 5	1 5	___		1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_
K22_32	Você já foi ameaçado por meio de ligação telefônica?	1 5	1 5	___		1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_
K22_33	Alguma vez vivenciou qualquer outra situação extremamente estressante ou que o deixasse muito abalado? SE SIM, PERGUNTE: Qual foi a situação mais estressante ou triste que aconteceu com você? DESCRIÇÃO: _____ _____ SE FOR EVENTO FOR LUTO, DOENÇA CRÔNICA, PERDA NOS NEGÓCIOS, CONFLITO CONJUGAL/ FAMILIAR, LIVRO, FILME OU TELEVISÃO, COD "1", OUTROS COD "5".	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_
K22_34	Alguma vez sofreu um grande choque porque um dos eventos da lista ocorreu com alguém próximo a você? SE SIM, PERGUNTE: Dentre os eventos estressantes que aconteceram a alguém próximo a você, qual você achou mais estressante e triste? DESCRIÇÃO: _____ _____ SE O EVENTO FOR LUTO, DOENÇA CRÔNICA, PERDA NOS NEGÓCIOS, CONFLITO CONJUGAL/ FAMILIAR, LIVRO, FILME, OU TELEVISÃO, COD "1". OUTROS COD "5". SE NENHUM "5" NA COL I, SALTE P/QUESTIONARIO PANAS. SE APENAS UM "5" NA COL I COD "5" P/AQUELE EVENTO NA COL II E PERGUNTE K22A.1. OUTROS SALTE P/K22A.2	1 5	1 5			1 2 3 4 5 6	__/_	1 2 3 4 5 6	__/_

- K22A 1. Você disse que vivenciou (EVENTOS CODIFICADOS NA COL. I). Isto ocorreu apenas uma vez na sua vida ou mais de uma vez? SE APENAS 1 VEZ, SALTE PARA K22B, OUTROS PERGUNTE: Dessas vezes, alguma delas foi mais estressantes ou triste que as outras? SALTE PARA K22B.
2. Você disse que vivenciou (EVENTOS CODIFICADOS “5” NA COL. I). Daqueles eventos, qual foi o mais estressante ou triste? CODIFIQUE “5” PARA AQUELE EVENTO NA COL II.

K22B	PARA EVENTO CODIFICADO COM “5” NA COL. II, PERGUNTE: Quantos anos você tinha quando (EVENTO) aconteceu?	IDADE: ___/___
K22C	PARA EVENTO CODIFICADO “5” NA COL II, PERGUNTE: Quando aconteceu você se sentiu apavorado?	NÃO .....1 SIM .....5
K22D	PARA EVENTO CODIFICADO COM “5” NA COL II, PERGUNTE: Quando o (EVENTO) aconteceu, você se sentiu muito sozinho?	NÃO .....1 SIM .....5

Agora eu gostaria de lhe perguntar sobre o período de tempo após a experiência estressante ou triste que vivenciou.
PERGUNTE K23 A K45 P/EVENTO COD “5” NA COL II

		NÃO	SIM
K23	Você ficava <u>relembrando</u> (EVENTO) mesmo <u>quando não queria</u> ?	1	5
K24	Após o (EVENTO), você tinha <u>sonhos ruins ou pesadelos sobre ele</u> ?	1	5
K25	Você repentinamente agia ou se <u>sentia como se o (EVENTO) estivesse acontecendo novamente, mesmo sabendo que não estava</u> ?	1	5
K26	Você <u>ficava muito chateado quando alguém lhe lembrava a situação</u> ?	1	5
K27	Você <u>suava</u> , ou seu <u>coração acelerava</u> ou você <u>tremia</u> quando lembrava o (EVENTO)?	1	5
SE K23 A K27 TODOS CODIFICARAM “1”, SALTE PARA US2.			
K28	Após (EVENTO) você teve <u>problemas para dormir</u> ?	1	5
K29	Após o (EVENTO), você com frequência se sentia <u>irritado ou perdia a paciência muito mais do que é o habitual</u> ?	1	5
K30	Você tinha <u>dificuldade para se concentrar</u> ?	1	5
K31	Após (EVENTO) você passou a ficar <u>mais preocupado com o perigo</u> ou muito mais cuidadoso?	1	5
K32	Após (EVENTO) você se tornou <u>mais assustado ou amedrontado por barulhos e acontecimentos comuns</u> ?	1	5
SE K28 - K32 CODIFICARAM “1”, SALTE PARA QRR1.			
K33	Você deliberadamente <u>tentou não pensar ou falar sobre (EVENTO)</u> ?	1	5
K34	Você <u>evitou locais ou pessoas ou atividades que poderiam lhe lembrar o (EVENTO)</u> ?	1	5
K35	Após (EVENTO) você teve um “branco” de memória para todo ou partes do evento?	NÃO.....(SALTE P/K36)..1 SIM .....5	
SE EVENTO CODIFICADO COM “5” NA COL II. FOR TESTEMUNHAR UM ACIDENTE OU SE ACONTECEU A PARENTES OU AMIGOS, SALTE PARA K36. OUTROS PERGUNTE:		NÃO	SIM
K35_A	Você sofreu uma lesão como resultado do (EVENTO)?	1	5
K35_B	Você ficou inconsciente por mais de 10 minutos?	1	5
K36	Após (EVENTO) você <u>perdeu o interesse em fazer coisas que antes eram importantes ou prazerosas para você</u> ?	1	5
K37	Após (EVENTO) você se <u>sentiu mais isolado ou distante das outras pessoas</u> ?	1	5
K38	Após (EVENTO) você achou que tinha mais <u>dificuldade em vivenciar sentimentos normais</u> como amor ou afeição em relação a outras pessoas?	1	5
K39	Após (EVENTO) você começou a <u>sentir que não havia mais razão em pensar no futuro</u> ?	1	5
SE K33 A K39 TODOS CODIFICAREM “1”, SALTE PARA US2.			

QRR4 EM	Por favor, indique o quanto você acha que o (EVENTO CODIFICADO “5”NA COL II OU K46A) evento traumático foi resultado de um ato deliberado ou intencional:	Nada intencional.....1 Muito pouco intencional.....2 Um pouco.....3 Mais ou menos.....4 Totalmente.....5
---------	---	--

QRR5 EM	Você teve alguém com quem conversar após o (EVENTO CODIFICADO “5”NA COL II OU K46A)?	NÃO.....1 SIM .....5
---------	--	-------------------------

QRR6 COL II	Você recebeu algum treinamento sobre como lidar com (EVENTO CODIFICADO “5”NA COL II OU EM K46A)?	NÃO .....1 SIM .....5
-------------	--	--------------------------

IT Instruções: As questões a seguir se referem a reações que você pode ter tido **durante ou imediatamente após** (EVENTO CODIFICADO “5”NA COL II OU EM K46A). Para cada item, marque de 0 a 6 para mostrar o quanto estas reações ocorreram com você. APRESENTE O CARTÃO 10 PARA O ENTREVISTADO.

IT1	Marque o quanto você se sentiu congelado ou paralisado durante o acontecimento.	0 Não me senti paralisado ou congelado	1	2	3	4	5	6 Senti-me totalmente paralisado ou congelado
IT2	Marque o quanto você se sentiu incapaz de se mexer mesmo que ninguém o estivesse prendendo durante o acontecimento.	0 Senti-me capaz de me mexer	1	2	3	4	5	6 Senti vontade de me mexer, mas fiquei “travado”
IT3	Marque o quanto seu corpo ficou tremendo ou sacudindo durante o acontecimento.	0 Não fiquei tremendo ou sacudindo	1	2	3	4	5	6 Fiquei tremendo ou sacudindo extremamente
IT4	Marque o quanto você se sentiu incapaz de gritar mesmo tendo vontade durante o acontecimento.	0 Senti-me capaz de gritar	1	2	3	4	5	6 Senti vontade de gritar, mas fiquei “travado”
IT5	Marque o quanto você consegue se lembrar dos detalhes do acontecimento.	0 Lembro-me de tudo	1	2	3	4	5	6 Não me lembro de nada
IT6	Marque o quanto você se sentiu anestesiado ou sem dor durante o acontecimento.	0 Não me senti anestesiado	1	2	3	4	5	6 Extremamente anestesiado
IT7	Marque o quanto você sentiu frio durante o acontecimento.	0 Não senti frio algum	1	2	3	4	5	6 Senti frio extremo
IT8	Marque o quanto você sentiu medo ou pânico durante o acontecimento.	0 Fiquei totalmente calmo	1	2	3	4	5	6 Senti medo extremo
IT9	Marque o quanto você achou que ia morrer durante o acontecimento.	0 Não achei que ia morrer	1	2	3	4	5	6 Tive certeza absoluta de que ia morrer
IT10	Marque o quanto você se sentiu incapaz de escapar mesmo tendo vontade.	0 Senti-me capaz de escapar	1	2	3	4	5	6 Senti vontade de escapar, mas fiquei “travado”
IT11	Marque o quanto você se sentiu desligado de si mesmo (por exemplo, sensação de sair do corpo) durante o acontecimento.	0 Não me senti desligado de mim mesmo	1	2	3	4	5	6 Senti-me extremamente desligado de mim mesmo
IT12	Marque o quanto você se sentiu distante da situação (por exemplo, sensação de ir para outro lugar) durante o acontecimento.	0 Não me senti distante da situação	1	2	3	4	5	6 Senti-me extremamente distante da situação
IT13	Marque o quanto você se sentiu culpado ou envergonhado após o acontecimento.	0 Não me senti culpado ou envergonhado	1	2	3	4	5	6 Senti-me extremamente culpado ou envergonhado

DPT Por favor, preencha os itens abaixo marcando a opção que melhor descreve suas sensações e reações **durante o** (EVENTO CODIFICADO “5”NA COL II OU EM K46A) **e imediatamente após este acontecimento**. Para cada item, marque de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você. APRESENTE O CARTÃO 11 PARA O ENTREVISTADO.

DPT1	Houve momentos em que eu perdi a noção do que estava acontecendo – “Me deu um branco” ou “eu saí do ar” ou de alguma forma eu senti como se eu não fizesse parte do que estava acontecendo.	1 Não	2 Leve	3 Moderado	4 Muito	5 Extremamente
------	---	----------	-----------	---------------	------------	-------------------

DPT2	Eu senti que eu estava no “piloto automático” – Eu acabei fazendo coisas que mais tarde percebi que não tive intenção de fazer.	1 Não	2 Leve	3 Moderado	4 Muito	5 Extremamente
DPT3	Minha noção do tempo mudou – as coisas pareciam estar acontecendo em câmera lenta.	1 Não	2 Leve	3 Moderado	4 Muito	5 Extremamente
DPT4	O que estava acontecendo parecia que não era real, como se eu estivesse num sonho ou assistindo um a filme ou uma peça de teatro.	1 Não	2 Leve	3 Moderado	4 Muito	5 Extremamente
DPT5	Eu me senti como se estivesse assistindo a tudo o que estava acontecendo comigo pelo lado de fora, como um espectador, ou como se eu estivesse flutuando, vendo tudo de cima.	1 Não	2 Leve	3 Moderado	4 Muito	5 Extremamente
DPT6	Houve momentos em que a noção que eu tinha do meu próprio corpo parecia distorcida ou modificada. Eu me senti desligado do meu corpo ou que meu corpo estava maior ou menor do que o habitual.	1 Não	2 Leve	3 Moderado	4 Muito	5 Extremamente
DPT7	Eu me senti como se as coisas que estavam acontecendo com outras pessoas estivessem acontecendo comigo – por exemplo, alguém foi preso, e eu senti que era eu quem estava sendo preso.	1 Não	2 Leve	3 Moderado	4 Muito	5 Extremamente
DPT8	Eu fiquei surpreso por descobrir mais tarde que várias coisas que tinham acontecido naquela ocasião eu não havia percebido, principalmente coisas que eu normalmente teria notado.	1 Não	2 Leve	3 Moderado	4 Muito	5 Extremamente
DPT9	Eu me senti confuso: ou seja, houve momentos em que eu tive dificuldade para entender o que estava acontecendo.	1 Não	2 Leve	3 Moderado	4 Muito	5 Extremamente
DPT10	Eu me senti desorientado: ou seja, houve momentos em que eu me senti perdido no tempo e no espaço.	1 Não	2 Leve	3 Moderado	4 Muito	5 Extremamente
DPT11	Eu me senti “entorpecido” ou sem emoção.	1 Não	2 Leve	3 Moderado	4 Muito	5 Extremamente

RFP As questões a seguir se referem a reações que você pode ter tido **durante ou imediatamente após** (EVENTO CODIFICADO

“5”NA COL II OU EM K46A). Para cada item, marque de 1 a 4 para mostrar o quanto estas reações ocorreram com você. APRESENTE O CARTAO 12 AO ENTREVISTADO.

	NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	EXTREMAMENTE
RFP1 Falta de ar	1	2	3	4
RFP2 Tonteira ou sensação de desmaio	1	2	3	4
RFP3 Coração acelerado	1	2	3	4
RFP4 Tremores ou abalos	1	2	3	4
RFP5 Sudorese	1	2	3	4
RFP6 Náusea ou desconforto abdominal	1	2	3	4
RFP7 Dormência no corpo ou sensação de formigamento	1	2	3	4
RFP8 Ondas de calor ou calafrios	1	2	3	4
RFP9 Sufocação	1	2	3	4

RFP10 Dor ou desconforto no peito	1	2	3	4
RFP11 Dificuldade para controlar bexiga ou intestino	1	2	3	4
RFP12 Você desmaiou durante o trauma?	NÃO .....1			SIM .....5

PANAS Quanto cada uma dessas características geralmente se aplica a você? APRESENTE CARTÃO 13 PARA O ENTREVISTADO.

	NADA OU QUASE NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	MUITO	EXTREMAMENTE
PANAS1 Atento	1	2	3	4	5
PANAS2 Forte	1	2	3	4	5
PANAS3 Irritável	1	2	3	4	5
PANAS4 Inspirado	1	2	3	4	5
PANAS5 Com medo	1	2	3	4	5
PANAS6 Alerta	1	2	3	4	5
PANAS7 Chateado	1	2	3	4	5
	NADA OU QUASE NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	MUITO	EXTREMAMENTE
PANAS8 Ativo	1	2	3	4	5
PANAS9 Culpado	1	2	3	4	5
PANAS10 Nervoso	1	2	3	4	5
PANAS11 Empolgado	1	2	3	4	5
PANAS12 Hostil	1	2	3	4	5
PANAS13 Orgulhoso	1	2	3	4	5
PANAS14 Inquieto	1	2	3	4	5
PANAS15 Envergonhado	1	2	3	4	5
PANAS16 Apavorado	1	2	3	4	5
PANAS17 Entusiasmado	1	2	3	4	5
PANAS18 Afrito	1	2	3	4	5
PANAS19 Determinado	1	2	3	4	5
PANAS20 Interessado	1	2	3	4	5

ER Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações: APRESENTE O CARTÃO 14 AO ENTREVISTADO	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
ER1 Quando eu faço planos, eu os levo até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
ER2 Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
ER3 Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
ER4 Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
ER5 Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7

ER6	Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
ER7	Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
ER8	Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
ER9	Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
ER10	Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
ER11	Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
ER12	Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
ER13	Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
ER14	Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
ER15	Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
ER16	Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
ER17	Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
ER18	Em uma emergência, eu sou uma pessoa com quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
ER19	Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
ER20	Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
ER21	Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
ER22	Eu não insisto em coisas sobre as quais eu não posso fazer nada.	1	2	3	4	5	6	7
ER23	Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
ER24	Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
ER25	Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

ENCERRAR A ENTREVISTA E INICIAR PROTOCOLO DE COLETA DE SALIVA.