



**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

Fatores de Proteção e de Risco para Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Otimismo, Esperança e Funcionamento da Personalidade

FLÁVIA ULHÔA PIMENTEL

Brasília, 2020.



**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

Fatores de Proteção e de Risco para Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Otimismo, Esperança e Funcionamento da Personalidade

FLÁVIA ULHÔA PIMENTEL

ORIENTADOR: Prof. Dr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Brasília, 2020.



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA
EXAMINADORA:

Prof. Dr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira – Presidente
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen – Membro externo
Departamento de Psicologia – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul –
PUCRS

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz – Membro interno
Departamento de Psicologia – Universidade Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl – Membro suplente
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília – UnB

Brasília, 17 de dezembro de 2020.

Agradecimentos

Suporte. Palavra pequena, mas de um efeito enorme. Mesmo antes de ser aceita no programa, minha família já demonstrava todo o apoio possível à essa jornada que me acrescentaria muito. Em especial, meu marido, o qual viveu cada dia dessa caminhada comigo e, além de se apaixonar pelo tema tanto quanto eu, fez de tudo para que a experiência fosse a mais confortável possível. E foi. Agradeço imensamente ao melhor professor que alguém poderia ter como orientador. Uma pessoa extremamente agradável com um conhecimento enorme, de paciência, humor e educação ímpares, sempre disposto a ouvir, a ajudar e a ensinar. Serei eternamente grata a todos vocês e à essa experiência incrível, a qual me deixa esperançosa e otimista com o que virá a seguir.

Lista de Tabelas

Estudo I

Tabela 1.1: <i>Sistema de Busca Aplicada nas Bases de Dados</i>	43
---	----

Estudo II

Tabela 2. 1: <i>Dados Sociodemográficos e de Saúde da Amostra</i>	72
Tabela 2. 2: <i>Frequência e Porcentagem de Eventos Estressores e Potencialmente Traumáticos</i>	78
Tabela 2. 3: <i>Média, Desvio Padrão, Valores Mínimo/Máximo e Análise de Confiabilidade dos Instrumentos</i>	80
Tabela 2. 4: <i>Correlação dos Fatores Psicológicos, Variáveis Sociodemográficas Com Sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático e Quantidade de Eventos Estressores e Potencialmente Traumáticos</i>	82
Tabela 2. 5: <i>Comparação de Esperança, Otimismo e Funcionamento da Personalidade Entre Os Grupos Clínico e Não Clínico Para TEPT</i>	85
Tabela 2. 6: <i>Regressão Logística Binária Hierárquica Múltipla</i>	87
Tabela 2. 7: <i>Regressão Linear Hierárquica Múltipla</i>	88

Lista de Figuras

Estudo I

Figura 1. 1: <i>Fluxograma do Método Empregado para Seleção dos Artigos</i>	44
Figura 1. 2: <i>Distribuição dos Artigos Publicados ao Longo dos Anos</i>	45
Figura 1. 3: <i>Os dez contextos mais pesquisados</i>	46
Figura 1. 4: <i>Países com Mais Pesquisas Publicadas</i>	47
Figura 1. 5: <i>Classificação do Fator Pesquisado</i>	48
Figura 1. 6: <i>Fatores Protetivos Mais Pesquisados</i>	49

Lista de Abreviaturas e Siglas

ADHS – *Adult Dispositional Hope Scale*
AN – Sintomas de Autoconceito Negativo
CID-11 – Classificação Internacional de Doenças
DA – Sintomas de Desregulação Afetiva
DAO – Distúrbios de Auto-Organização
DAO-F – Funcionalidade do Distúrbio da Auto-Organização
DP – Desvio Padrão
DR – Distúrbios nos Relacionamentos
DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - 5ª edição
EV – Sintomas de Evitação
 g – Tamanho de Efeito de g de Hedges
GL – Graus de Liberdade
HA – Sintomas de Hipersensibilidade a Ameaças
IC – Intervalo de Confiança
ITQ – *International Trauma Questionnaire*
LOT-R – *Life Orientation Test – Revised*
MINI TEPT – Módulo de TEPT da Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
PFID-5 – *Personality Functioning Inventory for DSM-5*
RE – Sintomas de Revivência
SOC – Senso de Coerência
 t – Teste t de Welch
TEPT – Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TEPT-C – Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo
TEPT-F – Prejuízo Funcional dos Sintomas de TEPT
TEPT-S – Transtorno do Estresse Pós-Traumático Simples
TEE – Total de Eventos Estressores Vividos
TET – Total de Eventos Potencialmente Traumáticos Vividos
TP – Transtornos de Personalidade
TPA – Transtornos da Personalidade Antissocial
TPB – Transtornos da Personalidade Borderline
TPD – Transtornos da Personalidade Dependente
TPEv – Transtornos da Personalidade Evitativa
TPH – Transtornos da Personalidade Histriônica
TPN – Transtornos da Personalidade Narcisista
TPP – Transtornos da Personalidade Paranoide
VPI – Violência por Parceiro Íntimo

Sumário

Agradecimentos	iv
Lista de Tabelas	v
Lista de Figuras	vi
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	vii
Resumo	xi
Introdução	13
Esperança e suas Relações com os Sintomas de TEPT	16
O Papel do Otimismo na Severidade dos Sintomas de TEPT	18
Associação entre Personalidade e TEPT.....	20
A Proposta do Presente Estudo	25
Referências.....	26
Estudo I: Fatores de Proteção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão Integrativa da Literatura.....	39
Resumo	39
Abstract.....	39
Fatores de Proteção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão Integrativa da Literatura	40
Método	42
Resultados	43
Quantidade de Artigos Publicados por Ano.....	44
Contextos e Países de Investigação de Fatores Protetivos para TEPT	45
Características dos Fatores Protetivos Investigados	47
Discussão	49

A Produção Científica Sobre Fatores Protetivos de TEPT e Sua Relação Histórico- Temporal	50
Os Fatores Protetivos de TEPT e Suas Particularidades.....	52
Considerações Finais	58
Referências.....	59
Estudo II: Relação entre Perspectiva Positiva de Futuro, Funcionamento da Personalidade e Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.....	68
Resumo	68
Abstract.....	68
Relação entre Perspectiva Positiva de Futuro, Funcionamento da Personalidade e Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático Simples e Complexo	69
Método	72
Participantes.....	72
Instrumentos.....	73
Procedimentos.....	75
Análise dos Dados.....	76
Resultados	77
Discussão	89
A Ocorrência Repetida de Eventos Traumáticos e Sua Relação Com Riscos Comportamentais e Psicológicos	89
O Otimista Frente a Eventos Estressores e Traumáticos	92
O Papel da Esperança diante de Situações Traumáticas.....	94
Prejuízos Funcionais da Personalidade e o Risco para TEPT em Situações Estressoras	95
A Relação Não Trivial entre Otimismo, Esperança, Personalidade e TEPT	97
Considerações Finais	98

Referências.....	100
Considerações Finais da Dissertação.....	112
Anexo.....	113
Anexo 1 – Questionário de dados sociodemográficos e de saúde.....	114
Anexo 2 – Mini International Psychiatric Interview.....	119
Anexo 3 – International Trauma Questionnaire (ITQ).....	121
Anexo 4 – Personality Functioning Inventory for DSM-5 – PFID-5.....	123
Anexo 5 – Life Orientation Test – Revised (LOT-R).....	130
Anexo 6 – Adult Dispositional Hope Scale (ADHS).....	131
Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	132
Anexo 8 – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília.....	134

Resumo

Um evento traumático pode acontecer com qualquer pessoa. Todavia, diferenças individuais implicam na maneira como cada pessoa vivencia fortes eventos estressantes. A presente pesquisa teve como objetivo verificar a influência de fatores psicológicos positivos (otimismo e esperança) e deficitários (prejuízos no funcionamento da personalidade) sobre a gravidade de manifestação dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tanto de acordo com a classificação do DSM-5 quanto com a da CID-11, a qual diferencia o TEPT em simples (TEPT-S) e complexo (TEPT-C). Para tanto, foram conduzidos dois estudos. O primeiro consistiu de uma revisão integrativa da literatura que objetivou identificar variáveis consideradas como protetivas ao TEPT ou aos sintomas de TEPT. Os resultados desse estudo mostraram que a 70% dos artigos foram publicados a partir de 2011. Os contextos mais pesquisados foram guerra (24,45%) e desastre (17,39%), nesse último incluso tanto desastre natural quanto nuclear e tecnológico. A categoria mais estudada foi a interna (93,48%), a qual considera fatores psicológicos e emocionais. Os fatores protetivos mais estudados foram suporte (28,8%), resiliência (15,76%), otimismo (4,89%) e personalidades (4,34%). O segundo estudo, por sua vez, teve como objetivo verificar a associação do otimismo, da esperança e do funcionamento da personalidade com o nível de gravidade de sintomas de TEPT. A amostra foi por conveniência, utilizando a técnica de amostragem *snowball*, composta por 304 brasileiros com idade entre 18 e 64 anos ($M = 32,5$), a maioria do sexo feminino (80,6%), predominância de indivíduos casados (50%), com pós-graduação (61,5%), brancos (64,1%) e com renda entre cinco e dez salários mínimos (26,6%). Para a identificação de sintomas de TEPT, foram aplicados o *International Trauma Questionnaire* (ITQ) e o Módulo de TEPT da Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI TEPT) adaptada para formato de autorrelato. Para identificação dos fatores psicológicos positivos, a saber, otimismo e esperança, foram aplicados o *Life Orientation Test – Revised* (LOT-R) e o *Adult Dispositional Hope Scale* (ADHS), respectivamente. A estimação do nível de funcionamento da personalidade foi feita por meio do *Personality Functioning Inventory for DSM-5* (PFID-5), que avalia as dimensões centrais da patologia da personalidade. Os resultados mostraram que otimismo e esperança correlacionaram-se negativamente com os sintomas de TEPT-S e TEPT-C e prejuízos no funcionamento da personalidade correlacionaram-se positivamente. Já em relação aos dados sociodemográficos, renda e escolaridade correlacionaram-se negativamente aos sintomas de TEPT-S e TEPT-C e idade somente aos sintomas de TEPT-C. Houve diferenças entre as médias, com significância estatística, para otimismo, esperança e prejuízos no funcionamento da personalidade considerando grupos com rastreio positivo (grupo clínico) e negativo (grupo não clínico) para TEPT. O grupo não clínico apresentou maiores níveis de otimismo e esperança e o grupo clínico, maiores níveis de prejuízos no funcionamento da personalidade. Modelos de regressão sugeriram um sistema não trivial de relação entre as variáveis e revelaram efeito supressor em esperança, idade e prejuízo na intimidade. De modo geral, altos escores em problemas na identidade e em esperança se mostraram associados a níveis mais altos de sintomas de TEPT. Essa pesquisa contribui para a área replicando achados de outras pesquisas, mas também trazendo novas hipóteses, como na ocorrência de variáveis supressoras. O estudo constante do tema é necessário tanto para avançar no conhecimento do assunto quanto para subsidiar o desenvolvimento de novas formas de intervenção.

Palavras-chave: esperança, otimismo, funcionamento da personalidade, estresse pós-traumático, fatores de risco e de proteção

Abstract

A traumatic event may happen to anyone. However, individual differences impact how each person experiences strong stressful events. The present research aimed to verify the influence of positive psychological factors (optimism and hope) and deficient ones (impaired personality functioning) on the severity of symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) according to both DSM-5's and ICD-11's classification, including the ICD-11's differentiation of simple (PTSD-S) and complex (PTSD-C) presentation of the disorder. Hence, two studies were conducted. The first one consisted on an integrative literature review which aimed to identify variables pointed as protective factors to the symptoms of PTSD. The results showed that 70% of the articles were published as of 2011. War (24,45%) and disaster (17,39%) were the most researched context, considering disaster as natural, nuclear or technological ones. Psychological and emotional factors (93,48%) were the most observed protective factors across the analyzed studies. Specifically, these psychological factors were mostly support (28,8%), resilience (15,76%), optimism (4,89%) and personality (4,34%). The second study aimed to verify the association of optimism, hope, and personality functioning with the severity level of PTSD symptoms. The sample was formed by convenience, using the snowball sampling procedure, and was composed of 304 Brazilians with age between 18 and 64 years old ($M = 32,5$), most female (80,9%), married (50%), with a graduate-level of education (61,5%), white (64,1%) and with income ranging from five to ten minimum wages (26,6%). International Trauma Questionnaire (ITQ) and Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI PTSD: adapted to self-report format) were used to access the symptoms of PTSD. The Life Orientation Test-Revised (LOT-R) and the Adult Dispositional Hope Scale (ADHS) were used to estimate the positive psychological factors of optimism and hope, respectively. The Personality Functionality Inventory for DSM-5 (PFID-5) was used to estimate the level of personality functioning, including both domain and subdomain levels of the core dimensions of personality pathology. The results showed a negative correlation of optimism and hope with both PTSD-S and PTSD-C symptoms, while impaired personality functioning was positively correlated with the symptoms of these disorders. Regarding sociodemographic data, income and school level were negatively correlated with both PTSD-S and PTSD-C symptoms, while age was negatively correlated to PTSD-C symptoms. There were differences between the means, with statistical significance, for optimism, hope, and impairment in personality functioning considering groups of participants with positive (clinical group) and negative (non-clinical group) screening for PTSD. The non-clinical group had higher scores in optimism and hope compared to the clinical group, while the clinical group had higher scores in impaired personality functioning than the non-clinical group. Multiple regression models suggested a non-trivial correlation system between variables and revealed suppressor effects in hope, age, and intimacy impairment variables. In general, high scores in problems with identity and hope were associated with higher levels of PTSD symptoms. This research contributed to the area by replicating previous findings, but also by bringing new hypotheses to light, as seen on suppressor effects. Further investigations are needed to confirm those hypotheses and to advance on the knowledge of the theme as well as on the development of new intervention protocols.

Keywords: hope, optimism, personality functioning, posttraumatic stress disorder, risk and protective factors

Introdução

O diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático [TEPT] surgiu em 1980 na área de saúde mental com a publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-III] (American Psychiatric Association, 1980). Essa categoria diagnóstica era tida como controversa entre os clínicos da época, pois havia uma crença de que eventos estressores não poderiam causar alterações comportamentais, ideacionais e afetivas nas pessoas de forma prolongada (Trimble, 2013). Acreditava-se que essas alterações eram decorrentes de “danos orgânicos no sistema nervoso” (Trimble, 2013, p. 6) e não da experiência de situações altamente estressoras. Desde seu surgimento em 1980, essa categoria diagnóstica tem passado por importantes evoluções, como a própria definição de trauma. Enquanto, por exemplo, no DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), a noção de trauma envolvia a experiência de um evento estressor fora da normalidade, seu sucessor (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1996) passou a entender o trauma como uma experiência ameaçadora e aterrorizante vivida, sem que esse evento tivesse que ser, obrigatoriamente, anormal. Ou seja, o foco passa a ser na percepção que o indivíduo tem sobre o que viveu, mais do que o evento objetivo em si. Finalmente, no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), atual versão do manual, foram feitas outras mudanças. Uma delas foi a retirada do TEPT da categoria de ansiedade e a inclusão dele em um novo capítulo referente a transtornos relacionados a trauma e estresse. Além disso, são descritas categorias para o diagnóstico de TEPT em crianças a partir dos 6 anos de idade.

Já a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) implementa o conceito de TEPT, dividindo o diagnóstico entre Transtorno do Estresse Pós-Traumático Simples (TEPT-S), composto pelos três *clusters* já conhecidos (reexperiência, evitação e hipervigilância), e Transtorno do Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C), composto por seis *clusters*: os mesmos três do TEPT-S mais três relacionados a distúrbio de auto-organização

(desregulação emocional, dificuldades interpessoais e autoconceito negativo) (Brewin et al., 2017).

A evolução histórica do conceito de trauma impactou consideravelmente os resultados de estudos epidemiológicos. A mudança proposta no DSM-IV aumentou significativamente a prevalência de pessoas expostas a eventos traumáticos ao longo da vida, passando de 40-60% para 90% na população geral (American Psychiatric Association, 1994; Breslau, 2002; Breslau et al., 1991; Breslau & Kessler, 2001; Creamer et al., 2001; Kessler et al., 1995; Norris, 1992; Resnick et al., 1993). A variação na quantidade de experiências de eventos traumáticos pode refletir os efeitos combinados da definição de estressores e dos métodos de apuração dos resultados (Breslau, 2002). De qualquer forma, percebe-se que a exposição a eventos estressores e potencialmente prejudiciais ao funcionamento psicossocial parece ser um fenômeno comum ao longo da vida.

O TEPT, propriamente dito, compreende não só a exposição a um evento traumático, mas também o desenvolvimento de sintomas emocionais, comportamentais e ideacionais decorrentes de uma situação estressora. Nem todas as pessoas que passam por um evento traumático desenvolverão o TEPT (Bolton et al., 2004). Os sintomas decorrentes de uma experiência traumática os quais persistem por mais de um mês e que causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo são os fatores que caracterizam um TEPT (American Psychiatric Association, 2013). Ainda, como visto, no DSM-5, alguns *clusters* de sintomas, como o critério D (alterações negativas em cognições e no humor) e E (alterações marcantes na excitação e reatividade) podem iniciar ou piorar após a ocorrência do evento estressor. Revisão de literatura realizada por Atwoli et al. (2015) mostrou que as taxas de prevalência de TEPT são similares em diversos países, sendo maiores em países menos desenvolvidos economicamente e em cenários de pós conflito. De forma geral, cerca de um terço das pessoas que passam por um trauma significativo irão desenvolver o TEPT, sendo a prevalência ao longo

da vida em torno de 5% (Tortella-Feliu et al., 2019). No Brasil, o estudo do tópico ainda não é expressivo e muitas pesquisas têm focado em grupos específicos, como profissionais de saúde, policiais e bombeiros. Ainda assim, há autores que estimam que a prevalência ao longo da vida de TEPT no Brasil pode chegar a 14,7% ao se considerar cenários de constante violência em grandes capitais e o gênero feminino (Ribeiro et al., 2013).

O TEPT, para além dos sintomas intrusivos e angustiantes, tende a trazer diversas consequências negativas para a vida de um indivíduo, causando prejuízos em diferentes áreas, como, por exemplo, a familiar, a ocupacional e a acadêmica. Pacientes com TEPT costumam apresentar uma baixa qualidade de vida (Warshaw et al., 1993), com graves consequências como perda de emprego (Smith et al., 2005) e ficar desabrigado (Rodriguez et al., 2012). Prejuízos psicossociais são comuns em pacientes com TEPT (Bolton et al., 2004), limitando a autonomia, a independência e a satisfação nas atividades da vida. Todas essas consequências negativas impactam não somente a vida do paciente, mas também a de seus familiares (Gold et al., 2007) e a economia como um todo (Ferry et al., 2015). Por isso, faz-se necessário conhecer os processos subjacentes ao desenvolvimento do TEPT, para se elaborar estratégias eficazes de proteção, prevenção e tratamento.

Com vistas a elucidar os fatores associados ao TEPT, pesquisadores têm examinado o papel de diferentes componentes psicológicos, biológicos e contextuais que atuam como fatores protetivos ou de risco para o desenvolvimento dos sintomas. Esse interesse surge justamente para tentar compreender a razão pela qual diferentes pessoas são expostas a um mesmo evento estressor, mas nem todas desenvolvem o TEPT (Bolton et al., 2004). Dentre os fatores protetivos, destacam-se, na presente dissertação, os atributos psicológicos de esperança e otimismo, que se configuram como uma perspectiva positiva de futuro (Alarcon et al., 2013). Em relação aos fatores de risco, a presença de traços patológicos da personalidade pode

desempenhar um importante papel em situações de exposição a eventos traumáticos (Bovin et al., 2017).

Esperança e suas Relações com os Sintomas de TEPT

A esperança, como definida por Snyder (2000), compreende uma habilidade cognitiva que faz com que as pessoas se mantenham motivadas na busca de um objetivo. De acordo com esse modelo, a esperança implica em dois tipos de pensamentos, a saber, o pensamento de agência (*agency*) e o pensamento de caminho (*pathway*). Ambos esses pensamentos são ancorados no conceito de objetivos (*goals*) (Snyder, 2002). Em termos de definição, os objetivos são o componente cognitivo da teoria da esperança e variam em termos de propriedade (visual ou verbal), de temporalidade (curto ou longo prazo) e de especificidade (vagos ou específicos) (Snyder, 2002). O pensamento de caminho, por sua vez, refere-se às rotas e passos necessários que uma pessoa precisa seguir para alcançar seus objetivos (Snyder, 2002). Pessoas esperançosas tendem a produzir rotas plausíveis e a se sentirem confiantes para seguir essas rotas, assim como, costumam ser flexíveis em seus pensamentos, construindo rotas alternativas. Por fim, o pensamento de agência, que se configura como o componente motivacional dessa teoria, implica na percepção da capacidade pessoal para usar os caminhos para atingir os objetivos estabelecidos (Snyder, 2002). Esse componente é importante nas situações de impedimentos ou problemas ao longo do caminho até o alcance de um objetivo.

Outro modelo de explicação da esperança é o de Herth (1991), que foca nos objetivos futuros de pessoas que estão enfrentando condições adversas, como doenças, perdas ou outros estressores psicológicos. Esse modelo compreende três dimensões, a saber, a cognitivo-temporal, a afetivo-comportamental e a afiliativo-contextual (Herth, 1991). As duas primeiras são semelhantes aos conceitos de pensamentos de agência e de caminhos de Snyder (2000). A dimensão cognitivo-temporal refere-se à crença que as pessoas têm sobre poderem

realisticamente alcançar os objetivos esperados, similar ao pensamento de agência (Arnau et al., 2010). A dimensão afetivo-comportamental corresponde à confiança que as pessoas têm de que seus planos possibilitarão a conquista dos objetivos estabelecidos, similar ao pensamento de caminhos (Arnau et al., 2010). Por fim, a dimensão afiliativo-contextual reflete a percepção das pessoas de que elas possuem suporte social, suporte espiritual e senso de pertencimento (Arnau et al., 2010).

O modelo de esperança proposto por Snyder foi o escolhido para esse estudo. Contudo, vale indicar que existem outros modelos, como o de Nektolaichuck et al. (1999), que compreende a esperança como uma experiência holística, consistindo de três principais dimensões: pessoal (espírito pessoal), situacional (risco) e interpessoal (cuidado autêntico). O fator espírito pessoal envolve a percepção de força, brilho, valor e engajamento, enquanto que o fator risco envolve o grau de incerteza das situações e o fator interpessoal envolve as características de credibilidade e conforto (Nektolaichuck et al., 1999). Outro modelo de grande relevância e muito utilizado no Brasil é o de Dufault e Martocchio (1985). Esses autores entendem a esperança não como um traço ou um construto unidimensional, mas como uma variável multidimensional e dinâmica, composta por duas esferas e seis dimensões. Essa concepção parece ser muito útil para se propor intervenções com o objetivo de influenciar o nível de esperança que um paciente possui.

Nota-se que, de forma geral, os modelos convergem na compreensão de que a esperança envolve processos cognitivos, emocionais e motivacionais ligados a expectativas positivas de alcançar objetivos no futuro. Essa perspectiva positiva de futuro contrapõe os sintomas de alterações negativas na cognição ou humor, conforme previsto no Critério D para TEPT (American Psychiatric Association, 2013). Um dos elementos desse critério consiste em crenças negativas sobre si, sobre os outros e sobre o mundo (Critério D, item 2). Pessoas esperançosas, com elevados pensamentos de agência, mesmo diante de um evento estressor,

podem seguir motivadas a alcançar seus objetivos. Esse foco no objetivo e essa percepção de que pode alcançá-lo podem atenuar sintomas de distorções cognitivas e de humor negativo. Mais ainda, esse componente pode levar a um crescimento pós-traumático (Zhou et al., 2018). Em termos de definição, crescimento pós-traumático (*posttraumatic growth*) refere-se a uma mudança psicológica positiva resultante de uma adversidade ou de uma situação desafiadora, que acaba por melhorar o nível de funcionamento psicológico de um indivíduo (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Pesquisas empíricas têm observado o papel benéfico da esperança em tratamentos de pacientes com TEPT (Gilman et al., 2012; Irving et al., 2004; Irving et al., 1997). Além disso, têm se observado que pessoas esperançosas apresentam menos sintomas de TEPT (Ai et al., 2011; Koenig et al., 2020), configurando-se assim como um fator de proteção. Dessa forma, postula-se que pessoas com metas claras e significativas na vida e que possuem planos e motivação para alcançar esses objetivos tendem a sofrer menos o impacto de um evento estressante do que pessoas sem esse atributo psicológico.

O Papel do Otimismo na Severidade dos Sintomas de TEPT

Como apontado por Scheier e Carver (1985), as pessoas diferenciam-se umas das outras em relação a como enxergam o mundo. Há aquelas cuja visão a respeito do futuro é mais favorável, possuindo um conjunto de crenças que as levam a acreditar que as coisas darão certo e que suas atitudes trarão bons resultados. Esses são os otimistas e tal característica costuma ser geral, ou seja, não limitada a um evento ou contexto específico, além de relativamente estável ao longo do tempo. O otimismo compreende uma grande expectativa de sucesso e realização no futuro, seja através de sorte, de atitudes de terceiros ou de suas próprias atitudes (Alarcon et al., 2013). Essa perspectiva positiva de futuro é considerada como um traço disposicional da personalidade, dado seu caráter relativamente estável. Contudo, sabe-se que o

otimismo se distingue dos traços de personalidade descritos no modelo dos cinco grandes fatores (Alarcon et al., 2013). Dessa forma, o otimismo se configura como um traço que sinaliza a tendência de uma pessoa a ter crenças positivas em relação ao futuro. Ainda, há evidências de que o otimismo se diferencia psicometricamente de esperança (Alarcon et al., 2013), embora ambas façam parte de uma mesma arquitetura mental que se refere à expectativa global de futuro (Fowler et al., 2017). Uma das características que corrobora com o fato de otimismo e esperança serem dois construtos diferentes é o fato de cada um se relacionar de forma distinta a variáveis externas. Por exemplo, Alarcon et al. (2013) verificaram que esperança possui mais relação com estresse e felicidade, enquanto otimismo está mais associado com personalidade (afeto positivo, afeto negativo, autoestima e autoeficácia). Esses autores observaram ainda que o otimismo parece ser mais relevante em situações que demandam menos *locus* de controle pessoal enquanto esperança está mais presente em situações que permitem um maior controle pessoal.

Apesar de não haver uma definição de otimismo considerada universal, a de Scheier e Carver (1985) é utilizada mundialmente, sendo a mais recorrente em estudos que relacionam o traço com TEPT (Ben-Zur, 2008; Rauch et al., 2013; Thomas et al., 2011). A importância do otimismo para o TEPT está relacionada à melhor adaptação a eventos estressores e/ou adversos. O otimista, segundo Carver e Scheier (2003), diferencia-se do pessimista quanto à forma de abordar, lidar com e enfrentar problemas e desafios. O otimista tende a aceitar de forma mais rápida as dificuldades em sua vida e engaja-se de maneira mais ativa e focada em estratégias que pareçam ser mais produtivas, não costumando desanimar e nem desistir dos objetivos que traça. Ainda, o otimista não costuma evitar os esforços direcionados ao problema e nem deixar de lidar com os sentimentos a respeito dele (Segerstrom et al., 2017). Como bem resumido por Bastianello et al. (2014), o otimismo é uma estratégia comportamental que permite que as

peessoas se adaptem melhor e sejam mais felizes, tenham mais sucesso e sejam mais saudáveis em suas vidas.

O otimismo tem se mostrado um importante fator de proteção de sintomas de TEPT, mesmo em diferentes contextos. Por exemplo, o otimismo contribuiu para menos sintomas de TEPT em israelenses que tiveram de se mudar para outros locais devido ao conflito que emergiu na Faixa de Gaza em 2005 (Ben-Zur, 2008). Em veteranos de guerra, foi observado que soldados com altos níveis de otimismo mostraram menor relação entre exposição à guerra e TEPT (Thomas et al., 2011).

Assim como a esperança, o otimismo também se contrapõe aos sintomas de alterações negativas na cognição ou humor, conforme previsto no Critério D para TEPT (American Psychiatric Association, 2013). Portanto, postula-se que a pessoa otimista, por aceitar mais rapidamente as dificuldades, engajando-se em ações focadas para a solução de problemas e do manejo dos sentimentos associados às dificuldades, tende a sofrer menos os impactos dos sintomas do TEPT.

Associação entre Personalidade e TEPT

A personalidade parece desempenhar um papel importante no TEPT, uma vez que a quantidade de pessoas que passam por eventos traumáticos é maior do que a quantidade de pessoas que desenvolvem o transtorno (Jakšić et al., 2012). Isso porque os traços de personalidade operam na modulação das formas de lidar e das respostas cognitivas e emocionais que as pessoas têm diante de um evento estressor, bem como na interação delas com o ambiente e com o suporte oferecido (Chen et al., 2017). Pesquisas envolvendo o modelo dos cinco grandes fatores da personalidade têm indicado aspectos protetivos e de risco para o desenvolvimento do TEPT.

O Neuroticismo, por exemplo, apresenta-se como um fator de risco para o transtorno (Lawrence & Fauerbach, 2003), seja por relacionar-se diretamente aos sintomas do TEPT (Chen et al., 2017), seja por predispor um indivíduo a ter mais sintomas ansiosos pós-trauma (Engelhard et al., 2003). Em relação ao fator Abertura a Experiências, os resultados são inconsistentes, tendo sido indicado como um fator de risco para sintomas de TEPT apenas em mulheres (Andrew et al., 2013) e um fator protetivo para o crescimento pós-traumático (Mattson et al., 2018). Mas, esses resultados não se replicam (Zoellner et al., 2008).

O fator Amabilidade apresentou-se como um fator protetivo para mulheres, enquanto para homens se mostrou protetivo somente para os sintomas de hiperexcitabilidade relacionados ao TEPT (Andrew et al., 2013). Da mesma forma, o fator Conscienciosidade se mostrou protetivo para homens em relação aos sintomas de hiperexcitabilidade do TEPT (Andrew et al., 2013). Já o fator Extroversão parece ser indiretamente protetivo para TEPT, uma vez que influencia tanto a percepção quanto o uso do suporte social disponível, em especial o senso de pertencimento, bem como é mediador entre uma forma de lidar ativa, resiliência e redução dos sintomas de TEPT (Campbell-Sills et al., 2006; Lawrence & Fauerbach, 2003; Swickert et al., 2002). Ainda, Jakšić et al. (2012) identificaram que extroversão, conscienciosidade, autodirecionamento e a combinação de emocionalidade alta positiva com baixa negativa, assim como resistência (*hardiness*) são fatores protetivos para TEPT.

Com base nesses dados, é possível observar o quanto que a variação nos traços gerais da personalidade se relaciona com a manifestação e intensidade de sintomas do TEPT. Assim, as tendências comportamentais, afetivas e cognitivas das pessoas mostram-se como fatores que podem protegê-las ou torná-las suscetíveis aos sintomas do transtorno. Quando se trata da patologia da personalidade, há uma predominância de relação de risco com o TEPT (Axelrod et al., 2005; Bachar et al., 2005; Gómez-Beneyto et al., 2006; Marzillier & Steel, 2007; Pietrzak et al., 2011a, 2011b; Reis et al., 2016).

Referente às categorias diagnósticas de transtornos da personalidade (TP), a literatura indica associações dos sintomas de TEPT com vários tipos de patologia da personalidade, como a borderline (TPB) (Axelrod et al., 2005; Pietrzak et al., 2011a). A relação entre TEPT e TPB tem sido tão explorada que levou a investigações que identificaram uma forma complexa de apresentação do TEPT. Jowett et al. (2020) investigaram se haveria de fato uma diferença entre os diagnósticos de TEPT-C e de TPB. Os autores concluíram se tratar de dois diagnósticos distintos, porém, as características de ambos se sobrepõem em vários momentos. Perceberam, ainda, que o TEPT-C parece estar mais relacionado a múltiplos traumas interpessoais vividos em idades mais novas enquanto o TEPT-S com baixa associação com TPB parece se apresentar em pessoas que viveram situações traumáticas já na vida adulta. Logo, percebe-se que a relação entre trauma, TEPT e TPB é complexa e não se dá de forma simples e nem linear.

O Transtorno da Personalidade Evitativa (TPEv) possui alta ligação com TEPT, como identificado por diversos estudos (por exemplo, Bollinger et al., 2000; Pietrzak et al., 2011a). Dada a dificuldade em lidar com emoções negativas e com o estresse, pessoas com TPEv e TEPT estão mais propensas a machucarem a si próprias deliberadamente (Gratz & Tull, 2012). Da mesma forma, o Transtorno da Personalidade Esquizotípica (TPE) apresenta correlação positiva com TEPT à medida que pessoas com esse diagnóstico estão mais vulneráveis a sintomas de reexperiência em geral, hipervigilância e evitação após um evento traumático (Marzillier & Steel, 2007).

A literatura também evidencia uma relação entre o TEPT e o Transtorno da Personalidade Antissocial (TPA) (Goldstein et al., 2010). Pessoas com o diagnóstico de TPA também podem apresentar TEPT com uma prevalência variando de 8% a 21%. Pessoas com TPA tendem a se engajar em comportamentos perigosos, os quais podem levar ao TEPT, bem como em comportamentos autodestrutivos após a ocorrência do TEPT (Goldstein et al., 2010). A prevalência de pacientes com Transtorno da Personalidade Narcisista (TPN) e com

comorbidade com TEPT também é alta (Stinson et al., 2008). No entanto, há sintomas do próprio TPN que podem ser confundidos com TEPT. Após a situação traumática, um indivíduo com TPN pode sentir que seu *self* foi ferido, levando à enorme vergonha e raiva, estando mais propenso a experimentar a reexperiência, hipervigilância e evitação. A diferenciação entre os sintomas de TPN e TEPT pode ser feita com base na representação decorrente do trauma. No TEPT o trauma vivido é experimentado como uma ameaça à vida, enquanto que no TPN é uma ameaça ao *ego* grandioso (Simon, 2002).

O Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC) parece ser uma comorbidade comum ao TEPT, como observado por Yen et al. (2002). Contudo, o TPOC parece guardar relação com o gênero, sendo desenvolvido mais por mulheres do que por homens com diagnóstico de TEPT (Pietrzak et al., 2011a). Os Transtornos da Personalidade Paranoide (TPP), Histriônica (TPH) e Dependente (TPD) também podem estar associados ao TEPT, sendo a prevalência do primeiro maior do que dos demais (Gómez-Beneyto et al., 2006). Parece, ainda, que o TPP se relaciona mais a traumas de contato corporal que ocorreram com grande frequência em idade jovem e na maior parte dos casos em mulheres (Gómez-Beneyto et al., 2006).

A ligação entre TPs e TEPT não acontece de forma simples e pode variar de pessoa para pessoa. Por um lado, a ocorrência de TP antes do trauma pode ser fator de risco para o desenvolvimento de TEPT, em especial o TPN (Bachar et al., 2005), o TPE (Marzillier, & Steel, 2007) e o TPB (Axelrod et al., 2005). Por outro lado, sujeitos que passaram por desastres tendem a apresentar mais características de TP comparados aos que não passaram por tais eventos (Reis et al., 2016). Além disso, também devem ser considerados os efeitos a longo prazo dos sintomas do TEPT. A convivência prolongada com tais sintomas, mais do que o trauma por si só, pode levar ao aparecimento de TP ou mesmo agravamento de TPs já existentes, como indicado por Pietrzak et al. (2011a).

Tal como as categorias diagnósticas de TPs, os traços da personalidade também são objeto de estudo nessa relação com o TEPT. Por não apresentarem relação rígida e estática, há resultados diferentes em diversas pesquisas. Por exemplo, traços vistos como fator de risco em um contexto, podem ser protetivos em outro, como observado por Anestis et al. (2017). Os autores concluíram que os traços psicopatológicos impulsivo-antissocial e interpessoal-afetivo podem ser protetivos para TEPT em soldados expostos à guerra.

Na quinta edição do DSM (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) é apresentado um modelo alternativo de transtornos da personalidade (MATP), o qual propõe um sistema misto em que a avaliação das características de personalidade é feita de forma dimensional e o diagnóstico final de forma categórica. Esse modelo avança em identificar o centro da patologia da personalidade que é caracterizado por prejuízos no funcionamento do *self* e interpessoal (critério A). O domínio do *self* é composto pelo funcionamento da identidade (capacidade de se ver como único(a) e diferenciar-se dos outros) e pelo autodirecionamento (capacidade de estabelecer e perseguir objetivos na vida). O domínio interpessoal, por sua vez, compreende as funções de empatia (capacidade de compreender sentimentos e perspectivas dos outros) e de intimidade (capacidade de formar relacionamentos próximos). Para satisfazer o critério A é necessário que uma pessoa apresente prejuízos moderados em ao menos dois dos quatro domínios indicados (isto é, identidade, autodirecionamento, empatia e intimidade) (Hopwood et al., 2012; Mazer et al., 2017; Morey et al., 2013). Esse novo modelo representa uma quebra de paradigmas, alterando o sistema exclusivamente categórico de compreensão e diagnóstico dos TP para um modelo dimensional, o qual pode ser “mais útil em descrever a psicopatologia, em identificar as causas e os mecanismos subjacentes, e a desenvolver melhores tratamentos” (Skodol et al., 2013, p. 354).

Os prejuízos no *self* e nas relações interpessoais tendem a se apresentar como fatores de vulnerabilidade e de risco para o desenvolvimento de sintomas do TEPT. Não foram

encontrados estudos que verificaram a relação entre os domínios do funcionamento da personalidade do MATP do DSM-5 e os sintomas de TEPT. De qualquer forma, postula-se, neste presente estudo, que pessoas com problemas na integração da identidade, com falhas na capacidade de estabelecer objetivos significativos de vida, com déficits na empatia e com distúrbios na construção de relações de intimidade são mais vulneráveis a apresentar sintomas de TEPT do que pessoas com um adequado funcionamento da personalidade.

A Proposta do Presente Estudo

A exposição a eventos potencialmente traumáticos pode ocorrer a qualquer um. No Brasil, tem-se dados expressivos de violência, sendo que em 2017 houve 65.602 homicídios, o maior nível histórico de letalidade violenta intencional no país (Atlas da Violência, 2019). Os acidentes automobilísticos, em 2013, colocaram o Brasil como o 4º país com maior número de mortes no trânsito em termos absolutos (World Health Organization, 2013). Ainda, existem os desastres naturais, como enchentes, deslizamentos de terras, chuvas torrenciais e secas. Em 2016, o Brasil ocupou a 48ª posição no *ranking* de países afetados pelo impacto de eventos climáticos, segundo o Índice de Risco Climático (*Global Climate Risk Index*, 2018). Apesar dessas expressivas possibilidades de exposição a condições traumáticas, ainda assim, o TEPT é um tema pouco explorado no país (Câmara & Sougey, 2001; Costa, 2010; Figueira & Mendlowicz, 2003).

A presente dissertação tem por objetivo geral compreender os fatores que influenciam tanto positivamente quanto negativamente o desenvolvimento e expressão de sintomas do TEPT. Para tanto, serão conduzidos dois estudos. O primeiro tem como objetivo identificar, na literatura científica publicada nos últimos 20 anos, os fatores que são considerados protetivos na apresentação e na gravidade de sintomas de TEPT. O segundo estudo buscará examinar, de

forma empírica, a influência da esperança, do otimismo e do nível de funcionamento da personalidade sobre a gravidade de sintomas de TEPT por meio de modelos multivariados.

Conhecendo os fatores que colocam uma pessoa em risco ou em proteção em relação aos sintomas de TEPT permite o estabelecimento de intervenções que incluem esses fatores. Atualmente, algumas das intervenções conhecidas para tratamento de TEPT são “a Terapia Cognitivo Comportamental Focada no Trauma, a Terapia Cognitiva, a Terapia de Exposição, o Treinamento de Inoculação do Estresse, a Terapia de EMDR e a Terapia do Processamento Cognitivo” (Teche & Ramos-Lima, 2016, p. 134). A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) parece ser uma importante abordagem também capaz de aumentar os níveis de esperança (Gallagher et al., 2020) e de otimismo (Bryant, 2011, Carver et al., 2010) em pacientes. Outra técnica atual considerando modelos teóricos de TEPT, como o da Teoria da Representação Dual (Brewing et al., 1996), envolve o uso de tecnologia, como *videogames*, para resignificar estímulos aversivos (Rigoli et al., 2016). De fato, a realidade virtual parece estar ganhando destaque nos tratamentos. Beidel et al. (2017, 2019), em tratamento de pacientes que retornaram da guerra com TEPT, têm usado o recurso para reproduzir o evento traumático em detalhes, como cenas, sons e até cheiros, parecendo obter bons resultados de redução do transtorno em curtos períodos de tempo. Logo, percebe-se que há um campo muito fértil a ser explorado combinando intervenções a fim de unir otimismo, esperança, funcionamento da personalidade e TEPT.

Referências

- Ai, A. L., Plummer, C., Kanno, H., Heo, G., Appel, H. B., Simon, C. E., & Spigner, C. (2011). Positive traits versus previous trauma: racially different correlates with PTSD symptoms among hurricane katrina-rita volunteers. *Journal of Community Psychology, 39*(4), 402-420. <https://doi.org/10.1002/jcop.20442>

- Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (2013). Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences, 54*(7), 821-827. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.12.004>
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III®). *American Psychiatric Pub.*
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R®). *American Psychiatric Pub.*
- American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (1994). *Dsm-iv sourcebook* (Vol. 1). *American Psychiatric Pub.*
- American Psychiatric Association. (1996). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV®) *American Psychiatric Pub.*
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). *American Psychiatric Pub.*
- Andrew, M. E., Howsare, J. L., Charles, L. E., McCanlies, E. C., Mnatsakanova, A., Hartley, T. A., ... & Violanti, J. M. (2013). Associations between protective factors and psychological distress vary by gender: the buffalo cardio-metabolic occupational police stress study. *International Journal of Emergency Mental Health, 15*(4), 277.
- Anestis, J. C., Harrop, T. M., Green, B. A., & Anestis, M. D. (2017). Psychopathic personality traits as protective factors against the development of post-traumatic stress disorder symptoms in a sample of national guard combat veterans. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 39*(2), 220-229. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9588-8>
- Arnau, R. C., Martinez, P., Niño de Guzmán, I., Herth, K., & Yoshiyuki Konishi, C. (2010). A Spanish-language version of the Herth Hope Scale: Development and psychometric evaluation in a Peruvian sample. *Educational and Psychological Measurement, 70*(5), 808-824. <http://doi.org/10.1177/0013164409355701>

- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 307. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000167>
- Axelrod, S. R., Morgan III, C. A., & Southwick, S. M. (2005). Symptoms of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in veterans of Operation Desert Storm. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 270-275. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.270>
- Bachar, E., Hadar, H., & Shalev, A. Y. (2005). Narcissistic vulnerability and the development of PTSD: a prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 762-765. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000185874.31672.a5>
- Bastianello, M. R., Zanon, C., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2014). Optimism, self-esteem and personality: Adaptation and validation of the Brazilian version of the Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psico-USF*, 19(3), 523-531. <https://doi.org/10.1590/1413-827120140190030>
- Beidel, D. C., Frueh, B. C., Neer, S. M., & Lejuez, C. W. (2017). The efficacy of Trauma Management Therapy: A controlled pilot investigation of a three-week intensive outpatient program for combat-related PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 23-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.05.001>
- Beidel, D. C., Frueh, B. C., Neer, S. M., Bowers, C. A., Trachik, B., Uhde, T. W., & Grubaugh, A. (2019). Trauma management therapy with virtual-reality augmented exposure therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 61, 64-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.005>
- Ben-Zur, H. (2008). Personal resources of mastery-optimism, and communal support beliefs, as predictors of posttraumatic stress in uprooted Israelis. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 21(3), 295–307. <https://doi.org/10.1080/10615800801956177>

- Bollinger, A. R., Riggs, D. S., Blake, D. D., & Ruzek, J. I. (2000). Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(2), 255-270. <https://doi.org/10.1023/A:1007706727869>
- Bolton, D., Hill, J., O'ryan, D., Udwin, O., Boyle, S., & Yule, W. (2004). Long-term effects of psychological trauma on psychosocial functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(5), 1007-1014. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00292.x>
- Bovin, M. J., Wolf, E. J., & Resick, P. A. (2017). Longitudinal associations between posttraumatic stress disorder severity and personality disorder features among female rape survivors. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00006>
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 923-929. <https://doi.org/10.1177/070674370204701003>
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810270028003>
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50(9), 699-704. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01167-2](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01167-2)
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... & Somasundaram, D. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Bryant, D. L. (2011). Developing optimism: a cognitive-behavioural intervention to reduce stress.

- Câmara Filho, J. W. S., & Sougey, E. B. (2001). Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 221-228. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400009>
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2003). Optimism. Em Lopez, S. J. & Snider, C. R. (Eds) *Positive Psychological Assessment*. (pp. 75-89). APA. <https://doi.org/10.1037/10612-000>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical psychology review*, 30(7), 879-889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Cerqueira, D. C., Lima, R. S. D., Bueno, S., Neme, C., Ferreira, H., Coelho, D., ... & Reis, M. (2019). Atlas da violência 2019.
- Costa, M. F. (2010). Análise fatorial confirmatória dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático em adultos assistidos pelo Programa Médico de Família de Niterói [Dissertação de Mestrado]. *Universidade Federal Fluminense*.
- Chen, X., Xu, J., Li, B., Li, N., Guo, W., Ran, M. S., ... & Hu, J. (2017). The role of personality and subjective exposure experiences in posttraumatic stress disorder and depression symptoms among children following Wenchuan earthquake. *Scientific Reports*, 7(1), 17223. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-17440-9>
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-1247. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004287>
- DuFault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *The Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.

- Eckstein, D., Künzel, V., & Schäfer, L. (2017). Global climate risk index 2018. Germanwatch, Bonn.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Kindt, M. (2003). The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 381-388. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00200-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00200-3)
- Ferry, F. R., Brady, S. E., Bunting, B. P., Murphy, S. D., Bolton, D., & O'Neill, S. M. (2015). The economic burden of PTSD in Northern Ireland. *Journal of Traumatic Stress*, 28(3), 191-197. <https://doi.org/10.1002/jts.22008>
- Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático [Diagnosis of the posttraumatic stress disorder]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 12-16. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004>
- Fowler, D., Weber, E., Kappla, S., & Miller, S. (2017) Replicating future orientation: Investigating the constructs of hope and optimism and their subscales through replication and expansion. *Personality and Individual Differences*, 116, 22-28. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.010>
- Gallagher, M. W., Long, L. J., Richardson, A., D'Souza, J., Boswell, J. F., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Examining hope as a transdiagnostic mechanism of change across anxiety disorders and CBT treatment protocols. *Behavior Therapy*, 51(1), 190-202. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.06.001>
- Gilman, R., Schumm, J. A., & Chard, K. M. (2012). Hope as a change mechanism in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(3), 270-277. <https://doi.org/10.1037/a0024252>

- Gold, J. I., Taft, C. T., Keehn, M. G., King, D. W., King, L. A., & Samper, R. E. (2007). PTSD symptom severity and family adjustment among female Vietnam veterans. *Military Psychology, 19*(2), 71-81. <https://doi.org/10.1080/08995600701323368>
- Goldstein, R. B., Compton, W. M., & Grant, B. F. (2010). Antisocial behavioral syndromes and additional psychiatric comorbidity in posttraumatic stress disorder among US adults: Results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 16*(3), 145-165. <https://doi.org/10.1177/1078390310370209>
- Gómez-Beneyto, M., Salazar-Fraile, J., Martí-Sanjuan, V., & Gonzalez-Luján, L. (2006). Posttraumatic stress disorder in primary care with special reference to personality disorder comorbidity. *British Journal of General Practice, 56*(526), 349-354.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2012). Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self-harm: The moderating roles of borderline and avoidant personality disorders. *Psychiatry Research, 199*(1), 19-23. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.025>
- Herth, K. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 5*(1), 39-51.
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of abnormal psychology, 121*(2), 424-432. <https://doi.org/10.1037/a0026656>
- Irving, L. M., Telfer, L., & Blake, D. D. (1997). Hope, coping, and social support in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*(3), 465-479. <https://doi.org/10.1023/A:1024897406135>
- Irving, L. M., Snyder, C. R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P., & Nelson, N. (2004). The relationships between hope and outcomes at the pretreatment, beginning, and

- later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(4), 419-443.
<https://doi.org/10.1037/1053-0479.14.4.419>
- Jakšić, N., Brajković, L., Ivezić, E., Topić, R., & Jakovljević, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina*, 24(3.), 256-266.
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Albert, I. (2020). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 36. <https://doi.org/10.1037/per0000346>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Koenig, H. G., Youssef, N. A., Smothers, Z., Oliver, J. P., Boucher, N. A., Ames, D., ... & Haynes, K. (2020). Hope, Religiosity, and Mental Health in US Veterans and Active Duty Military with PTSD Symptoms. *Military Medicine*.
<https://doi.org/10.1093/milmed/usz146>
- Lawrence, J. W., & Fauerbach, J. A. (2003). Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 24(1), 63-72. <https://doi.org/10.1097/00004630-200301000-00016>
- Marzillier, S. L., & Steel, C. (2007). Positive schizotypy and trauma-related intrusions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 60-64.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000252383.28760.39>
- Mattson, E., James, L., & Engdahl, B. (2018). Personality factors and their impact on PTSD and post-traumatic growth is mediated by coping style among OIF/OEF veterans. *Military Medicine*, 183(9-10), e475-e480. <https://doi.org/10.1093/milmed/usx201>

- Mazer, A. K., Macedo, B. B. D., & Juruena, M. F. (2017). Transtornos da personalidade. *Medicina*, 50(Supl 1), 85-97. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p85-97>
- Morey, L. C., Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2013). Validating the proposed Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), 729-735. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a20ea8>
- Nekolaichuk, C. L., Jevne, R. F., & Maguire, T. O. (1999). Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social Science & Medicine*, 48(5), 591-605. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00348-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00348-7)
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.3.409>.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011a). Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the US population: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 678-686. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.09.013>
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011b). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 456-465. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010>
- Rauch, S. A., Defever, E., Oetting, S., Graham-Bermann, S. A., & Seng, J. S. (2013). Optimism, coping, and posttraumatic stress severity in women in the childbearing year. *Psychological*

Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5(1), 77.

<https://doi.org/10.1037/a0022214>

Reis, A. M., de Francisco Carvalho, L., & Elhai, J. D. (2016). Relationship between PTSD and pathological personality traits in context of disasters. *Psychiatry Research*, 241, 91-97.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.099>

Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993).

Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984.

<https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.6.984>.

Ribeiro, W. S., de Jesus Mari, J., Quintana, M. I., Dewey, M. E., Evans-Lacko, S., Vilete, L.

M. P., ... & Ferri, C. P. (2013). The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PloS one*, 8(5), e63545.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063545>

Rigoli, M. M., Silva, G. R., Oliveira, F. R. D., Pergher, G. K., & Kristensen, C. H. (2016). The

role of memory in posttraumatic stress disorder: implications for clinical practice. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 38(3), 119-127. [https://doi.org/10.1590/2237-6089-](https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0063)

[2014-0063](https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0063)

Rodriguez, P., Holowka, D. W., & Marx, B. P. (2012). Assessment of posttraumatic stress

disorder-related functional impairment: A review. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(5), 649-65. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2011.09.0162>.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and

implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219.

<https://doi.org/10.1037//0278-6133.4.3.219>

- Segerstrom, S. C., Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2017). Optimism. Em Robinson, M. & Eid, M. (Eds) *The happy mind: Cognitive contributions to well-being* (pp. 195-212). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-58763-9>
- Simon, R. I. (2002). Distinguishing trauma-associated narcissistic symptoms from posttraumatic stress disorder: A diagnostic challenge. *Harvard Review of Psychiatry, 10*(1), 28-36. <https://doi.org/10.1080/10673220216206>
- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2013). When is it time to move on? Rejoinder for "the ironic fate of the personality disorders in DSM-5". *Personality Disorders, 4*(4), 354. <https://doi.org/10.1037/per0000054>
- Smith, M. W., Schnurr, P. P., & Rosenheck, R. A. (2005). Employment outcomes and PTSD symptom severity. *Mental Health Services Research, 7*(2), 89-101. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-3780-2>
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (1a ed.). Academic press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-654050-5.X5000-3>
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry, 13*(4), 249-275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M., Ruan, W. J., Pulay, A. J., Saha, T. D., Pickering, R. P., & Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(7), 1033–1045. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0701>
- Swickert, R. J., Rosentreter, C. J., Hittner, J. B., & Mushrush, J. E. (2002). Extraversion, social support processes, and stress. *Personality and Individual Differences, 32*(5), 877-891. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00093-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00093-9)

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Thomas, J. L., Britt, T. W., Odle-Dusseau, H., & Bliese, P. D. (2011). Dispositional optimism buffers combat veterans from the negative effects of warzone stress on mental health symptoms and work impairment. *Journal of Clinical Psychology, 67*(9), 866-880.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20809>
- Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S. A., ... & Andero, R. (2019). Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 107*, 154-165. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013>
- Trimble, M. R. (2013). Post-traumatic stress disorder: History of a concept. In Figley, *Trauma and its Wake* (1^a edição, pp. 31-39). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203776209>
- Warshaw, M. G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K. A., Massion, A. A., & Keller, M. B. (1993). Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1512-1512.
<https://doi.org/10.1176/ajp.150.10.1512>
- World Health Organization. Violence, Injury Prevention, & World Health Organization. (2013). Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. *World Health Organization*.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... & Zanarini, M. C. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(8), 510-518. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000026620.66764.78>

- Zhou, X., Wu, X., & Zhen, R. (2018). Self-esteem and hope mediate the relations between social support and post-traumatic stress disorder and growth in adolescents following the Ya'an earthquake. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(1), 32-45. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1374376>
- Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 245-263. <https://doi.org/10.1002/jclp.20441>

Estudo I: Fatores de Proteção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão

Integrativa da Literatura

Resumo

O presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura, dos últimos 20 anos, a fim de identificar os fatores protetivos de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) documentados na literatura. Foram conduzidas pesquisas em dois bancos de dados (Pubmed e PsycINFO) com operadores Booleanos utilizando as palavras-chave 'protect factor', 'prevent factor', 'PTSD', 'Posttraumatic Stress Disorder', 'Post-traumatic Stress Disorder'. Após aplicar critérios de inclusão e exclusão, restaram 184 artigos. Os resultados indicaram que 70% dos artigos foram publicados a partir de 2011. Os contextos mais pesquisados foram guerra (24,45%) e desastre (17,39%), neste último incluso tanto desastre natural quanto nuclear e tecnológico. A categoria mais estudada foi a interna (93,48%), a qual considera fatores psicológicos e emocionais. Os fatores protetivos mais estudados foram suporte (28,8%), resiliência (15,76%), otimismo (4,89%) e personalidades (4,34%). Conclui-se que a identificação de fatores de proteção é uma tarefa complexa e não trivial. A proteção variou a depender, entre outros, do contexto no qual o trauma ocorre e da cultura na qual o sujeito está inserido.

Palavras-chave: revisão de literatura, TEPT, fatores de proteção.

Abstract

The current study aimed to identify the protective factors of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms documented in the literature by carrying out an integrative review of the literature, from the last 20 years. The searches were conducted in two databases (Pubmed and PsycINFO) using Boolean operators according to the following keywords 'protect factor', 'prevent factor', 'PTSD', 'Posttraumatic Stress Disorder', 'Post-traumatic Stress Disorder'. After applying inclusion and exclusion criteria, 184 articles remained. The results indicated that 70% of the articles were published as of 2011. War (24,45%) and disaster (17,39%) were the most researched context, considering disaster as natural, nuclear or technological ones. Psychological and emotional factors (93,48%) were the most observed protective factors across the analyzed studies. Specifically, these psychological factors were mostly support (28,8%), resilience (15,76%), optimism (4,89%) and personality (4,34%). It is concluded that the identification of protection factors is a complex and not a trivial task. Protection varies depending, among others, on the context in which the trauma occurs and the culture in which the subject is inserted.

Keywords: literature review, PTSD, protective factors.

Fatores de Proteção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão

Integrativa da Literatura

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático [TEPT] tende a gerar prejuízos emocionais e psicológicos significativos, sendo considerado um transtorno com alta taxa de risco de suicídio (Kessler, 2000). Além do quadro clínico advindo do próprio transtorno, há a possibilidade de surgimento de sintomas físicos medicamente inexplicáveis, como quadros inflamatórios, desregulação de sistemas de resposta ao estresse e desenvolvimento de doenças autoimunes (Neigh & Ali, 2016; Walker et al., 2003). Estudos mostram, ainda, alta prevalência de significativo comprometimento funcional (Walker et al., 2003), uso excessivo de sistema de saúde (O’toole & Catts, 2007; Walker et al., 2003), além de comorbidades severas, como depressão, transtorno da ansiedade generalizada, transtorno do pânico, transtorno distímico e abuso de álcool ou substância (Neigh & Ali, 2016).

Entretanto, a mera experiência de um evento traumático não é determinante para o desenvolvimento de TEPT e suas comorbidades, podendo diferentes pessoas vivenciarem uma mesma situação e apresentarem reações, interpretações e formas de enfrentamento diversas. Isso ocorre devido às diferenças individuais que podem contribuir para diminuir ou evitar o desenvolvimento dos sintomas (Chen et al., 2017). Buscando compreender como tais diferenças podem servir como recursos de enfrentamento diante de um evento traumático, a literatura aponta diferentes fatores protetivos para o desenvolvimento do TEPT. Nesse sentido, a personalidade parece desempenhar um importante papel. Por exemplo, os traços de Socialização e de Estabilidade Emocional mostraram-se como fatores protetivos para o surgimento do TEPT em crianças vítimas de desastre natural, enquanto que o traço Extroversão foi protetivo para as comorbidades relacionadas ao TEPT na mesma população (Chen et al.,

2017). O traço Agradabilidade mostrou-se um fator protetivo em policiais mulheres frente às situações potencialmente traumáticas inerentes à profissão (Andrew et al., 2013).

Aspectos ambientais e contextuais também se destacam como fatores de proteção. Por exemplo, a percepção de suporte (social, familiar e de equipe/grupo) é o fator mais identificado nas pesquisas como protetivo para TEPT ou como mediador entre algum outro aspecto, como inteligência emocional e a redução dos sintomas de TEPT (ver Ciarleglio et al., 2018; Dworking et al., 2018; Hofman et al., 2016). Recursos socioeconômicos, tais como renda (Erickson et al., 2013), padrão de vida (Goenjian et al., 2018) e educação (Pietrzak et al., 2014), também desempenham papel protetivo em relação ao TEPT.

Além dos aspectos já citados, os bio-fisiológicos também tendem a impactar a manifestação de sintomas do TEPT. Por exemplo, pessoas mais velhas tendem a não sentir tanto o impacto psicológico de eventos traumáticos (Goldfinger et al., 2014; Michaels et al., 1999; Nasky et al., 2009). Ainda, alta taxa de cortisol, um marcador de verificação do funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, ao acordar (Marin et al., 2019) e níveis de plasma do fator neurotrófico derivado do cérebro (Dell’Osso et al., 2009) também podem contribuir para o não surgimento ou para a diminuição de sintomas do TEPT.

Assim, diante da complexidade e diversidade do tema, o presente estudo busca compreender, por meio de uma revisão integrativa da literatura, as convergências e divergências de resultados encontrados em artigos científicos publicados nos últimos 20 anos acerca dos fatores protetivos em relação aos sintomas de TEPT. Esse entendimento é fundamental para propor e melhorar tratamentos do TEPT e suas comorbidades, bem como para auxiliar na prevenção de seu surgimento. Uma análise cuidadosa e contextualizada dos resultados publicados em artigos científicos permite compreender os alcances e limites de cada achado, de modo a relativizar generalizações. Isso contribui para o avanço do tema, o qual se mostra de grande importância, visto que qualquer pessoa no mundo está sujeita a passar por um trauma,

principalmente em cenários de grande exposição à violência e a desastres naturais. Entender como os fatores protetivos para o TEPT operam em diferentes contextos e culturas é fundamental para minimizar os impactos do evento traumático no próprio sujeito que o sofreu, bem como nas pessoas a seu redor, como familiares e amigos.

Método

A presente revisão de literatura buscou identificar artigos publicados cujo objeto de estudo envolvesse fatores protetivos de sintomas do TEPT. Para tanto, focou-se nos artigos publicados nos últimos 20 (vinte) anos, escritos em inglês e português, revisados por pares, empíricos e com método quantitativo. Esses critérios foram empregados de modo a diminuir a heterogeneidade entre estudos.

As buscas foram conduzidas nos bancos de dados PsycINFO (*American Psychological Association – APA*) e PubMed (*National Library of Medicine <https://www.nih.gov/>*), utilizando as palavras-chave ‘*protect factor*’, ‘*prevent factor*’, ‘*PTSD*’, ‘*Posttraumatic Stress Disorder*’, ‘*Post-traumatic Stress Disorder*’ (ver Tabela 1.1). Foram excluídas as obras que: (a) não estavam disponibilizadas na íntegra; (b) que foram escritas em línguas diferentes das citadas anteriormente; (c) que reportavam revisão de literatura ou estudo de caso (este por ser um dos últimos na hierarquia de evidência adotada pela *National Service Framework for Mental Health*); (d) que estavam nos formatos de monografias, teses e dissertações disponíveis somente nos repositórios *online* das Universidades, por não terem sido publicadas em revista científica e revisadas por pares; (e) que utilizaram métodos qualitativos; (f) que utilizaram modelos animais; e (g) as obras duplicadas. Também foram excluídos os artigos que trataram somente de fatores de risco para TEPT e/ou só informaram fatores protetivos para outros transtornos, e que utilizaram TEPT como mediador para verificar fatores protetivos/risco para outros contextos.

Similarmente ao método empregado por Tortella-Feliu et al. (2019), esta revisão de literatura utilizou como fator de proteção o conceito de variáveis presentes previamente, as quais implicam em menores chances de desenvolvimento de TEPT ou de sintomas de TEPT pelo indivíduo que as possuem em comparação aos que não as possuem. As definições de cada fator protetivo utilizado nesta revisão foram aqueles dados pelos artigos analisados.

Tabela 1.1: Sistema de Busca Aplicada nas Bases de Dados

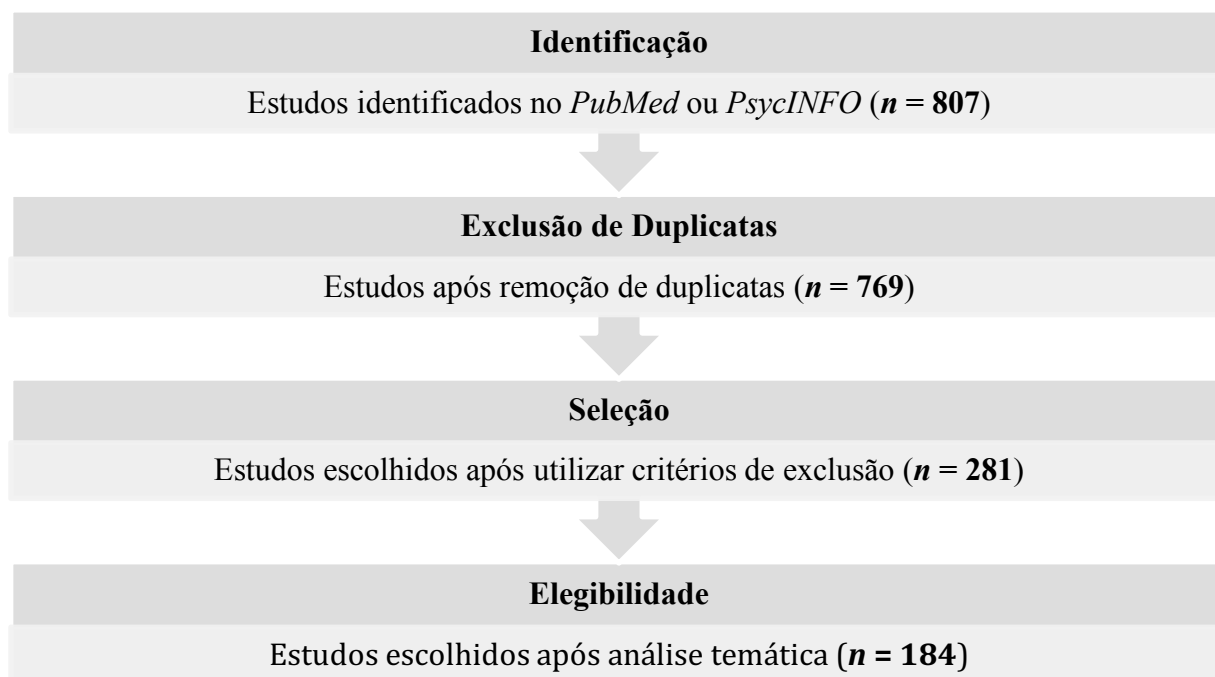
Base de Dados	Descritor de Busca
PsycINFO	(Abstract: "prevent* factor*" OR Abstract: "positive psych*" OR Abstract: "protect* factor*") AND (Abstract: PTSD OR Abstract: "Post Traumatic Stress Disorder") AND Methodology: Empirical Study OR Empirical Study OR Empirical Study OR Quantitative Study AND Year: 1998 To 2019
PubMed	((((PTSD) OR posttraumatic stress disorder) OR post-traumatic stress disorder) OR post traumatic stress disorder) AND protective factor Filtros aplicados: <i>Humans, Full Text e From 1998/01/01 to 2019/08/21</i>

Resultados

A busca nos bancos de dados retornou 807 artigos no total, restando 769 após exclusão dos duplicados. Através da análise do título (*title*) e resumo (*abstract*) foram excluídos 488 artigos por meio da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restando, portanto, 281 artigos. Esses foram exportados para uma planilha do Excel e analisados manualmente. Foram excluídos artigos que não guardavam pertinência temática com a revisão de literatura, bem como aqueles que se enquadravam em algum critério de exclusão prévio. Assim, restaram 184

artigos para análise. A Figura 1.1 apresenta o fluxograma de seleção dos artigos por meio do método empregado nesta revisão.

Figura 1. 1: Fluxograma do Método Empregado para Seleção dos Artigos



Quantidade de Artigos Publicados por Ano

A Figura 1.2 mostra a distribuição do número de artigos publicados entre 1999 e 2019. 70% deles foram publicados entre 2011 e 2019. Como esta revisão de literatura foi conduzida na metade de 2019, o número de artigos que consta no gráfico deste ano refere-se somente aos publicados até agosto.

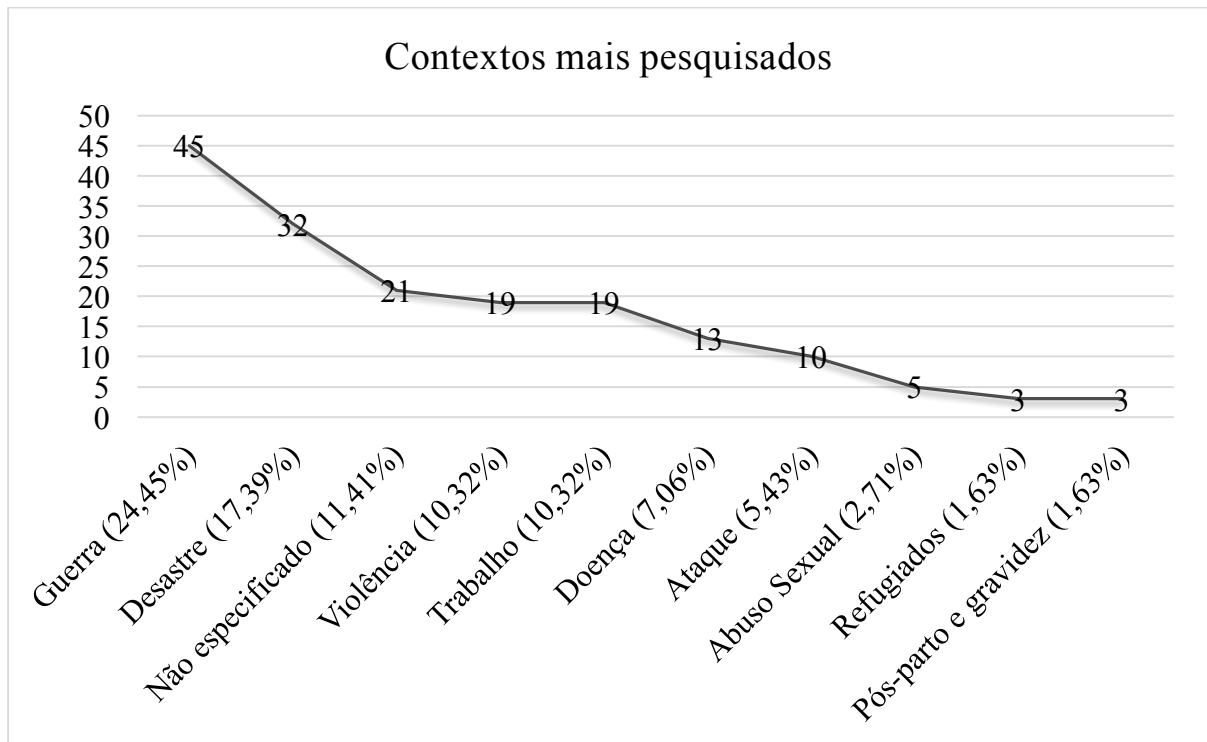
Figura 1. 2: Distribuição dos Artigos Publicados ao Longo dos Anos



Contextos e Países de Investigação de Fatores Protetivos para TEPT

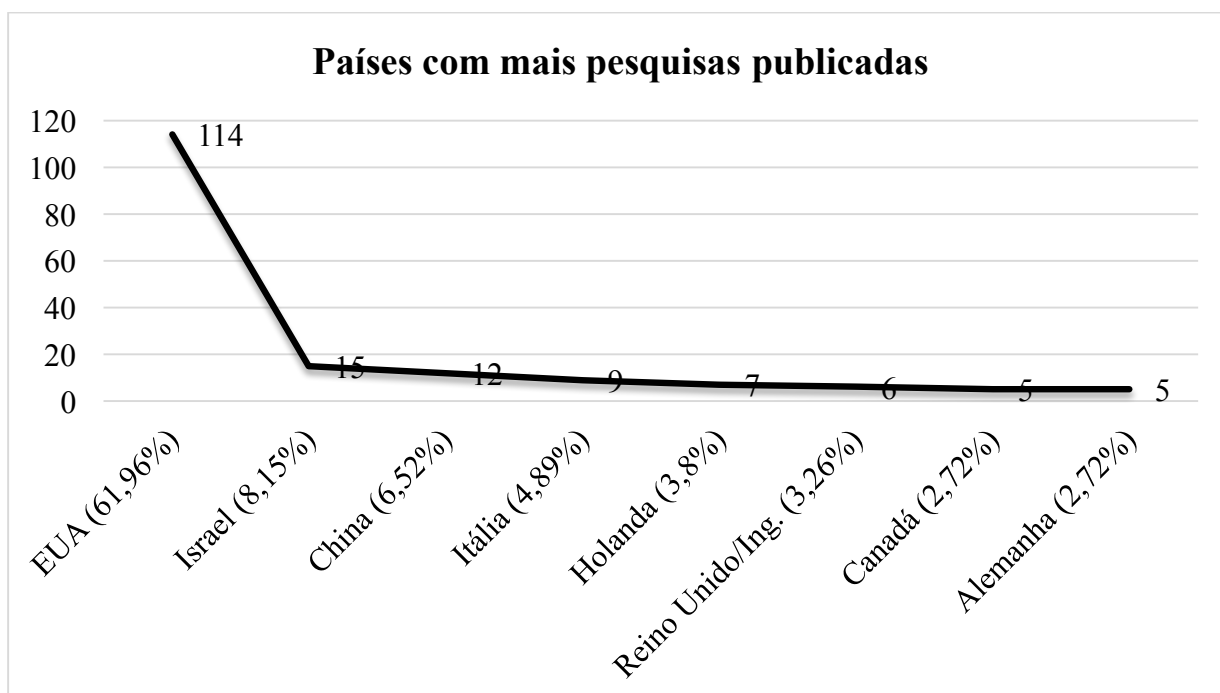
Esta revisão também buscou identificar os contextos em que são investigados os fatores protetivos do TEPT. A Figura 1.3 mostra a frequência dos dez contextos mais pesquisados nos artigos revisados. Foram agrupados na categoria “desastre” tanto os naturais quanto nucleares e tecnológicos, e em “ataque” foram considerados tanto ataques terroristas quanto tiroteio. Observa-se uma predominância de estudos que investigam fatores protetivos ao TEPT no contexto de guerra. Esse contexto tem um potencial estressor extremamente elevado, demandando exaustivamente das pessoas envolvidas o recrutamento de recursos psicológicos para adequado enfrentamento da situação. O segundo contexto mais estudado é o de desastre que possui um caráter de alta imprevisibilidade, em muitos casos.

Figura 1. 3: Os dez contextos mais pesquisados



Referente ao país que mais investiga os fatores protetivos relacionados ao TEPT, os resultados mostraram (ver Figura 1.4) que a maioria dos estudos revisados aqui foram conduzidos pelos Estados Unidos, com quase 62% dos artigos totais. Em segundo lugar, porém com um número menos expressivo, foi Israel, o qual correspondeu a aproximadamente 8% dos artigos revisados.

Figura 1. 4: Países com Mais Pesquisas Publicadas

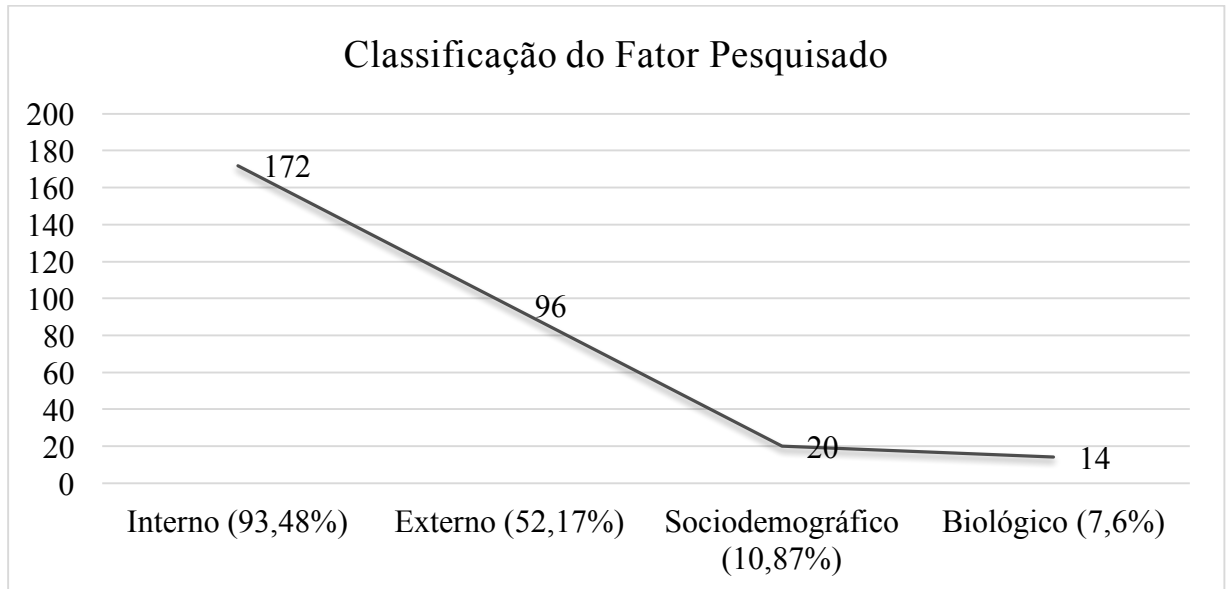


Características dos Fatores Protetivos Investigados

As variáveis que foram consideradas protetivas nos artigos analisados foram classificadas em quatro categorias, a saber: (a) Interno (essa categoria considerou fatores psicológicos e emocionais, como personalidade, resiliência, satisfação de vida); (b) Externo (foram incluídas nessa categoria fatores que podem ser percebidos pelo indivíduo no ambiente, como suporte social); (c) Sociodemográfico (que compreendeu variáveis como renda e educação); e (d) Biológico (com variáveis do tipo idade e gênero). Os resultados mostraram que 93,48% dos artigos analisados incluíram variáveis internas aos participantes para a identificação de fatores protetivos para o desenvolvimento do TEPT. A segunda categoria mais estudada foi a de variáveis externas (ver Figura 1.5). Esse dado confirma a perspectiva de Figueira e Mendlowicz (2003) e de Naseem e Khalid (2010) quanto às pesquisas estarem se voltando predominantemente aos fatores internos de proteção para os sintomas de TEPT. Como vários estudos pesquisaram mais de um construto, a soma total dos percentuais na Figura 1.5

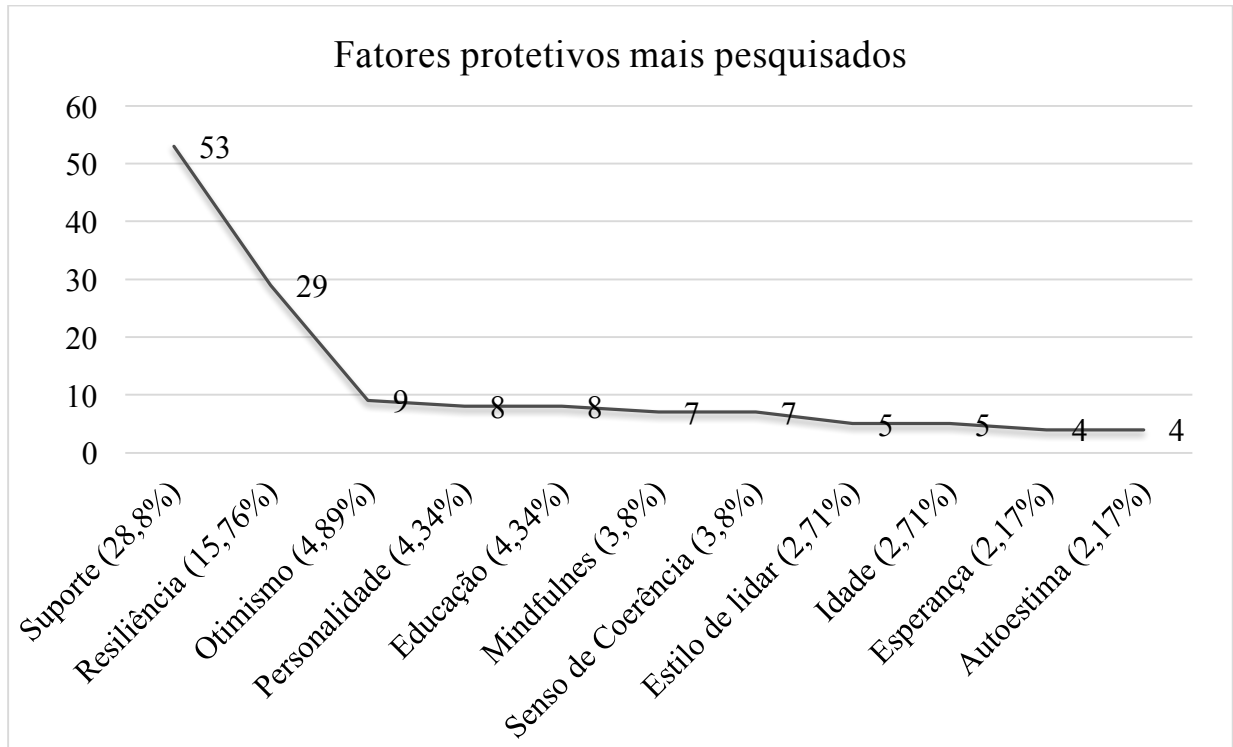
ultrapassa 100%, visto cada um ter sido classificado individualmente. Os percentuais foram calculados levando em consideração o número total de artigos ($n = 184$).

Figura 1. 5: Classificação do Fator Pesquisado



Em relação aos fatores protetivos mais pesquisados (ver Figura 1.6), suporte (social, familiar, hospitalar, de amigos e da unidade de trabalho) foi o mais considerado nos estudos, correspondendo a mais de 28% dos artigos analisados. O segundo fator mais estudado foi resiliência em cerca de 16%. Como vários estudos pesquisaram mais de um fator protetivo, a soma total dos percentuais na Figura 1.6 ultrapassa 100%, visto que cada fator foi classificado individualmente. Os percentuais foram calculados levando em consideração o total de artigos ($n = 184$).

Figura 1. 6: Fatores Protetivos Mais Pesquisados



Discussão

O presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura, dos últimos 20 anos, a fim de identificar os fatores psicológicos protetivos de sintomas de TEPT, através de pesquisa em bancos de dados especializados, com o uso de operadores booleanos ajustados aos objetivos do estudo. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão para se chegar à seleção final dos artigos. Dada a grande quantidade de artigos que atingiram os critérios de inclusão e, conseqüentemente, a quantidade de dados gerada por tais pesquisas, esta revisão de literatura analisou de forma quantitativa algumas variáveis de interesse. De modo geral, o presente estudo identificou uma relativa quantidade de artigos que apresentam fatores protetivos aos sintomas de TEPT. Esses artigos, em sua maioria, investigam o papel desses fatores protetivos em contexto de guerra, privilegiando variáveis internas, como personalidade e resiliência, em especial a percepção de suporte. A seguir, são discutidos os alcances e limites dos resultados encontrados, bem como as implicações dos achados desta revisão.

A Produção Científica Sobre Fatores Protetivos de TEPT e Sua Relação Histórico-Temporal

A Figura 1.2 mostra a relação de artigos publicados sobre o tema ao longo do tempo nos últimos 20 anos, revelando que 70% dos artigos foram publicados entre 2011 e 2019. Uma hipótese para esse aumento consiste no contexto mundial que, desde 2011, vem apresentando eventos com grandes impactos econômicos, políticos e civis. Dentre esses eventos está a Primavera Árabe, que teve seu ápice em 2011, destacando-se, mas não limitado à, morte de Muammar Kadhafi na Líbia (G1, 2011a). Ainda houve a deposição de Ben Ali na Tunísia e de Mubarak no Egito (Fellet, 2016), e resistência de Bashar Al Assad em deixar o poder da Síria (Sancha, 2020). Esses contextos de conflito crescente e de instabilidade política levou à migração massiva de refugiados buscando asilo em outros países, principalmente na Europa, sendo considerada a maior onda de migração desde a 2ª Guerra Mundial (Kingsley, 2015). Ainda no contexto de migração, o Brasil vem recebendo cada vez mais cidadãos venezuelanos que fogem pelas fronteiras diante da crescente crise econômica e política que o país vive há anos (UNICEF, n.d.). Todo esse cenário de guerra, conflitos e perseguições possui potencial de gerar trauma nos indivíduos que com ele tem contato, sejam civis, militares ou profissionais de outras áreas.

Além disso, a União Europeia enfrentou uma grave crise econômica, conhecida como crise da dívida pública da Zona do Euro, atingindo países como Grécia, Portugal e Espanha. Como consequência, houve retirada de capital por parte de investidores, diminuição do PIB e aumento do desemprego, levando, também a pedidos de imigração para outros países. (Senado, 2013). Outro fato de grande destaque no mesmo ano foi a morte de Osama Bin Laden por *Seals* (Marinha Americana), na operação Lança de Neptuno, colocando fim à uma busca de uma década, iniciada após a al-Qaeda assumir a autoria do atentado de 11 de setembro de 2001. O

ataque às Torres Gêmeas resultou na morte de quase 3.000 pessoas, gerando, como consequência, a Guerra ao Terror, operação na qual os Estados Unidos instalaram tropas militares no Afeganistão e no Iraque (G1, 2011b; Prado, 2011). Os efeitos do 11 de setembro são estudados desde então, permanecendo como tema de interesse até os dias atuais.

Também em 2011, a Otan iniciou a retirada gradual de suas tropas do Afeganistão, após maio de 2011 ter sido o mês com o maior número de baixa de militares (BBC, 2011). Nesses conflitos, muitos civis também são mortos. O acirramento entre nações, com frequentes ataques terroristas, causa instabilidade e contato constante com situações de guerra tanto para a população nacional quanto para os militares que lá estão, levando a situações muitas vezes sub-humanas e potencialmente traumáticas.

Ainda, ataques cometidos em grandes instituições, como escolas, são manchetes frequentes na mídia mundial. Em 2011, o Brasil foi um dos países que vivenciou esse contexto, no que ficou conhecido como Massacre de Realengo no Rio de Janeiro (BBC, 2019a). Infelizmente, ganhou destaque na mídia novamente pelo mesmo motivo em 2019 quando do ataque à escola Raul Brasil, em Suzano, São Paulo (BBC, 2019b). Esse tipo de situação inesperada choca pela injustiça na forma como as mortes ocorrem e por quase sempre envolverem pessoas muito jovens, levando a potenciais traumas a serem vivenciados pelas famílias das vítimas e pelos sobreviventes.

Finalmente, desastres naturais ocorreram ao redor do mundo, com destaque para o pior terremoto da história do Japão, seguido de um tsunami e um acidente nuclear, deixando mais de 19.000 vítimas (Estado de Minas, 2018). Assim, acredita-se que o estudo de TEPT aumentou mundialmente, a partir de 2011, diante das graves situações causadas pelos contextos citados, sendo possível que as consequências sejam sentidas a longo prazo, motivo pelo qual constantes pesquisas a respeito se fazem necessárias.

Na presente revisão, observou-se uma predominância de estudos que investigaram fatores protetivos ao TEPT no contexto de guerra. Esse contexto tem um potencial estressor extremamente elevado, demandando exaustivamente das pessoas envolvidas o recrutamento de recursos psicológicos para adequado enfrentamento da situação. O segundo contexto mais estudado é o de desastre, que possui um caráter de alta imprevisibilidade em muitos casos. Ambos os contextos foram de grande relevância mundial a partir de 2011, conforme discutido.

Nesse cenário, destaca-se ainda o fato de os Estados Unidos liderarem o *ranking* de publicações observado nesta revisão, com quase 62% dos artigos totais, seguido de Israel, o qual contribuiu com 8,15% dos artigos analisados. Além do reconhecimento da grande participação dos Estados Unidos no estudo do tema de forma geral (conforme Reis & Carvalho, 2016), mais uma explicação se faz necessária para justificar a discrepância de publicações entre os Estados Unidos e os demais países. Trata-se de um viés metodológico desta revisão que restringiu a seleção de artigos publicados a inglês e português, excluindo artigos publicados em outras línguas. Portanto, esse critério de exclusão pode ter contribuído para a redução da participação de outros países no presente estudo. Outra observação importante a ser feita é que diversos artigos foram publicados em caráter de colaboração entre dois ou mais países, mas cada país foi considerado individualmente no gráfico, motivo pelo qual a soma total do percentual na Figura 1.4 ultrapassa 100%. Ainda, os países que publicaram menos de cinco artigos nos últimos 20 anos foram excluídos da Figura 4.

Os Fatores Protetivos de TEPT e Suas Particularidades

Os dados obtidos na presente revisão indicaram que a percepção de suporte e a resiliência são os dois fatores protetivos de sintomas de TEPT mais investigados entre os estudos analisados. A categoria de análise “Suporte” incluiu estudos que investigaram a associação dos sintomas de TEPT em relação ao suporte percebido de amigos, familiares e

colegas de trabalho. Por sua vez, a categoria “Resiliência” incluiu artigos que analisaram a associação dessa variável em específico com os sintomas de TEPT. Considerando que esses foram os dois fatores mais investigados nos artigos revisados, a seguir são feitas discussões acerca dos papéis da percepção de suporte e de resiliência na proteção aos sintomas de TEPT.

A Percepção de Suporte e os Sintomas de TEPT

A percepção de suporte pode ser definida como a percepção de que familiares e amigos proveem recursos materiais e psicológicos positivos a um determinado indivíduo (Cohen & Wills, 1985). No contexto específico de eventos traumáticos, o suporte pode proteger o aparecimento de sintomas de TEPT. De forma geral, isso ocorre por proporcionar à pessoa experiências positivas e por inseri-la em um papel estável e determinado, frequentemente recompensado, dentro de uma comunidade (Cohen & Wills, 1985). Além disso, o suporte parece desempenhar uma influência sobre o TEPT por promover o bem-estar e auxiliar no processamento cognitivo e emocional do trauma vivido (Carlson et al., 2016). A Teoria do Apego, inicialmente proposta por Bowlby (1973), pode ser útil para explicar essa última relação. Isso porque, segundo a teoria, as interações na infância com os cuidadores primários levam a esquemas mentais de si mesmo e dos outros, impactando na qualidade dos relacionamentos na vida adulta. Logo, a forma de conexão entre pessoas resulta em modelos que sugerem regras sobre como um indivíduo reagirá a eventos estressores e quais estratégias de enfrentamento adotará para lidar com a situação (Carlson et al., 2016; Gore-Felton et al., 2013; Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2008; Voestermans et al., 2020). Entende-se que, nas pesquisas acessadas, suporte social foi utilizado como sinônimo de apoio social, o que é comum em outros estudos da área da saúde (ver Abreu-Rodrigues & Seidl, 2015; Macedo et al., 2018; Seidl & Tróccoli, 2006).

A variável suporte mostrou-se protetiva para os sintomas de TEPT nos mais diversos contextos: enchente (Dar et al., 2018), desastre natural (Platt et al., 2016), guerra (Ciarleglio et al., 2018; Cunningham et al., 2014; Pietrzak et al., 2010), abuso sexual (Dworkin et al., 2018), violência urbana (Glass et. al, 2007), pós-parto (Noyman-Veksler et. al, 2015), entre outros. No entanto, apesar de ser um dos fatores que mais aparece como protetivo em pesquisas sobre o tema, há casos em que pode representar risco. Yablon (2019) verificou que o suporte da escola (ou a experiência positiva do aluno com a escola) associado à alta exposição ao terror levou a maiores níveis de TEPT entre os meninos da amostra investigada. Apesar de surpreendente, o resultado mostra que essa experiência positiva com a instituição pode servir como fator de risco para os sintomas de TEPT. Um motivo aventado pelo autor para isso é que as escolas, por possuírem recursos e tempo limitados, focam em tratar apenas os alunos mais traumatizados, preterindo os que já possuem mais conexão positiva com a escola.

O Papel da Resiliência na Proteção aos Sintomas de TEPT

A definição de resiliência não é única. Por um lado, pode ser entendida como a superação de situações adversas com resultados positivos, ou seja, como uma consequência de um evento estressante. Por outro, pode ser vista como um traço ou capacidade de se adaptar a diferentes sistemas na vida, ou seja, como uma característica intrapessoal que permite a um indivíduo se adaptar às mais diversas situações (Tlapek et. al, 2017). Nesta revisão de literatura, o sentido mais utilizado para resiliência foi esse último. A ideia de resultados positivos como consequências de trauma geralmente esteve associada a *post traumatic growth* (PTG) nos artigos pesquisados.

Pessoas com alta resiliência parecem ser capazes de criar estratégias múltiplas de enfrentamento de situações traumáticas, além de apresentarem menos comportamentos de risco, como abuso de álcool e drogas, após um trauma (Tlapek et. al, 2017). A resiliência também se

mostrou protetiva em contextos diversos. Por exemplo, estima-se que cerca de 9% dos policiais no Brasil desenvolvam TEPT (Marchand et al., 2015). Apesar de ser uma profissão que envolve a exposição a situações potencialmente traumáticas diariamente, a maior parte dos policiais não terá TEPT. Por ser um cargo que contempla avaliação psicológica na fase de seleção, é possível que sejam selecionadas pessoas que já possuem alta resiliência. Além disso, há treinamentos de diversas situações que podem ocorrer no exercício da profissão. Ter a possibilidade de preparar-se com antecedência para um trauma em potencial e saber os desfechos possíveis pode estimular a resiliência em policiais. No entanto, também deve-se levar em consideração que o percentual de policiais que desenvolvem TEPT pode estar subestimado uma vez que a cultura desta profissão muitas vezes desestimula que policiais reportem ou falem sobre dificuldades psicológicas (Marchand et al., 2015).

No contexto de violência por parceiro íntimo (VPI), resiliência foi protetiva tanto em mulheres quanto em homens que foram vítimas. Dentre os fatores que parecem estimular a resiliência nessas situações estão altos níveis de educação e de renda (Coker et al., 2005).

A resiliência também parece ter efeitos protetivos no funcionamento do cérebro. Analisando o córtex pré-frontal medial, região associada à regulação de respostas a eventos estressores, Brunetti et al. (2017) sugerem que pode haver correlação positiva entre resiliência e o bom funcionamento das conexões neurais em pessoas que sofrem algum trauma, evitando o surgimento de TEPT. No entanto, nem sempre a resiliência será protetiva para TEPT. É possível que seus efeitos sejam mitigados por outros fatores. Ao estudar a relação entre TEPT e resiliência em pacientes em tratamento para superar o vício em nicotina, Asnaani et al. (2015) perceberam que a resiliência foi protetiva para TEPT somente quando associada à baixa abstinência da substância. Já em pacientes com alta abstinência, a relação entre TEPT e resiliência foi mitigada.

As Diferenças e Incongruências dos Fatores Protetivos de TEPT Entre Estudos

Os resultados apresentados nos artigos analisados, de modo geral, sinalizam que os fatores de proteção dependem do contexto e da amostra estudada. Ainda, as diferenças nos métodos de investigação podem influenciar um fator ser considerado protetivo ou não. Desse modo, os resultados obtidos nesta revisão sugerem que os fatores protetivos não são universais. Além de se manifestarem diferentemente entre os indivíduos, também interagem com outras variáveis, como gênero e contexto. Por exemplo, *mindfulness* disposicional foi considerado um dos principais fatores que explicou a menor severidade de sintomas de TEPT em uma amostra americana com histórico de trauma extensivo, distúrbios psiquiátricos e em tratamento residencial para dependência de substâncias (Garland & Roberts-Lewis, 2013). Em contraste, *mindfulness* disposicional não se mostrou associado à diminuição de sintomas de TEPT em uma amostra de turistas noruegueses sobreviventes de um tsunami no sudeste asiático, região na qual as taxas de mortalidade foram altas. Neste último estudo, dentre as cinco facetas do *mindfulness* disposicional avaliadas por meio do *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (Baer et al., 2008), a saber, Não Julgar, Observar, Agir com Consciência, Descrever e Não Reagir, a faceta Descrever (capacidade de uma pessoa em descrever seus sentimentos) teve correlação positiva com sintomas de TEPT. A explicação para esse resultado parece ser que quanto maiores os sintomas de TEPT, mais sentimentos uma pessoa será capaz de descrever (Hagen et al., 2006).

Além disso, as variáveis protetivas podem ter efeitos somente mediadores/moderadores ao invés de diretos. Gluck et al. (2016), em estudo com uma amostra de idosos austríacos com histórico de experiência de guerra durante a infância, concluíram que o *mindfulness* não teria efeito direto sobre o TEPT, mas sim indireto, mediando parcialmente a associação entre a cognição pós-trauma e o senso de coerência (SOC). SOC pode ser entendido, segundo Veronese e Pepe (2017) como:

Uma orientação geral de um indivíduo que determinará a extensão em que ele ou ela manterá um sentimento de confiança diante de uma adversidade. Indivíduos com senso de coerência forte percebem os eventos em suas vidas como estruturados, preditivos e explicáveis, sendo capazes de encontrar os recursos necessários para lidar com experiências traumáticas (p. 3).

As diferenças encontradas na literatura devem ser ponderadas pelas particularidades metodológicas de cada estudo. De qualquer forma, elas também sinalizam a complexidade dinâmica dos fatores relacionados ao trauma, ao contexto, à cultura e às variáveis psicológicas.

Para além de estudos com resultados distintos, existem ainda os que são contrários ao senso comum. Enquanto as patologias da personalidade são geralmente associadas a maiores níveis de sintomas de outros transtornos mentais, as dimensões interpessoal e afetiva da psicopatia, classificações segundo Hare e Neumann (2008), mostraram-se protetivas para TEPT em soldados que tiveram contato com a guerra (Anestis et al., 2017). Isso porque as dimensões interpessoal-afetiva estão fortemente relacionadas à falta de empatia e resposta deficitária ao medo. Essas características, em um contexto de combate, podem acabar por gerar atitudes destemidas e corajosas, além de permitir que uma pessoa consiga desempenhar seu papel de forma segura/equilibrada, com alta tolerância ao estresse e baixos níveis de processamento de medo e emoção (Anestis et al., 2017). Contudo, vale salientar que essas características se mostraram protetivas ao TEPT dos soldados estudados. Isso não quer dizer que elas são desejáveis para a seleção de soldados, uma vez que os efeitos dessas características em outras áreas da atuação militar podem não ser benéficas.

Dadas as grandes diferenças que podem haver para fatores protetivos, um estudo realizado em 24 países (Benjet et al., 2016) se dispôs a analisar o fator que seria protetivo para todos eles, considerando 29 tipos diferentes de traumas. O resultado mais consistente e menos enviesado foi ser casado. Isso porque pessoas casadas geralmente passam menos tempo fora de

casa, menos tempo desacompanhadas e em menos situações de vulnerabilidade quando comparadas às que não são casadas. Além disso, pessoas casadas costumam dispor de mais recursos e, assim, se colocam em menos situações de risco, como morar em bairros inseguros (Benjet et al., 2016). Ou seja, o resultado mostrou que ser casado pode ser uma forma de se envolver menos em cenários de risco, o que, em consequência, diminuiria a probabilidade de se passar por um trauma e desenvolver TEPT. Como se considerou casamento somente em sentido estrito, os dados podem ter sido conservadores e outros tipos de relacionamento (como relacionamento estável ou morar junto) podem ser tão protetivos quanto. Além disso, estar casado ou em união estável também sinaliza a percepção de suporte, como anteriormente discutido.

Considerações Finais

O presente estudo permitiu uma análise dos resultados disponíveis na literatura dos últimos 20 anos acerca dos fatores protetivos relacionados aos sintomas de TEPT. De modo geral, observou-se que os estudos se mostraram mais frequentes a partir do ano de 2011 e que a maioria das investigações focam no contexto de guerra e nas variáveis de suporte e resiliência. Cabe salientar aqui os limites desta revisão que incluiu apenas artigos publicados em português e inglês, sendo que outras evidências científicas não foram incluídas. As diferenças entre os estudos analisados e os resultados, às vezes, inconsistentes encontrados sinalizam a complexidade e a dinâmica pertinente ao tema. O TEPT é um transtorno que impacta significativamente a funcionalidade bio-psico-social das pessoas, demandando atenção da comunidade científica e de clínicos para diminuir os prejuízos decorrentes de sua manifestação. A identificação de fatores protetivos tende a ser subsídio para a elaboração de programas de prevenção e intervenção para esse tipo de demanda.

Referências

- Andrew, M. E., Howsare, J. L., Charles, L. E., McCanlies, E. C., Mnatsakanova, A., Hartley, T. A., ... & Violanti, J. M. (2013). Associations between protective factors and psychological distress vary by gender: the buffalo cardio-metabolic occupational police stress study. *International Journal of Emergency Mental Health*, 15(4), 277-288.
- Anestis, J. C., Harrop, T. M., Green, B. A., & Anestis, M. D. (2017). Psychopathic personality traits as protective factors against the development of post-traumatic stress disorder symptoms in a sample of national guard combat veterans. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(2), 220-229. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9588-8>
- Asnaani, A., Farris, S. G., Carpenter, J. K., Zandberg, L. J., & Foa, E. B. (2015). The relationship between anxiety sensitivity and posttraumatic stress disorder: What is the impact of nicotine withdrawal?. *Cognitive therapy and research*, 39(5), 697-708. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9685-5>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- BBC. (2011). Saiba como fica o Afeganistão com a saída de tropas da Otan. https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/06/110623_entenda_otan_eua_afeganista_o_mm
- BBC. (2019a). De Realengo a Goiânia: cinco massacres que chocaram o país: Atentado cometido por dois ex-alunos da escola estadual Professor Raul Brasil, em Suzano, deixou ao menos dez mortos. R7. <https://noticias.r7.com/sao-paulo/de-realengo-a-goiania-cinco-massacres-que-chocaram-o-pais-14032019>

- BBC. (2019b). Tiros em Suzano: 10 casos de massacres em escolas que chocaram o mundo.
<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-47558612>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J. P., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*, *46*(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In *Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger* (pp. 1-429). The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Brunetti, M., Marzetti, L., Sepede, G., Zappasodi, F., Pizzella, V., Sarchione, F., ... & Di Giannantonio, M. (2017). Resilience and cross-network connectivity: a neural model for post-trauma survival. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *77*, 110-119. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.04.010>
- Carlson, E. B., Palmieri, P. A., Field, N. P., Dalenberg, C. J., Macia, K. S., & Spain, D. A. (2016). Contributions of risk and protective factors to prediction of psychological symptoms after traumatic experiences. *Comprehensive psychiatry*, *69*, 106-115. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.04.022>
- Chen, X., Xu, J., Li, B., Li, N., Guo, W., Ran, M. S., ... & Hu, J. (2017). The role of personality and subjective exposure experiences in posttraumatic stress disorder and depression symptoms among children following Wenchuan earthquake. *Scientific Reports*, *7*(1), 17223. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-17440-9>
- Ciarleglio, M. M., Aslan, M., Proctor, S. P., Concato, J., Ko, J., Kaiser, A. P., & Vasterling, J. J. (2018). Associations of stress exposures and social support with long-term mental health

- outcomes among US Iraq War Veterans. *Behavior Therapy*, 49(5), 653-667.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.01.002>
- 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 and victims*, 20(6), 625-643.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cunningham, C. A., Weber, B. A., Roberts, B. L., Hejmanowski, T. S., Griffin, W. D., & Lutz, B. J. (2014). The role of resilience and social support in predicting postdeployment adjustment in otherwise healthy Navy personnel. *Military medicine*, 179(9), 979-985.
<https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00568>
- Dar, K. A., Iqbal, N., Prakash, A., & Paul, M. A. (2018). PTSD and depression in adult survivors of flood fury in Kashmir: The payoffs of social support. *Psychiatry research*, 261, 449-455. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.023>
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Del Debbio, A., Dell'Osso, M. C., Bianchi, C., da Pozzo, E., ... & Piccinni, A. (2009). Brain-derived neurotrophic factor plasma levels in patients suffering from post-traumatic stress disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33(5), 899-902. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.04.018>
- Dworkin, E. R., Ojalehto, H., Bedard-Gilligan, M. A., Cadigan, J. M., & Kaysen, D. (2018). Social support predicts reductions in PTSD symptoms when substances are not used to cope: A longitudinal study of sexual assault survivors. *Journal of affective disorders*, 229, 135-140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.042>.
- Erickson, L. D., Hedges, D. W., Call, V. R., & Bair, B. (2013). Prevalence of and factors associated with subclinical posttraumatic stress symptoms and PTSD in urban and rural

- areas of Montana: A cross-sectional study. *The Journal of Rural Health*, 29(4), 403-412.
<https://doi.org/10.1111/jrh.12017>
- Estado de Minas. (2018). Japão recorda vítimas do tsunami e catástrofe nuclear de 2011.
https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2018/03/11/interna_internacional,943325/japao-recordar-vitimas-do-tsunami-e-catastrofe-nuclear-de-2011.shtml
- Fellet, João. (2016). Da Argentina à Tunísia: 19 países onde presidentes caíram desde os anos 90. BBC.
https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/05/160414_queda_presidentes_jf_rb
- Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático [Diagnosis of the posttraumatic stress disorder]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 12-16. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004>
- G1. (2011a). Muammar Kadhafi foi morto em ataque, diz novo governo da Líbia.
<http://g1.globo.com/revolta-arabe/noticia/2011/10/muammar-kadhafi-foi-morto-em-ataque-diz-novo-governo-da-libia.html>
- G1. (2011b). EUA anunciam a morte do terrorista Osama bin Laden no Paquistão.
<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2011/05/obama-confirma-morte-de-osama-bin-laden.html>
- Garland, E. L., & Roberts-Lewis, A. (2013). Differential roles of thought suppression and dispositional mindfulness in posttraumatic stress symptoms and craving. *Addictive behaviors*, 38(2), 1555-1562. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.004>
- Glass, N., Perrin, N., Campbell, J. C., & Soeken, K. (2007). The protective role of tangible support on post-traumatic stress disorder symptoms in urban women survivors of violence. *Research in nursing & health*, 30(5), 558-568. <https://doi.org/10.1002/nur.20207>
- Glück, T. M., Tran, U. S., Raninger, S., & Lueger-Schuster, B. (2016). The influence of sense of coherence and mindfulness on PTSD symptoms and posttraumatic cognitions in a

- sample of elderly Austrian survivors of World War II. *International psychogeriatrics*, 28(3), 435–441. <https://doi.org/10.1017/S104161021500143X>
- Goenjian, A. K., Khachadourian, V., Armenian, H., Demirchyan, A., & Steinberg, A. M. (2018). Posttraumatic stress disorder 23 years after the 1988 Spitak Earthquake in Armenia. *Journal of traumatic stress*, 31(1), 47-56. <https://doi.org/10.1002/jts.22260>
- Goldfinger, J. Z., Edmondson, D., Kronish, I. M., Fei, K., Balakrishnan, R., Tuhim, S., & Horowitz, C. R. (2014). Correlates of post-traumatic stress disorder in stroke survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(5), 1099-1105. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.09.019>
- Gore-Felton, C., Ginzburg, K., Chartier, M., Gardner, W., Agnew-Blais, J., McGarvey, E., ... & Koopman, C. (2013). Attachment style and coping in relation to posttraumatic stress disorder symptoms among adults living with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(1), 51-60. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9400-x>
- Hagen, C., Lien, L., Hauff, E., & Heir, T. (2016). Mindfulness, sustained attention and post-traumatic stress in tsunami survivors. *Psychology and Cognitive Sciences Open Journal*, 2(2), 54-63. <https://doi.org/10.17140/PCSOJ-2-115>
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual review of clinical psychology*, 4, 217–246. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hofman, N. L., Hahn, A. M., Tirabassi, C. K., & Gaher, R. M. (2016). Social support, emotional intelligence, and posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Individual Differences*, 37(1), 31-39. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000185>

- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(4), 4-14.
- Kingsley, Patrick. 11/01/2015. Primavera Árabe desencadeia maior onda de migração desde a 2ª Guerra. Folha de São Paulo. <https://m.folha.uol.com.br/ilustrissima/2015/01/1572840-primavera-arabe-desencadeia-maior-onda-de-migracao-desde-a-2-guerra.shtml>
- Marchand, A., Nadeau, C., Beaulieu-Prévost, D., Boyer, R., & Martin, M. (2015). Predictors of posttraumatic stress disorder among police officers: A prospective study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 212. <https://doi.org/10.1037/a0038780>
- Marin, M. F., Camprodon, J. A., Dougherty, D. D., & Milad, M. R. (2014). Device-based brain stimulation to augment fear extinction: Implications for PTSD treatment and beyond. *Depression and anxiety*, 31(4), 269-278. <https://doi.org/10.1002/da.22252>
- Marin, M. F., Geoffrion, S., Juster, R. P., Giguère, C. E., Marchand, A., Lupien, S. J., & Guay, S. (2019). High cortisol awakening response in the aftermath of workplace violence exposure moderates the association between acute stress disorder symptoms and PTSD symptoms. *Psychoneuroendocrinology*, 104, 238-242. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.03.006>
- Michaels, A. J., Michaels, C. E., Moon, C. H., Smith, J. S., Zimmerman, M. A., Taheri, P. A., & Peterson, C. (1999). Posttraumatic stress disorder after injury: impact on general health outcome and early risk assessment. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 47(3), 460-467. <https://doi.org/10.1097/00005373-199909000-00005>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). *Adult attachment and affect regulation*. Em J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 503–531). The Guilford Press.

- Naseem, Z., & Khalid, R. (2010). Positive Thinking in Coping with Stress and Health outcomes: Literature Review. *Journal of Research & Reflections in Education (JRRE)*, 4(1).
- Nasky, K. M., Hines, N. N., & Simmer, E. (2009). The USS Cole bombing: analysis of pre-existing factors as predictors for development of post-traumatic stress or depressive disorders. *Military medicine*, 174(7), 689-694. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-04-3608>
- Neigh, G. N., & Ali, F. F. (2016). Co-morbidity of PTSD and immune system dysfunction: opportunities for treatment. *Current opinion in pharmacology*, 29, 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2016.07.011>
- Noyman-Veksler, G., Herishanu-Gilutz, S., Kofman, O., Holchberg, G., & Shahar, G. (2015). Post-natal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery: sense of coherence and social support as moderators. *Psychology & health*, 30(4), 441-455. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.977281>
- O'Toole, B. I., & Catts, S. V. (2008). Trauma, PTSD, and physical health: an epidemiological study of Australian Vietnam veterans. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.006>
- Pietrzak, R. H., Feder, A., Singh, R., Schechter, C. B., Bromet, E. J., Katz, C. L., ... & Harrison, D. (2014). Trajectories of PTSD risk and resilience in World Trade Center responders: an 8-year prospective cohort study. *Psychological Medicine*, 44(1), 205-219. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000597>
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Morgan, C. A., & Southwick, S. M. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi

- Freedom: the role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *Journal of affective disorders*, 120(1-3), 188-192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.015>
- Platt, J. M., Lowe, S. R., Galea, S., Norris, F. H., & Koenen, K. C. (2016). A longitudinal study of the bidirectional relationship between social support and posttraumatic stress following a natural disaster. *Journal of traumatic stress*, 29(3), 205-213. <https://doi.org/10.1002/jts.22092>
- Prado, Ana Carolina. (2011). 6 consequências da morte de Osama Bin Laden. Abril. <https://super.abril.com.br/blog/superlistas/6-consequencias-da-morte-de-osama-bin-laden>
- Reis, A. M., & de Francisco Carvalho, L. (2016). Produção científica sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático no contexto de desastres. *Avaliação Psicológica*, 15(2), 237-247.
- Sancha, Natália. (2020). Único sobrevivente da Primavera Árabe, Assad completa 20 anos no poder em meio a crise e poucos aliados. O Globo. <https://oglobo.globo.com/mundo/unico-sobrevivente-da-primavera-arabe-assad-completa-20-anos-no-poder-em-meio-crise-poucos-aliados-24538769>
- Senado Federal. (2013). Causas da crise na Europa (*o problema fiscal e a enorme dívida pública*) e as consequências (*piora na relação dívida pública / PIB, reservas baixas e o aumento das taxas de desemprego*). Em Discussão! <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/contas-publicas/mundo/causas-da-crise-na-europa-o-problema-fiscal-enorme-divida-publica-consequencias-reservas-baixas-o-aumento-das-taxas-de-desemprego-divida-publica-em-relacao-ao-pib.aspx>
- Tlapek, S. M., Auslander, W., Edmond, T., Gerke, D., Schrag, R. V., & Threlfall, J. (2017). The moderating role of resiliency on the negative effects of childhood abuse for adolescent girls involved in child welfare. *Children and youth services review*, 73, 437-444. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.11.026>

- Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S. A., ... & Andero, R. (2019). Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *107*, 154-165. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013>
- UNICEF. (n.d.). Crise migratória venezuelana no Brasil: *O trabalho do UNICEF para garantir os direitos das crianças venezuelanas migrantes*. <https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>
- Veronese, G., & Pepe, A. (2017). Sense of coherence as a determinant of psychological well-being across professional groups of aid workers exposed to war trauma. *Journal of interpersonal violence*, *32*(13), 1899-1920. <https://doi.org/10.1177/0886260515590125>
- Voestermans, D., Eikelenboom, M., Rullmann, J., Wolters-Geerdink, M., Draijer, N., Smit, J. H., ... & van Marle, H. J. (2020). The Association Between Childhood Trauma and Attachment Functioning in Patients With Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 1-19. https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_474
- Walker, E. A., Katon, W., Russo, J., Ciechanowski, P., Newman, E., & Wagner, A. W. (2003). Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Archives of General Psychiatry*, *60*(4), 369-374. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.369>
- Yablon, Y. B. (2019). School safety and school connectedness as resilience factors for students facing terror. *School psychology*, *34*(2). <https://doi.org/10.1037/spq0000259>

Estudo II: Relação entre Perspectiva Positiva de Futuro, Funcionamento da Personalidade e Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Resumo

O presente estudo teve por objetivo analisar fatores de risco e proteção aos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático Simples (TEPT-S) e Complexo (TEPT-C) considerando as variáveis de perspectiva positiva de futuro (otimismo e esperança) e de funcionamento da personalidade. A pesquisa foi elaborada em uma plataforma *online* de coleta de dados, através do *software open source* FormR. A amostra foi por conveniência, composta por 304 brasileiros com idade entre 18 e 64 anos ($M = 32,5$), a maioria do sexo feminino (80,6%), predominância de indivíduos casados (50%), com pós-graduação (61,5%), brancos (64,1%) e com renda entre cinco e dez salários mínimos (26,6%). Os resultados mostraram que otimismo e esperança correlacionaram-se negativamente com os sintomas de TEPT-S e TEPT-C e prejuízos no funcionamento da personalidade correlacionaram-se positivamente. Modelos de regressão sugeriram um sistema não trivial de relação entre as variáveis e revelaram efeito supressor em esperança, idade e prejuízo na intimidade. De modo geral, altos escores em problemas na identidade e em esperança se mostraram associados a níveis mais altos de sintomas de TEPT.

Palavras-chave: otimismo, esperança, funcionamento da personalidade, transtorno de estresse pós-traumático

Abstract

The current study aimed to analyze risk and protective factors for the symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), both Simple (PTSD-S) and Complex (PTSD-C) forms, considering the variables of a positive perspective for the future (optimism and hope) and the level of personality functioning. The research was carried out on an online data collection platform, using the open-source FormR software. A convenience sample of 304 Brazilians aged between 18 and 64 years old ($M = 32.5$), most of them female (80.6%), predominantly married individuals (50%), with graduate degrees (61.5%), white (64.1%), and with an income between five and ten minimum wages (26.6%). The results showed a negative correlation of optimism and hope with both PTSD-S and PTSD-C symptoms, while impaired personality functioning was positively correlated with the symptoms of these disorders. Multiple regression models suggested a non-trivial correlation system between variables and revealed suppressor effects in hope, age, and intimacy impairment variables. In general, high scores in problems with identity and hope were associated with higher levels of PTSD symptoms.

Keywords: optimism, hope, personality functioning, Posttraumatic Stress Disorder.

Relação entre Perspectiva Positiva de Futuro, Funcionamento da Personalidade e Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático Simples e Complexo

Os sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático [TEPT], de acordo com a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças [CID-11], compreendem três principais componentes, a saber, a revivência, a evitação e a sensação de ameaça (Maercker et al., 2013). Esses sintomas surgem em resposta à experiência de evento estressor, mas não exclusivamente dele. Existem pessoas que, mesmo após vivenciarem um evento traumático, não desenvolvem esses sintomas. Fatores individuais (como personalidade e crenças, Jakšić et al., 2012; e quociente intelectual verbal, Saltzman et al., 2006), contextuais (como suporte familiar e social; Hébert et al., 2014) e inclusive biológicos (como metilação do DNA, Mehta et al., 2018; e envelhecimento epigenético invertido, Boks et al., 2015) parecem desempenhar um papel importante na apresentação e severidade de expressão de sintomas de TEPT. Ou seja, não somente os fatores externos, como o evento estressor, mas também os internos contribuem para o surgimento do transtorno, motivo que tem levado pesquisas a focarem em como os fatores internos podem ser protetivos ou de risco para o desenvolvimento dos sintomas de TEPT (Figueira & Mendlowicz, 2003; Naseem & Khalid, 2010).

Além dos sintomas do TEPT, uma apresentação tipológica distinta, chamada de TEPT-Complexo (TEPT-C), é caracterizada por um acréscimo de sintomas de Distúrbios de Auto-organização (DAO), classificados em desregulação emocional, autoconceito negativo e dificuldades interpessoais (Jowett et al., 2020). Logo, o TEPT-C parece estar mais associado a dimensões da personalidade, levando pesquisadores a estudarem semelhanças e diferenças entre essa nova classificação de TEPT e transtornos da personalidade, como o Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) (Brewin et al., 2017; Jowett et al., 2020).

O TEPT, tanto na versão simples (TEPT-S) quanto na versão complexa (TEPT-C), retrata uma alteração cognitiva, afetiva e comportamental decorrente da experiência de um evento estressor grave. Porém, estudos têm mostrado que pessoas com perspectivas positivas de futuro tendem a estar menos suscetíveis a desenvolver o TEPT (Israel-Cohen et al., 2016; Segovia et al., 2015). Particularmente, pessoas esperançosas (Ai et al., 2011; Yang et al., 2016) e otimistas (Thomas et al., 2011) tendem a ter menos sintomas de TEPT do que pessoas desesperançosas e pessimistas. A esperança, definida por Snyder (2000) como a percepção do indivíduo de ser capaz de atingir seus objetivos, com meios adequados (*pathways*) e motivação suficiente para isso (*agency*), parece desempenhar um papel na manifestação de sintomas de TEPT. A esperança, de forma geral, relaciona-se positivamente a saúde, bem-estar, qualidade de vida, felicidade e suporte social. Em uma revisão de literatura sobre o tema em adultos com câncer, a esperança foi vista como um traço capaz de ressignificar a ameaça de morte percebida após o diagnóstico, permitir o foco em aspectos positivos da situação (mesmo em se tratando de pacientes terminais), além de relacionar-se à adaptação e busca por suporte e estratégias de enfrentamento (Butt, 2011).

O otimismo, por sua vez, definido por Fowler et al. (2017) como uma grande expectativa de sucesso e realização no futuro, seja através de sorte, de atitudes de terceiros ou de suas próprias atitudes, também tem uma relação com a manifestação de sintomas do TEPT. Um dos motivos reside no fato de o otimismo ser um traço que permite grande adaptação frente a estressores. Além disso, o otimismo é passível de ser estimulado via tratamento psicológico (Segovia et al., 2012). Em estudo com prisioneiros de guerra, Segovia et al. (2015) investigaram a relação de otimismo e saúde após a exposição a traumas intensos. De todos os fatores analisados, o otimismo foi o que explicou a maior parte da variância dos resultados, assim como foi o fator mais preditivo de boa saúde (tanto física quanto mental) a longo prazo. Em estudo similar, o otimismo foi o preceptor mais forte de resiliência em repatriados de guerra,

protegendo contra TEPT e outros transtornos (Segovia et al., 2012). Em outra pesquisa, a expectativa de resultados positivos no futuro também protegeu contra TEPT uma amostra de adolescentes que sofreram maus tratos na infância (Day & Kearney, 2016). Logo, o otimismo tem se mostrado um traço potencialmente protetivo contra TEPT mesmo frente a traumas intensos e em diferentes tipos de populações.

Por outro lado, o nível de organização da personalidade também parece desempenhar um papel na manifestação de sintomas de TEPT (Jowett et al., 2020). Pessoas com prejuízos no funcionamento da personalidade tendem a apresentar déficits importantes na identidade, autodirecionamento, empatia e intimidade (American Psychiatric Association, 2013; Pincus et al., 2020). Esses prejuízos funcionais da personalidade podem colocar as pessoas em risco para sintomas de TEPT, uma vez que lhe faltam recursos psicológicos suficientes para o adequado manejo dos efeitos psicológicos decorrentes da exposição a um evento estressor grave.

O presente estudo visa contribuir com os conhecimentos acerca dos fatores de risco e proteção aos sintomas de TEPT-S e TEPT-C considerando as variáveis de perspectiva positiva de futuro (otimismo e esperança) e de funcionamento da personalidade conjuntamente na explicação da variabilidade da sintomatologia apresentada por uma amostra comunitária de brasileiros. O presente estudo busca testar as seguintes hipóteses:

- 1) Pessoas otimistas e esperançosas são menos suscetíveis a apresentar sintomas de TEPT-S e TEPT-C.
- 2) Pessoas com prejuízos funcionais da personalidade tendem a apresentar maior vulnerabilidade para sintomas de TEPT-S e TEPT-C.
- 3) Os prejuízos funcionais da personalidade tendem a explicar mais o TEPT-C.

Método

Participantes

Participaram deste estudo um total de 304 indivíduos, com idade variando de 18 a 64 anos ($M = 32,5$, $DP = 9,42$) anos e a maioria (80,6%) do sexo feminino. A Tabela 2.1 apresenta as características sociodemográficas e de saúde da amostra estudada. De modo geral, houve predominância de indivíduos casados (50%), com pós-graduação (61,5%), brancos (64,1%) e com renda entre cinco e dez salários mínimos (26,6%). Um total de 31,9% da amostra possuía um diagnóstico psiquiátrico, sendo os predominantes: ansiedade (45,36%), depressão (41,23%) e transtorno de estresse pós-traumático (23,71%). Tais diagnósticos foram obtidos no questionário de dados sociodemográficos através de autorrelato do participante.

Tabela 2. 1: Dados Sociodemográficos e de Saúde da Amostra

Variáveis	<i>f</i>	%
Sexo ($n = 304$)		
- Feminino	245	80,6
- Masculino	55	18,1
- Outro	4	1,3
Estado Civil ($n = 304$)		
- Solteiro(a)	135	44,4
- Casado(a) ou morando junto ou união estável	152	50,0
- Divorciado(a) ou separado(a)	16	5,3
- Viúvo(a)	1	0,3
Cor ($n = 304$)		
- Branca	195	64,1
- Preta	23	7,6
- Parda	72	23,7
- Outra	3	1,0
- Amarela	9	3,0
- Indígena	2	0,7
Escolaridade ($n = 304$)		
- Ensino Fundamental Incompleto	3	1,0
- Ensino Fundamental Completo	1	0,3
- Ensino Médio Incompleto	2	0,7
- Ensino Médio Completo	13	4,3
- Ensino Superior Incompleto	47	15,5
- Ensino Superior Completo	51	16,8
- Pós-graduação Incompleta	59	19,4
- Pós-graduação Completa	128	42,1

Renda (<i>n</i> = 304)		
- Sem renda	7	2,3
- Até um salário mínimo	7	2,3
- De um a dois salários	44	14,5
- De dois a cinco salários	72	23,7
- De cinco a dez salários	81	26,6
- De dez a quinze salários	44	14,5
- De quinze a vinte salários	21	6,9
- De vinte a trinta salários	17	5,6
- Mais de trinta salários	11	3,6
Regiões (<i>n</i> = 304)		
- Norte	7	2,3
- Nordeste	28	9,2
- Centro-Oeste	128	42,1
- Sudeste	90	29,6
- Sul	51	16,8
Diagnóstico* (<i>n</i> = 97)		
- Depressão	40	41,2
- Transtorno de Estresse Pós-Traumático	23	23,7
- Ansiedade	44	45,4
- Transtorno da Personalidade Borderline	3	3,0
- Transtorno Bipolar	4	4,1
- Transtorno Obsessivo-Compulsivo	2	2,0
- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	1	1,0
- Transtorno do Espectro Autista	1	1,0

Nota. * o percentual acumulado ultrapassa 100%, pois houve relato de múltiplos diagnósticos por parte da amostra.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico: foi elaborado para este estudo um questionário para obter informações sociodemográficas dos participantes, tais como: idade, Estado, gênero e outros (Anexo 1).

Módulo do Transtorno de Estresse Pós-Traumático da Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional – MINI TEPT (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997) (Anexo 2): o módulo de TEPT da MINI compreende uma investigação hierárquica dividida em cinco fases, a saber: ocorrência de evento traumático (1 item), revivência do evento (1 item), evitação de estímulos associados ao trauma (6 itens), sintomas de inquietação (5 itens) e prejuízos psicossociais (1 item). Cada item é respondido em escala dicotômica (0 = não e 1 = sim). A presença de TEPT é sugerida caso seja respondido “sim” para a questão da quinta fase.

A MINI foi adaptada para o Brasil e um estudo de evidências de validade indicou correspondência com o módulo de TEPT da Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (Kappa = 0,78) e adequada acurácia diagnóstica (sensibilidade = 0,85 e especificidade = 0,96) (Amorim, 2000). A entrevista foi adaptada para o formato de autorrelato para essa pesquisa.

International Trauma Questionnaire – ITQ (Cloitre et al., 2018; Donat et al., 2019)

(Anexo 3): trata-se de um questionário breve, composto por 12 itens respondidos em uma escala de cinco pontos (0 – nem um pouco e 4 – extremamente) que avaliam os principais componentes de TEPT-S e TEPT-C. Os itens referentes ao TEPT-S compreendem os sintomas de revivência (RE), de evitação (EV) e de hipersensibilidade a ameaças (HA). Para o diagnóstico de TEPT-S também são incluídos três itens de prejuízo funcional dos sintomas. O diagnóstico de TEPT-S pelo ITQ requer, além de pelo menos um evento traumático, a existência de: a) pelo menos um sintoma em cada um dos três *clusters* (ou seja, um escore pelo menos “moderado”, representado como ≥ 2 nas escalas Likert correspondentes); b) prejuízo funcional dos sintomas em pelo menos um item, representado por um escore ≥ 2 nas escalas Likert correspondentes. Para o TEPT-C são apresentados itens para a avaliação de Distúrbios em Auto-Organização (DAO), os quais compreendem os sintomas de desregulação afetiva (DA), autoconceito negativo (AN) e distúrbios nos relacionamentos (DR). Também, são incluídos três itens para identificar prejuízo funcional. Para um possível diagnóstico de TEPT-C é necessário: a) o diagnóstico de TEPT-S; b) pelo menos um sintoma em cada um dos três clusters de DAO (ou seja, um escore pelo menos “moderado”, representado como ≥ 2 nas escalas Likert correspondentes); e c) prejuízo funcional dos sintomas em pelo menos um item, representado por um escore ≥ 2 nas escalas Likert correspondentes (Donat et al., 2019; Kazlauskas et al., 2018).

Personality Functioning Inventory for DSM-5 – PFID-5 (Anexo 4): trata-se de um instrumento de autorrelato que visa a avaliação dos domínios do funcionamento da

personalidade, a saber, identidade, autodirecionamento, empatia e intimidade, de acordo com as definições propostas no Critério A do modelo alternativo de transtornos da personalidade do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). O instrumento é composto de 150 itens respondidos em uma escala de quatro pontos (0 = nunca e 3 = sempre). Esse instrumento foi construído no Brasil e estudos de evidências de validade estão sendo conduzidos.

Life Orientation Test – Revised – LOT-R (Scheier et al., 1994) (Anexo 5): instrumento com 10 itens respondidos em uma escala de cinco pontos (1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente) que se propõe a avaliar o nível de otimismo de um indivíduo. Foi aplicada a versão adaptada para o português brasileiro (Bastianello et al., 2014), a qual apresentou adequadas evidências de confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,80) e de validade.

Adult Dispositional Hope Scale – ADHS (Snyder, 2000) (Anexo 6): trata-se de uma escala composta por 12 itens respondidos em uma escala de cinco pontos (1 = totalmente falso e 5 totalmente verdadeiro). A escala avalia o nível de esperança de um indivíduo considerando a motivação para perseguir uma meta e os caminhos para alcançar o objetivo desejado. Foi aplicada a versão brasileira (Pacico et al., 2013), a qual apresentou adequado coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach = 0,80) e indicadores de validade convergente com medidas de autoestima e otimismo.

Procedimentos

A amostra foi por conveniência e seguiu a técnica de amostragem “Snowball” (Goodman, 1961). Foi construída uma plataforma de coleta de dados *online*, utilizando o software *open-source* FormR (Arslan et al., 2020), divulgada via comunidades do Facebook e redes de contatos dos pesquisadores envolvidos e do grupo de pesquisa. A coleta *online* foi realizada no período entre dezembro de 2019 e junho de 2020. Ao final da pesquisa, foi oferecido *feedback* automático dos escores apresentados nos instrumentos e orientação para

busca de auxílio profissional quando adequado, como, por exemplo, ao identificar escores muito baixos de esperança e otimismo ou muito altos para risco de suicídio. Assim, foi possível sugerir por várias vezes no mesmo *feedback* que um participante buscase auxílio profissional, se ainda não estivesse em acompanhamento, caso tenha apresentado um ou mais escores considerados de risco e/ou de prejuízos no funcionamento da personalidade.

Os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo 7) e aqueles que concordaram em participar da pesquisa responderam os instrumentos do estudo na seguinte ordem: questionário de dados sociodemográficos, ITQ, MINI TEPT, PFID-5, LOT-R e ADHS. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CAAE 24684919.5.0000.5540) (Anexo 8).

Análise dos Dados

Análises descritivas dos instrumentos utilizados foram aplicadas para examinar a distribuição das variáveis do estudo. Com o objetivo de verificar a fidedignidade das medidas foram conduzidas análises de consistência interna dos fatores por meio dos métodos do alfa de Cronbach e do ômega de McDonald.

Para verificar a associação entre fatores psicológicos positivos (otimismo e esperança), o nível de funcionamento da personalidade e a manifestação dos sintomas de TEPT-S e TEPT-C, foram conduzidas análises de correlação. Uma análise de regressão linear múltipla, tendo como variável dependente a quantidade de sintomas de TEPT (ITQ) e como variáveis independentes o otimismo, a esperança e os domínios do funcionamento da personalidade (identidade, autodirecionamento, empatia e intimidade), foi conduzida com o objetivo de examinar o poder explicativo das variáveis independentes em conjunto. Finalmente, a amostra foi dividida entre participantes com provável diagnóstico de TEPT (rastreamento positivo na MINI

TEPT) e participantes sem esse diagnóstico e foram comparados os níveis de otimismo, esperança e funcionamento da personalidade entre os grupos. Como a variância entre os grupos não foi igual, foi utilizado o Teste-*t* de Welch. Para medir o tamanho do efeito das diferenças entre as médias dos dois grupos, utilizou-se o *g* de Hedge com os respectivos valores mínimos e máximos no intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Um total de 99,3% da amostra estudada indicou ter vivido pelo menos uma experiência estressora ao longo da vida. Ainda, 88,8% da amostra apresentou critérios para classificação da experiência como potencialmente traumática. A Tabela 2.2 descreve os tipos de eventos estressores investigados com suas respectivas frequências observadas na amostra desta pesquisa. Para a classificação positiva para um evento possivelmente traumático, os participantes tiveram que preencher três critérios, a saber: 1) confirmar ter vivido o evento; 2) indicar ter sentido, ao menos um pouco, os efeitos negativos do evento; e 3) afirmar que esses efeitos negativos duraram por mais de um mês. Os quatro eventos estressores mais vivenciados foram a violência social (66,1%), a morte inesperada ou violenta de alguém próximo (52,3%), a violência doméstica (49%) e a violência psicológica (43,8%). Por sua vez, os quatro eventos com potencial traumático mais reportados foram a violência doméstica (44,7%), a violência social (42,1%), a morte inesperada ou violenta de alguém próximo (37,5%) e a violência psicológica (33,6%).

Os participantes deste estudo reportaram ter experimentado uma média de 4,35 eventos estressores ($DP = 2,24$; moda e mediana = 4) e de 2,78 eventos com potencial traumático ($DP = 1,88$; moda = 2; mediana = 3) ao longo da vida. Surpreendentemente, os dados mostraram uma maior frequência de participantes que reportaram 10 vivências traumáticas ao longo da vida (11,2%) do que aqueles que reportaram entre seis (4,9%) e nove (0,3%).

Tabela 2. 2: Frequência e Porcentagem de Eventos Estressores e Potencialmente

Traumáticos

Eventos	<i>Estressor</i>		<i>Traumático</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Violência doméstica	149	49,0	136	44,7
Violência no namoro ou relacionamento íntimo	118	38,8	98	32,2
Violência social	201	66,1	128	42,1
Violência psicológica	133	43,8	102	33,6
Desastre natural	30	9,9	7	2,3
Desastre tecnológico	11	3,6	0	0,0
Acidente doméstico	57	18,8	13	4,3
Acidente em via pública	119	39,1	41	13,5
Acidente aéreo, marítimo ou ferroviário	5	1,6	2	0,7
Morte inesperada ou violenta de alguém próximo	159	52,3	114	37,5
Testemunha de morte ou lesão	97	31,9	42	13,8
Experiências de quase morte	97	31,9	70	23,0
Lesões graves	34	11,2	10	3,3
Aborto	46	15,1	28	9,2
Guerra ou violência política	10	3,3	3	1,0
Outras experiências estressoras	55	18,1	52	17,1
Quantidade de eventos vividos ao longo da vida				
0	2	0,7	34	11,2
1	30	9,9	50	16,4
2	35	11,5	66	21,7
3	44	14,5	49	16,1
4	65	21,4	46	15,1
5	43	14,1	35	11,5
6	33	10,9	15	4,9
7	22	7,2	6	2,0
8	16	5,3	2	0,7
9	9	3,0	1	0,3
10	2	0,7	34	11,2
11	3	1,0	0	0,0

Da amostra total que reportou ter vivido algum trauma, 69 participantes (23%) não responderam a escala ITQ. Oitenta participantes (26%) atingiram os critérios diagnósticos para TEPT-S e 53 (17%) atingiram os critérios diagnósticos para TEPT-C. Quanto à MINI-TEPT, 74 participantes da amostra total não responderam o instrumento e 27 participantes (9%) atingiram os critérios diagnósticos para TEPT. Ainda, a média de traumas vividos pelos participantes com rastreio positivo para TEPT-S foi de 4,69 e para TEPT-C, de 4,91.

Com o objetivo de verificar a distribuição e a fidedignidade das escalas utilizadas neste estudo, foram examinados as estatísticas descritivas e os coeficientes de consistência interna das medidas. A Tabela 2.3 apresenta as médias, os desvios-padrão, os valores mínimo e máximo dos escores das variáveis do estudo. Na Tabela 2.3 também estão os coeficientes de consistência interna das medidas utilizadas. Todos os instrumentos apresentaram alfa de Cronbach e ômega de McDonald satisfatórios ($> 0,70$), demonstrando uma boa consistência interna dos fatores. As únicas escalas cujos coeficientes ficaram abaixo de 0,70 foram Desregulação Afetiva (ITQ), Apreciação dos outros, Efeitos do Comportamento de um nos outros e Mutualidade de Consideração (PFID-5).

Inicialmente, foram analisadas as correlações entre os fatores psicológicos incluídos nesse estudo e os sintomas de TEPT (ver Tabela 2.4). Conforme esperado, otimismo e esperança apresentaram correlações negativas, com significância estatística, com os sintomas de TEPT-S e TEPT-C. As correlações mais fortes de otimismo ($r = -0,58$) e esperança ($r = -0,52$) foram com o fator Autoconceito Negativo. As escalas de personalidade do PFID-5, por sua vez, correlacionaram-se positivamente aos sintomas de TEPT-S e TEPT-C. Referente aos componentes do TEPT-S, o fator revivência se correlacionou mais fortemente com a escala de risco de suicídio do PFID-5 ($r = 0,45$). Já o fator evitação apresentou uma correlação mais forte com prejuízos na autoestima ($r = 0,45$). O componente de hipersensibilidade a ameaças se correlacionou mais fortemente com prejuízos na regulação emocional ($r = 0,41$). No que se refere aos componentes de Distúrbio de Auto-Organização, a correlação mais forte da desregulação afetiva foi com o domínio de autorreflexão produtiva ($r = 0,58$). O componente do autoconceito negativo se correlacionou mais fortemente com problemas na autoestima ($r = 0,75$). Por fim, o fator distúrbios nos relacionamentos apresentou uma correlação mais forte com prejuízos na profundidade e duração das relações ($r = 0,61$).

Tabela 2. 3: Média, Desvio Padrão, Valores Mínimo/Máximo e Análise de Confiabilidade dos Instrumentos

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mín.	Máx.	<i>α</i>	<i>ω</i>
TEPT-S (<i>n</i> = 235)	1,68	1,05	0,00	4,00	0,86	0,86
- Revivência	1,24	1,11	0,00	4,00	0,74	0,75
- Evitação	1,89	1,23	0,00	4,00	0,75	0,75
- Hipersensibilidade a ameaças	1,90	1,41	0,00	4,00	0,89	0,89
- Funcionalidade	1,52	1,34	0,00	4,00	0,91	0,91
TEPT-C (<i>n</i> = 235)	1,68	1,09	0,00	4,00	0,89	0,89
- Desregulação Afetiva	1,65	1,01	0,00	4,00	0,60	0,61
- Autoconceito Negativo	1,63	1,42	0,00	4,00	0,93	0,93
- Distúrbios nos Relacionamentos	1,75	1,30	0,00	4,00	0,86	0,86
- Funcionalidade	1,57	1,26	0,00	4,00	0,90	0,91
Perspectiva Positiva de Futuro (<i>n</i> = 174)	3,67	0,84	1,19	5,00	0,92	0,92
- Otimismo (<i>n</i> = 176)	3,53	1,03	1,00	5,00	0,89	0,89
- Esperança (<i>n</i> = 174)	3,81	0,83	1,25	5,00	0,89	0,90
Funcionamento da Personalidade (<i>n</i> = 179)	0,98	0,47	0,00	2,29	0,92	0,93
- Identidade	1,29	0,64	0,00	2,89	0,93	0,93
- Senso de Self	1,03	0,59	0,00	2,83	0,74	0,75
- Autoestima	1,31	0,80	0,00	3,00	0,89	0,90
- Regulação Emocional	1,55	0,72	0,00	3,00	0,83	0,84
- Autodirecionamento	0,95	0,55	0,00	2,44	0,90	0,90
- Orientação para Metas	0,96	0,71	0,00	2,83	0,83	0,84
- Comportamentos Construtivos	0,76	0,51	0,00	2,33	0,70	0,70
- Autorreflexão Produtiva	1,15	0,64	0,00	3,00	0,82	0,82
- Empatia	0,86	0,40	0,00	2,21	0,81	0,81
- Apreciação dos Outros	0,91	0,48	0,00	2,80	0,59	0,63
- Tolerância a Perspectivas Divergentes	0,91	0,54	0,00	2,50	0,74	0,75
- Consciência de Si Sobre o Outro	0,77	0,52	0,00	2,50	0,69	0,71
- Intimidade	0,80	0,59	0,00	2,33	0,91	0,91
- Desejo e Capacidade para Aproximação	0,81	0,78	0,00	2,83	0,88	0,89
- Profundidade e Duração das Relações	0,79	0,69	0,00	2,67	0,81	0,83
- Respeito Mútuo	0,79	0,51	0,00	2,17	0,63	0,63
Risco de Suicídio	0,60	0,74	0,00	2,86	0,88	0,89
Problemas com Álcool	0,41	0,78	0,00	3,00	0,82	0,84
Problemas com Drogas	0,12	0,42	0,00	2,50	0,75	0,75

Nota. TEPT-S – transtorno do estresse pós-traumático simples; TEPT-C – transtorno do estresse pós-traumático complexo.

Na Tabela 2.4 são também apresentados os coeficientes de correlação das variáveis sociodemográficas de idade, escolaridade e renda com os sintomas de TEPT-S e TEPT-C. Idade se correlacionou apenas com os fatores do TEPT-C. Por outro lado, tanto escolaridade quanto

renda apresentaram correlações negativas, com nível de significância estatística, com todos os sintomas de TEPT-S e de TEPT-C.

Foram também investigadas as correlações das variáveis do estudo com o somatório de eventos estressores e potencialmente traumáticos vivenciados ao longo da vida. Entende-se que esses eventos tendem a ocorrer de modo ocasional, isso é, independente das características da pessoa. Por exemplo, presenciar um acidente de carro ou receber a notícia da morte de uma pessoa importante independem do nível de otimismo da pessoa. Contudo, associações entre as variáveis podem ser possíveis. Os resultados mostraram que há uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre risco para suicídio e o somatório de eventos traumáticos ($r = 0,25$) e estressores ($r = 0,21$). Ainda, observou-se que a quantidade de eventos traumáticos está associada a mais problemas com álcool ($r = 0,20$) e com drogas ($r = 0,19$). Conforme esperado, a maior quantidade de eventos potencialmente traumáticos apresentou mais correlações estatisticamente significativas com as variáveis do estudo do que o total de eventos estressores. Com isso, entende-se que quanto mais eventos potencialmente estressores os participantes deste estudo viveram mais problemas eles apresentaram no senso de *self* ($r = 0,17$), na capacidade de autorregulação emocional ($r = 0,18$), na consciência sobre os efeitos dos próprios comportamentos sobre os outros ($r = 0,18$), nas relações mutuamente respeitadas ($r = 0,18$) e na intimidade ($r = 0,17$).

Tabela 2. 4: *Correlação dos Fatores Psicológicos, Variáveis Sociodemográficas Com Sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático e Quantidade de Eventos Estressores e Potencialmente Traumáticos*

	TEPT-S					TEPT-C					Eventos	
	RE	EV	HA	TEPT-F	TEPT	DA	AN	DR	DAO-F	DAO	TET	TEE
Perspectiva Positiva de Futuro	-0,32 ^c	-0,23 ^b	-0,25 ^c	-0,35 ^c	-0,31 ^c	-0,41 ^c	-0,62 ^c	-0,47 ^c	-0,43 ^c	-0,59 ^c	-0,03	0,03
- Otimismo	-0,36 ^c	-0,26 ^c	-0,28 ^c	-0,33 ^c	-0,34 ^c	-0,35 ^c	-0,58 ^c	-0,43	-0,38 ^c	-0,53 ^c	-0,04	0,03
- Esperança	-0,20 ^b	-0,14	-0,14	-0,30 ^c	-0,19 ^a	-0,40 ^c	-0,52 ^c	-0,41 ^c	-0,39 ^c	-0,52 ^c	-0,01	0,03
Funcionamento da Personalidade	0,40 ^c	0,42 ^c	0,32 ^c	0,46 ^c	0,44 ^c	0,60 ^c	0,69 ^c	0,65 ^c	0,56 ^c	0,75 ^c	0,17 ^a	0,08
- Identidade	0,47 ^c	0,48 ^c	0,38 ^c	0,50 ^c	0,51 ^c	0,61 ^c	0,73 ^c	0,63 ^c	0,57 ^c	0,77 ^c	0,18 ^a	0,08
- Senso de Self	0,43 ^c	0,42 ^c	0,33 ^c	0,46 ^c	0,46 ^c	0,56 ^c	0,63 ^c	0,58 ^c	0,49 ^c	0,69 ^c	0,17 ^a	0,10
- Autoestima	0,40 ^c	0,45 ^c	0,28 ^c	0,46 ^c	0,44 ^c	0,55 ^c	0,75 ^c	0,59 ^c	0,55 ^c	0,74 ^c	0,13	0,05
- Regulação Emocional	0,44 ^c	0,43 ^c	0,41 ^c	0,43 ^c	0,50 ^c	0,56 ^c	0,59 ^c	0,55 ^c	0,49 ^c	0,66 ^c	0,18 ^a	0,07
- Autodirecionamento	0,33 ^c	0,31 ^c	0,23 ^b	0,42 ^c	0,34 ^c	0,56 ^c	0,71 ^c	0,53 ^c	0,53 ^c	0,70 ^c	0,10	0,05
- Orientação para Metas	0,29 ^c	0,26 ^c	0,18 ^a	0,39 ^c	0,28 ^c	0,45 ^c	0,65 ^c	0,44 ^c	0,51 ^c	0,61 ^c	0,08	0,06
- Comportamentos Construtivos	0,26 ^c	0,19 ^a	0,16 ^a	0,35 ^c	0,23 ^b	0,46 ^c	0,62 ^c	0,43 ^c	0,45 ^c	0,59 ^c	0,06	0,01
- Autorreflexão Produtiva	0,31 ^c	0,35 ^c	0,28 ^c	0,36 ^c	0,37 ^c	0,58 ^c	0,60 ^c	0,52 ^c	0,44 ^c	0,66 ^c	0,11	0,06
- Empatia	0,25 ^c	0,29 ^c	0,24 ^b	0,28 ^c	0,31 ^c	0,43 ^c	0,41 ^c	0,40 ^c	0,39 ^c	0,48 ^c	0,13	0,04
- Apreciação dos Outros	0,12	0,16 ^a	0,14	0,18 ^a	0,17 ^a	0,30 ^c	0,28 ^c	0,25 ^c	0,26 ^c	0,32 ^c	0,05	-0,01
- Tolerância a Perspectivas Divergentes	0,20 ^b	0,20 ^b	0,19 ^a	0,17 ^a	0,23 ^b	0,24 ^c	0,25 ^c	0,23 ^b	0,22 ^b	0,28 ^c	0,07	-0,01
- Consciência de Si Sobre o Outro	0,26 ^c	0,31 ^c	0,24 ^b	0,30 ^c	0,32 ^c	0,46 ^c	0,44 ^c	0,46 ^c	0,44 ^c	0,52 ^c	0,18 ^a	0,12
- Intimidade	0,30 ^c	0,33 ^c	0,21 ^b	0,33 ^c	0,33 ^c	0,44 ^c	0,45 ^c	0,61 ^c	0,42 ^c	0,58 ^c	0,17 ^a	0,10
- Desejo e Capacidade para Aproximação	0,23 ^b	0,24 ^b	0,16 ^a	0,24 ^b	0,24 ^c	0,34 ^c	0,34 ^c	0,51 ^c	0,33 ^c	0,46 ^c	0,14	0,10
- Profundidade e Duração das Relações	0,27 ^c	0,29 ^c	0,18 ^a	0,34 ^c	0,29 ^c	0,37 ^c	0,45 ^c	0,61 ^c	0,40 ^c	0,56 ^c	0,14	0,09
- Respeito Mútuo	0,32 ^c	0,40 ^c	0,25 ^c	0,34 ^c	0,38 ^c	0,51 ^c	0,45 ^c	0,52 ^c	0,41 ^c	0,57 ^c	0,18 ^a	0,10
Risco de Suicídio	0,45 ^c	0,37 ^c	0,34 ^c	0,52 ^c	0,45 ^c	0,46 ^c	0,65 ^c	0,55 ^c	0,55 ^c	0,65 ^c	0,25 ^c	0,21 ^b
Problemas com Álcool	0,21 ^b	0,14	0,13	0,19 ^a	0,18	0,27 ^c	0,32 ^c	0,12	0,23 ^c	0,27 ^c	0,20 ^b	0,09
Problemas com Drogas	0,26 ^c	0,11	0,07	0,19 ^a	0,16 ^a	0,19 ^a	0,14	0,07	0,12	0,15	0,19 ^a	0,14
Idade	-0,06	-0,11	-0,11	-0,02	-0,11	-0,15 ^a	-0,24 ^c	-0,14 ^a	-0,06	-0,21 ^b	0,04	0,01
Escolaridade	-0,17 ^b	-0,16 ^a	-0,21 ^b	-0,25 ^c	-0,22 ^c	-0,28 ^c	-0,34 ^c	-0,24 ^c	-0,22 ^c	-0,33 ^c	-0,08	-0,04
Renda	-0,20 ^b	-0,19 ^b	-0,15 ^a	-0,19 ^b	-0,21 ^b	-0,19 ^b	-0,20 ^b	-0,20 ^b	-0,17 ^a	-0,22 ^c	-0,10	-0,03

Nota. ^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,001$; Todos os coeficientes acima de 0,16 são estatisticamente significativos no nível 0,05; TEPT-S – transtorno do estresse pós-traumático simples; TEPT-C – transtorno do estresse pós-traumático complexo; RE – revivência; EV – evitação; HA – hipersensibilidade a ameaças; TEPT-F – prejuízo funcional dos sintomas de TEPT; DA – desregulação afetiva; AN – autoconceito negativo; DR – distúrbios nos relacionamentos; DAO-F – funcionalidade do distúrbio da auto-organização; DAO – distúrbio de auto-organização; TET – total de eventos potencialmente traumáticos vividos; TEE – total de eventos estressores vividos.

Para além da associação entre as variáveis psicológicas e os sintomas de TEPT-S e TEPT-C, buscou-se também neste estudo verificar se essas variáveis se diferem quando aplicado o critério para TEPT de acordo com o Módulo de TEPT da MINI. Desse modo, os participantes deste estudo foram classificados em dois grupos, aqueles com rastreio positivo para TEPT de acordo com o algoritmo da MINI e aqueles negativos para este diagnóstico. Os resultados (ver Tabela 2.5) mostraram que os níveis médios de esperança e otimismo entre os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas, sendo que o grupo clínico apresentou níveis mais baixos do que o grupo não clínico. Por outro lado, o grupo clínico apresentou níveis mais elevados de prejuízos no funcionamento da personalidade do que os participantes não clínicos. As médias não diferiram com nível de significância estatística somente nas escalas que sinalizam prejuízos na tolerância a perspectivas diferentes, na duração e profundidade das relações, no desejo e capacidade para proximidade e referente a problemas com álcool e drogas.

Por fim, buscou-se analisar os pesos das contribuições específicas das variáveis do estudo na predição de sintomas de TEPT considerando modelos multivariados. Para tanto foram construídos modelos de regressão hierárquica múltipla considerando os desfechos binário positivo ou não para TEPT conforme o algoritmo da MINI, sendo os valores observados positivos e negativos neste estudo de $n = 21$ e 152 respectivamente; para TEPT-S conforme o algoritmo do ITQ, casos positivos $n = 62$ e negativos $n = 111$; e de TEPT-C também de acordo com o algoritmo do ITQ, casos positivos $n = 39$ e negativos $n = 134$) e lineares (nível de sintomas de TEPT-S e de TEPT-C). Os modelos foram montados de modo a incluir no primeiro bloco as variáveis sociodemográficas idade, escolaridade e renda. Depois, no segundo bloco, foram incluídas os escores das escalas de otimismo (LOT-R), esperança (ADHS) e dos domínios do funcionamento da personalidade (identidade, autodirecionamento, empatia e intimidade). Observação importante a ser feita refere-se ao número de participantes nessa etapa.

Aqui o n considerado refere-se aos participantes que preencheram todas os instrumentos da pesquisa e, adicionalmente, apresentaram *screening* positivo ou negativo para TEPT e TEPT-C, de acordo com os algoritmos da MINI ou do ITQ. Visto que nem todos os participantes que responderam a MINI TEPT ou o ITQ completaram os demais instrumentos, os valores de n para casos positivos e negativos divergem ao se considerar os modelos de regressão e ao se considerar somente os instrumentos MINI e ITQ respondidos isoladamente. As Tabelas 2.6 e 2.7 apresentam os resultados encontrados nessas análises.

Em relação à regressão logística binária hierárquica múltipla, utilizando como desfecho a MINI para *screening* de TEPT (ver Tabela 2.6), verificou-se, com significância estatística, que idade foi positivamente preditiva para o TEPT, enquanto escolaridade foi negativamente preditiva para TEPT. Os demais fatores psicológicos incrementaram de maneira estatisticamente relevante o poder preditivo do modelo [$\chi^2 = 20,8(6)$, $p = 0,002$], embora os fatores de perspectiva positiva de futuro (otimismo e esperança) não tenham apresentado poder estatístico sobre as demais covariáveis e, entre os fatores do funcionamento da personalidade, somente intimidade apresentou poder estatisticamente significativo. Considerando o padrão de correlação apresentado neste estudo, observa-se um efeito supressor nas variáveis idade e intimidade nesse modelo. Essas variáveis se correlacionaram, respectivamente, de forma negativa e positiva com os fatores de TEPT (Tabela 2.4). Contudo, no modelo de regressão, a variável idade apresentou uma relação positiva e o fator intimidade uma relação negativa com o desfecho. Segundo Abbad e Torres (2002, p. 22), “a supressão pode ser um sinal de relações complexas entre variáveis predictoras na explicação da variável critério”.

Tabela 2. 5: Comparação de Esperança, Otimismo e Funcionamento da Personalidade Entre Os Grupos Clínico e Não Clínico Para TEPT

	Grupo Clínico			Grupo Não Clínico			Diferenças			g	IC 95%	
	n	M	DP	n	M	DP	t	gl	p		Inf	Sup
Perspectiva Positiva de Futuro	21	2,93	0,85	153	3,78	0,79	4,346	25,0	< 0,001	-1,06	-1,53	-0,59
- Otimismo	21	2,68	1,01	155	3,64	0,98	4,122	25,4	< 0,001	-0,97	-1,44	-0,51
- Esperança	21	3,17	0,89	153	3,90	0,79	3,533	24,5	0,002	-0,91	-1,37	-0,44
Funcionamento da Personalidade	21	1,33	0,36	158	0,93	0,46	-4,625	29,4	< 0,001	0,89	0,42	1,35
- Identidade	21	1,84	0,53	158	1,22	0,61	-4,906	27,7	< 0,001	1,03	0,56	1,50
- Senso de Self	21	1,51	0,52	158	0,97	0,58	-4,463	27,1	< 0,001	0,94	0,47	1,41
- Autoestima	21	1,84	0,80	158	1,24	0,77	-3,268	25,2	0,003	0,77	0,31	1,24
- Regulação Emocional	21	2,16	0,46	158	1,47	0,71	-6,018	34,1	< 0,001	1,00	0,54	1,47
- Autodirecionamento	21	1,42	0,47	158	0,89	0,53	-4,802	27,1	< 0,001	1,01	0,54	1,48
- Orientação para Metas	21	1,49	0,63	158	0,89	0,69	-4,085	26,6	< 0,001	0,87	0,41	1,34
- Comportamentos Construtivos	21	1,17	0,50	158	0,70	0,48	-4,081	25,2	< 0,001	0,97	0,51	1,44
- Autorreflexão Produtiva	21	1,60	0,51	158	1,09	0,63	-4,223	28,8	< 0,001	0,82	0,36	1,29
- Empatia	21	1,07	0,31	158	0,83	0,40	-3,234	27,1	0,003	0,61	0,15	1,07
- Apreciação dos Outros	21	1,12	0,47	158	0,88	0,47	-2,282	25,8	0,031	0,51	0,05	0,97
- Tolerância a Perspectivas Divergentes	21	1,03	0,55	158	0,89	0,54	-1,106	25,4	0,279	0,26	-0,20	0,71
- Consciência de Si Sobre o Outro	21	1,06	0,43	158	0,73	0,52	-3,315	28,6	0,002	0,64	0,19	1,11
- Intimidade	21	0,99	0,60	158	0,77	0,59	-1,599	29,8	0,122	0,37	-0,09	0,83
- Desejo e Capacidade para Aproximação	21	0,94	0,73	158	0,80	0,79	-0,821	26,6	0,419	0,18	-0,28	0,63
- Profundidade e Duração das Relações	21	0,98	0,66	158	0,76	0,69	-1,457	26,0	0,157	0,32	-0,14	0,78
- Respeito Mútuo	21	1,06	0,56	158	0,76	0,49	-2,323	24,3	0,029	0,60	0,14	1,06
Risco de Suicídio	21	1,16	0,84	158	0,53	0,70	-3,285	23,8	0,003	0,87	0,41	1,34
Problemas com Álcool	21	0,62	0,88	158	0,39	0,76	-1,159	24,1	0,258	0,30	-0,16	0,75
Problemas com Drogas	21	0,26	0,65	158	0,09	0,38	-1,161	21,9	0,258	0,40	-0,05	0,86
TEPT-S	27	2,77	0,75	208	1,52	1,00	-7,690	39,6	< 0,001	1,28	0,86	1,70
- Revivência	27	2,33	0,97	208	1,09	1,04	-6,150	34,4	< 0,001	1,20	0,78	1,62
- Evitação	27	2,82	0,96	208	1,75	1,21	-5,164	37,8	< 0,001	0,90	0,49	1,31
- Hipersensibilidade a ameaças	27	3,15	0,94	208	1,73	1,39	-6,896	42,9	< 0,001	1,05	0,58	1,52
- Funcionalidade	27	2,86	1,13	208	1,35	1,27	-6,475	35,2	< 0,001	1,20	0,79	1,62
TEPT-C	27	2,74	0,55	208	1,53	0,89	-9,728	46,8	< 0,001	1,40	0,99	1,83
- Desregulação Afetiva	27	2,57	0,91	208	1,52	0,96	-5,597	34,3	< 0,001	1,10	0,69	1,51
- Autoconceito Negativo	27	2,85	1,23	208	1,45	1,36	-5,401	35,0	< 0,001	1,04	0,63	1,45
- Distúrbios nos Relacionamentos	27	2,69	1,03	208	1,62	1,28	-4,858	37,6	< 0,001	0,85	0,44	1,26
- Funcionalidade	27	2,78	1,04	208	1,42	1,20	-6,293	35,9	< 0,001	1,15	0,73	1,56

Nota. t – teste t de Welch; gl – graus de liberdade; IC – intervalo de confiança; g – tamanho de efeito de g de Hedges; TEPT-S – transtorno do estresse pós-traumático simples; TEPT-C – transtorno do estresse pós-traumático complexo

Esse efeito supressor também foi observado nos modelos que tiveram como desfecho os grupos de participantes com rastreamento positivo para TEPT-S e TEPT-C conforme algoritmo do ITQ. O modelo que teve como desfecho os casos positivos para TEPT-S apresentou um resultado diferente do modelo com desfecho de casos positivos para TEPT conforme o algoritmo da MINI. Novamente, a inclusão das covariáveis psicológicas no segundo bloco incrementaram o modelo [$\chi^2 = 26,1(6), p < 0,001$], mas somente a variável identidade apresentou significância estatística. Nesse modelo, as diferenças em relação ao modelo da MINI foram na variável escolaridade, que não apresentou poder estatístico, e na variável identidade, que apresentou poder estatístico, ao invés da variável intimidade. No modelo para TEPT-C, a inclusão das covariáveis psicológicas incrementaram o modelo [$\chi^2 = 30,5(6), p < 0,001$], mas a única variável com poder preditivo foi identidade.

Para além dos modelos categóricos, foram também testados modelos dimensionais. Assim, foram realizadas regressões lineares hierárquicas múltiplas tendo como desfechos a variabilidade de sintomas de TEPT-S e de TEPT-C. No modelo de TEPT-S, as covariáveis explicaram cerca de 31,5% da variabilidade dos sintomas, sendo que esperança e identidade apresentaram contribuições específicas sobre os efeitos das demais variáveis. Novamente, um efeito supressor foi observado só que agora na variável esperança, que apresentou uma relação positiva no modelo de regressão. Quando considerado o nível de sintomas de TEPT-C como desfecho, as covariáveis explicaram 56,2% da variância, sendo que, novamente, as variáveis esperança e identidade apresentaram poder estatístico.

Tabela 2. 6: Regressão Logística Binária Hierárquica Múltipla

Modelo 2	Bloco 1			Bloco 2			Z	Coeficientes				
	R^2_{McF}	R^2_N	$\chi^2(\text{gl}), p$	R^2_{McF}	R^2_N	$\chi^2(\text{gl}), p$		p	RC	Inf.	Sup.	
TEPT – MINI	0,10	0,13	12,4(3), 0,006	0,26	0,34	33,2(9), < 0,001						
- Idade							2,33	0,020	1,06	1,01	1,12	
- Escolaridade							-2,00	0,045	0,62	0,39	0,99	
- Renda							-0,42	0,678	0,93	0,66	1,31	
- Otimismo							-1,27	0,205	0,64	0,32	1,28	
- Esperança							-0,49	0,627	0,78	0,28	2,16	
- Identidade							1,44	0,151	3,72	0,62	22,23	
- Autodirecionamento							0,33	0,739	1,43	0,17	11,81	
- Empatia							0,32	0,747	1,33	0,24	7,33	
- Intimidade							-2,01	0,044	0,29	0,09	0,97	
TEPT-S – ITQ	0,04	0,07	8,82(3), 0,032	0,15	0,25	34,95(9), < 0,001						
- Idade							2,13	0,033	1,04	1,00	1,08	
- Escolaridade							0,16	0,870	1,03	0,75	1,40	
- Renda							-1,83	0,068	0,81	0,64	1,02	
- Otimismo							-1,03	0,304	0,77	0,47	1,26	
- Esperança							1,69	0,090	1,90	0,90	4,00	
- Identidade							3,02	0,003	5,91	1,86	18,74	
- Autodirecionamento							-0,24	0,807	0,84	0,20	3,49	
- Empatia							0,45	0,650	1,31	0,41	4,24	
- Intimidade							-0,35	0,728	0,87	0,41	1,88	
TEPT-C – ITQ	0,05	0,09	10,1(3), 0,017	0,22	0,32	40,6(9), < 0,001						
- Idade							-0,07	0,941	1,00	0,95	1,05	
- Escolaridade							0,28	0,781	1,05	0,74	1,51	
- Renda							-1,35	0,178	0,83	0,63	1,09	
- Otimismo							0,44	0,657	1,13	0,66	1,95	
- Esperança							0,47	0,639	1,21	0,54	2,72	
- Identidade							2,67	0,008	6,01	1,61	22,41	
- Autodirecionamento							0,43	0,669	1,41	0,29	6,78	
- Empatia							-0,49	0,621	0,71	0,18	2,77	
- Intimidade							1,20	0,232	1,67	0,72	3,89	

Tabela 2. 7: Regressão Linear Hierárquica Múltipla

Modelo 2	Bloco 1			Bloco 2			<i>t</i>	Coeficientes			
	R^2	$R^2_{Ajustado}$	$F(g11,g12), p$	R^2	$R^2_{Ajustado}$	$F(g11,g12), p$		p	β	Inf.	Sup.
TEPT-S	0,070	0,053	4,23(3, 169), 0,007	0,351	0,315	9,78(9, 163), < 0,001					
- Idade							1,194	0,234	0,082	-0,05	0,22
- Escolaridade							0,173	0,863	0,013	-0,13	0,16
- Renda							-1,753	0,081	-0,123	-0,26	0,02
- Otimismo							-1,232	0,220	-0,115	-0,30	0,07
- Esperança							2,493	0,014	0,278	0,06	0,50
- Identidade							5,152	< 0,001	0,667	0,41	0,92
- Autodirecionamento							-0,954	0,342	-0,139	-0,43	0,15
- Empatia							1,125	0,262	0,100	-0,08	0,27
- Intimidade							0,213	0,832	0,018	-0,15	0,19
TEPT-C	0,119	0,103	7,62(3,169), <0,001	0,584	0,562	25,47(9,163), < 0,001					
- Idade							0,574	0,567	0,032	-0,08	0,14
- Escolaridade							0,360	0,719	0,021	-0,10	0,14
- Renda							-1,971	0,050	-0,111	-0,22	0,00
- Otimismo							-0,871	0,385	-0,065	-0,21	0,08
- Esperança							2,512	0,013	0,224	0,05	0,40
- Identidade							6,545	< 0,001	0,678	0,47	0,88
- Autodirecionamento							0,810	0,420	0,094	-0,14	0,32
- Empatia							0,374	0,710	0,026	-0,11	0,17
- Intimidade							1,472	0,143	0,100	-0,03	0,23

Discussão

O presente estudo teve por objetivo examinar a influência da esperança, do otimismo e do nível de funcionamento da personalidade sobre a gravidade de sintomas de TEPT. Nesta pesquisa, testou-se a hipótese de que pessoas que apresentam perspectivas positivas de futuro tendem a experimentar menos sintomas de TEPT, porque seus níveis de esperança e otimismo protegem ou amenizam esses sintomas diante da experiência de eventos estressores. Ainda, testou-se a hipótese de que pessoas com níveis de organização disfuncionais da personalidade tendem a experimentar mais sintomas de TEPT quando em contato com eventos estressores. Isso porque o déficit nos recursos psicológicos da personalidade limita a capacidade de enfrentamento funcional de situações altamente estressoras. Os resultados das correlações e dos testes de diferenças de médias confirmaram essas hipóteses, mostrando que os sintomas de TEPT tendem a se relacionar negativamente com esperança e otimismo e positivamente com as dimensões de prejuízos no funcionamento da personalidade. Esses resultados reforçam estudos anteriores que também verificaram uma correlação negativa entre esperança/otimismo e TEPT (Ai et al., 2011; Frazier et al., 2011; Israel-Cohen et al., 2016) e positiva entre traços patológicos da personalidade e TEPT (Jakšić et al., 2012; Sheikhbardsiri et al., 2015; Shepherd & Wild, 2014). Contudo, modelos multidimensionais sugeriram que as relações entre essas variáveis são complexas e geram resultados diferentes dos hipotetizados.

A Ocorrência Repetida de Eventos Traumáticos e Sua Relação Com Riscos Comportamentais e Psicológicos

Neste estudo, foi diferenciado evento estressor de evento potencialmente traumático. Isto é, para que um evento estressor fosse classificado como potencialmente traumático, o participante deveria, além de tê-lo vivido, ter experimentado efeitos negativos decorrentes dele por mais de um mês. Um resultado que merece destaque é a correlação positiva, com

significância estatística, entre a quantidade de eventos potencialmente traumáticos vividos e risco de suicídio e problemas com uso de álcool e de drogas. Ou seja, quanto mais eventos traumáticos os participantes da amostra reportaram ter vivido, mais problemas com o uso de álcool e de drogas e de comportamentos suicidas eles apresentaram. Esse dado sugere que a repetida exposição a eventos estressores com potencial nível traumático está relacionada a mais problemas psicológicos e comportamentais. O método deste estudo não permite estabelecer relações causais, indicando apenas a associação entre as variáveis. De qualquer forma, essas associações se mostram relevantes, principalmente, quanto ao risco para suicídio. Horwitz et al. (2018) verificaram que o suicídio está entre as maiores causas de morte de adultos nos Estados Unidos, sendo os dados ainda mais alarmantes para veteranos de guerra. De acordo com esses autores, os registros sugerem que há cerca de 20 suicídios por dia naquele país.

O modelo do Desamparo Aprendido (Maier & Seligman, 1976) pode ser um referencial útil para explicar a associação de aumento de riscos comportamentais e psicológicos frente à ocorrência repetida de eventos traumáticos. Esse modelo descreve efeitos no organismo após a experiência de eventos estressores incontroláveis. Pessoas que passaram por traumas prévios podem ter prejuízos, como depressão, que levam a respostas de enfrentamento mais pobres diante de novos traumas (Miller & Seligman, 1975). Logo, um indivíduo pode perceber que, diante de um evento incontrolável, não há nada que possa fazer e, à medida que mais eventos vão acontecendo e mais fracos vão se tornando seus recursos de enfrentamento, maiores as chances dessa pessoa desistir de reagir a eles. Nesse cenário, o comportamento suicida pode surgir como um desfecho desse processo. De fato, pacientes com TEPT tendem a estar mais em risco para o comportamento suicida do que outros grupos psicopatológicos e pessoas sem transtornos mentais (Amir et al., 1999; Chou et al., 2020).

A repetida exposição a eventos traumáticos, ainda à luz do modelo do desamparo aprendido, permite a inferência de que, ao longo das experiências estressoras, os indivíduos

tendem a usar e testar diferentes estratégias de enfrentamento (*coping*), incluindo aquelas mal adaptativas. Por exemplo, McDevitt-Murphy et al. (2017) observaram que o uso de álcool, como estratégia de enfrentamento aos sintomas do TEPT, é um fator de risco importante para problemas relacionados ao abuso de álcool. Fora isso, a literatura endossa a relação entre TEPT e problemas relacionados ao uso abusivo de álcool (Walton et al., 2018). A relação entre TEPT e problemas com drogas também é observada na literatura (Souza & Spates, 2008).

No presente estudo, 26% da amostra atingiram os critérios diagnósticos para TEPT-S e 17% os critérios diagnósticos para TEPT-C. Esses resultados reforçam a ideia de que o TEPT-S está mais presente na população em geral do que o TEPT-C. Em amostras clínicas, no entanto, é provável que a relação se inverta (Karatzias et al., 2017a). Ainda, a média de traumas vividos pelos participantes com rastreio positivo para TEPT-S foi de 4,69 e para TEPT-C, 4,91. Karatzias et al. (2017b) verificaram que o TEPT-C está relacionado a maiores quantidades de eventos estressores na vida adulta em comparação ao TEPT-S.

Enquanto traumas cumulativos na fase adulta podem levar tanto ao TEPT-S quanto ao TEPT-C, traumas cumulativos vividos na infância parecem estar mais associados ao TEPT-C. Igualmente, abusos físicos ou sexuais vivenciados na infância causados por cuidadores representam risco para TEPT-C ao passo que abusos físicos/sexuais provocados por não cuidadores representam risco para TEPT-S (Cloitre et al., 2019). Uma das limitações do presente estudo foi não ter investigado em qual época da vida os traumas reportados pela amostra ocorreram.

Já em relação aos fatores sociodemográficos que se mostraram protetivos para o TEPT, alta escolaridade foi protetiva tanto para TEPT-C quanto para TEPT-S, correlacionando-se negativamente, com significância estatística, a todos os sintomas. Esses dados replicam resultados encontrados em outros estudos sobre o tema (Carlson et al., 2016; Kiliç & Inci, 2015; Pietrzak et al., 2014). Da mesma forma, renda mostrou correlação negativa, com significância

estatística, com todos os sintomas de TEPT-S e de TEPT-C. Erickson et al. (2013), avaliando uma amostra não clínica, também concluiu que pessoas com rendas maiores tinham menos probabilidade de desenvolver TEPT. Por fim, idade apresentou correlação negativa estatisticamente significativa com todos os sintomas de TEPT-C, mas não com os de TEPT-S. Com base nesses dados, é possível pensar que pessoas altamente escolarizadas e com bons recursos financeiros podem dispor de mais recursos psicológicos e materiais para o enfrentamento de situações estressoras.

O Otimista Frente a Eventos Estressores e Traumáticos

No presente estudo, houve correlação negativa e estatisticamente significativa entre otimismo e TEPT-S e TEPT-C. O otimismo é um traço que representa a expectativa que uma pessoa tem de sucesso e realização no futuro (Fowler et al., 2017). Esse é o conceito de otimismo disposicional. Já o otimismo aprendido ou explicativo refere-se a eventos passados, mais especificamente à forma como uma pessoa explica a si mesma as causas deles, o que é chamado de estilo explicativo. Esse estilo explicativo divide-se em três dimensões: Permanência (efeitos decorrentes do evento que se prolongam no tempo), Difusão (generalização dos efeitos para outros eventos, podendo ser específica para aquele tipo de situação ou global) e Personalização (a causa do evento ser devida a fatores externos ou internos). Pessoas otimistas costumam atribuir explicações permanentes, inespecíficas e internas a eventos bons e, a eventos estressores, causas temporárias, específicas e externas (Bastianello & Hutz, 2015). Além disso, segundo Seligman (1990), um estilo explicativo otimista é um grande modulador do desamparo aprendido: “um estilo explicativo otimista é capaz de parar o desamparo, enquanto um estilo de explicação pessimista aumenta o desamparo. O seu modo de explicar os eventos a si mesmo determina quão desamparado você pode ficar ou quão energizado(...)” (Seligman, 1990, pp. 15-16).

O otimismo também impacta a forma como um indivíduo interpreta o controle que ele próprio tem sobre os acontecimentos da vida, determinando, assim, a atitude desse indivíduo frente a eventos estressores. O otimista geralmente se percebe como um agente ativo, apresentando *locus* interno de controle ao se ver como “senhor do seu destino”, acreditando influenciar o ambiente no qual vive (Hecht, 2013). Segundo Avvenuti et al. (2016), o otimismo se relaciona ao estilo de enfrentamento de uma pessoa, sendo uma característica dos otimistas se engajarem em recursos de enfrentamento focados tanto em lidar com o problema quanto com as emoções, enquanto os pessimistas tendem a evitar o enfrentamento. Outra característica que merece destaque é que o otimista tende a desengajar-se mais rapidamente de objetivos inalcançáveis e reengajar-se a novos quando comparado a pessimistas. Portanto, o otimismo é uma característica que leva a ajustes emocionais e comportamentais frente a situações estressoras, correlacionando-se negativamente com ansiedade e depressão, aumentando a percepção subjetiva de bem-estar e o autocuidado (Avvenuti et al., 2016).

Todos esses fatores podem revelar o mecanismo da relação negativa entre otimismo e TEPT, sendo um traço tão importante que levou estudos anteriores (ver Ahmad et al., 2010) à hipótese de o otimismo ser um construto protetivo universal para TEPT, independente da cultura. Importante ressaltar que o otimismo relacionado a desfechos positivos diz respeito ao que é considerado como otimismo realista. O otimismo irreal, ou o excesso de otimismo, pode levar a cenários de risco. Por exemplo, pessoas com otimismo demasiado podem perceber que não estão sujeitas a certas situações (como desastres, acidentes e doenças), ainda que o fato de ser otimista não guarde relação com controlar tais eventos, ignorando informações importantes para sua saúde e segurança. Portanto, é o otimismo realista, o qual leva em consideração o contexto e as informações importantes que antecedem o futuro desejado, que parece ser fundamental para a saúde física e mental (Avvenuti et al., 2016). Ainda, esse é um construto

cujos níveis podem ser influenciados via psicoterapia (Conversano et al., 2010; Yang et al., 2016), podendo ser de grande utilidade para o tratamento de TEPT.

O Papel da Esperança diante de Situações Traumáticas

Na presente pesquisa também houve correlação negativa, com nível de significância estatística, entre esperança e TEPT-S e TEPT-C. A esperança é um traço que pode estimular o enfrentamento e a adaptação do comportamento diante de situações estressoras. Dentre os diversos modelos de esperança que existem, o de Dufault e Martocchio (1985) divide a esperança em generalizada, quando o indivíduo acredita em bons desfechos na vida de forma geral, e particularizada, quando possui um objeto em específico no qual deposita sua esperança. A esperança particularizada assemelha-se à definida por Snyder (1995) (Harris & Larsen, 2008). Essa diferenciação também guarda semelhança com as diferentes classificações da Teoria do Desamparo Aprendido e do Otimismo Aprendido, discutidos anteriormente. Assim como no otimismo, o nível de esperança não é capaz de determinar a ocorrência ou não de certos eventos aversivos. No entanto, a esperança parece estar negativamente relacionada a *locus* de controle baseado em chance. Por exemplo, em pesquisa com pacientes com câncer verificou-se que quanto mais esperança esses pacientes tinham, menos eles acreditavam que seu destino seria decidido ao acaso (Butt, 2011). Já em estudo com pacientes soropositivos (HIV), esperança relacionou-se a maiores níveis de engajamento em estilos de vida saudáveis, concluindo que a “esperança é necessária para que uma pessoa tome atitudes de sobrevivência vitais à manutenção da saúde em momentos de doença” (Heinrich, 2003, p. 376). Assim como ocorre no otimismo, os níveis de esperança também podem ser influenciados através de psicoterapia (Yang et al., 2016).

Prejuízos Funcionais da Personalidade e o Risco para TEPT em Situações Estressoras

A personalidade, entendida como o conjunto de traços que torna cada pessoa única, também está relacionada à forma como cada pessoa responde a eventos estressores (Jakšić et al., 2012). A literatura tem mostrado que neuroticismo (Breslau & Schultz, 2013; Engelhard et al., 2003; Van den Hout, & Engelhard, 2004), emocionalidade negativa (Miller, 2003) e traços patológicos da personalidade (James et al., 2015) estão associados aos sintomas de TEPT. Considerando os cinco traços patológicos da personalidade, de acordo com o modelo alternativo para os transtornos da personalidade publicado na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), a saber, afetividade negativa, distanciamento, antagonismo, desinibição e psicoticismo (Bach et al., 2020; Esbec & Echeburúa, 2015), pacientes com TEPT tendem a apresentar níveis mais elevados em todos os cinco traços (James et al., 2015).

O modelo alternativo dos transtornos da personalidade do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) também propõe quatro traços centrais à patologia da personalidade, quais sejam, Identidade, Autodirecionamento, Empatia e Intimidade. Esses domínios do funcionamento da personalidade caracterizam o grau de severidade da patologia e no presente estudo mostraram correlação com os sintomas de TEPT-S e TEPT-C. Os dados mostraram que os prejuízos funcionais da personalidade se relacionaram mais fortemente aos sintomas de DAO, quais sejam, desregulação afetiva (DA), autoconceito negativo (AN), distúrbios no relacionamento (DR) e prejuízo funcional (DAO-F). Esses resultados estão alinhados a estudos recentes que também avaliaram que o funcionamento da personalidade parece estar mais associado ao TEPT-C (Cloitre et al., 2014; Jowett et al., 2020).

O TEPT-C é um transtorno que evidencia, além dos sintomas de TEPT-S, distúrbios de auto-organização, resultando em maiores prejuízos funcionais em comparação ao TEPT-S (Cloitre et al., 2014). Transtornos da personalidade também costumam gerar prejuízos

funcionais e incapacidades na vida de um indivíduo (Pulay et al., 2010), englobando prejuízos que acabam por se sobrepor aos observados no TEPT-C (Giourou et al., 2018). Por exemplo, é possível identificar comportamentos que se externalizam tanto em pessoas com TEPT-C quanto com transtornos de personalidade, como desregulação afetiva, alterações na crença de si mesmo, comportamentos perigosos ou imprudentes causados por alta impulsividade, e automutilação (Ford & Courtois, 2014). Dadas as similaridades, já houve estudos (ver Ford & Courtois, 2014; Jowett et al., 2020) que analisaram se TEPT-C seria uma classificação verdadeiramente distinta, como proposta pela CID-11, ou se seria o efeito do trauma em pessoas com predisposição ao Transtorno da Personalidade Borderline (TPB). Portanto, devido a suas características, o TEPT-C é mais relacionado à personalidade quando comparado ao TEPT-S.

Também há de se levar em consideração os modelos teóricos de TEPT. A Teoria do Processamento Emocional (Lang, 1979) preconiza que as emoções vivenciadas durante o trauma levam a um processamento da memória incoerente com a situação vivida. O medo patológico gerado a partir dessa desorganização da memória acaba por associar erroneamente estímulos neutros a ameaças iminentes. Tal memória do trauma pode levar, entre outros, a reações fisiológicas e comportamentais relacionadas à avaliação negativa que o indivíduo que vivenciou o trauma passa a ter do *self*, do mundo e dos outros. Em outras palavras, o evento traumático e a memória gerada por ele podem alterar de forma negativa as crenças básicas que a pessoa tem de si mesma, dos outros e do mundo em que vive (Sbardelloto et al., 2012). Já pelo Modelo Cognitivo (Ehlers & Clark, 2000), o transtorno é desenvolvido pelo fato de o indivíduo que viveu o trauma sentir-se em situação de grave e constante ameaça. Isso se dá como consequência do processamento individual da situação vivenciada e das características individuais que relacionam a memória do evento traumático com memórias autobiográficas (Rigoli et al., 2016). Assim, quanto mais a pessoa que vivenciou o trauma processa cognitivamente o evento como uma ameaça atual, mais grave se torna o TEPT (Sbardelloto et

al., 2012). Portanto, nota-se que transtornos da personalidade parecem ter relação com alguns modelos explicativos do TEPT, partindo-se do entendimento que existem TPs que também levam à desregulação afetiva e alterações na crença de si mesmo.

A Relação Não Trivial entre Otimismo, Esperança, Personalidade e TEPT

No presente estudo, os modelos de regressão múltipla apresentaram variáveis que sofreram efeitos supressores, indicando que a direção das relações bivariadas é modificada na presença de outras variáveis. Nesta pesquisa, testaram-se modelos com desfechos categóricos e contínuos. Quando usadas as categorias positivo ou negativo para TEPT pela MINI, o modelo indicou que quanto maior a idade, menor a escolaridade e menores problemas de intimidade, maiores foram as chances de um participante ter sido classificado com TEPT. Contrário aos dados obtidos nas correlações, idade e intimidade apresentaram relação positiva e negativa com o desfecho, respectivamente. Isso sugere um padrão complexo de interação entre as covariáveis do modelo. Quando considerados os casos positivos para TEPT-S pelo ITQ, os resultados também apresentaram uma variável com efeito supressor, no caso idade. Nesse modelo, quanto maior a idade e maiores os problemas de identidade, maiores foram as chances de um participante ser classificado positivo para TEPT-S. Quando o desfecho foi o TEPT-C, o modelo mostrou que apenas problemas de identidade aumentaram as chances de um participante ser positivo para TEPT-C. Considerando que os modelos categóricos de psicopatologia tendem a apresentar piores indicadores de validade e confiabilidade em comparação com modelos dimensionais (Widiger, 2005), testou-se também modelos de regressão linear múltipla.

As covariáveis que apresentaram poder explicativo para além dos efeitos já explicados pelas demais variáveis na variação dos sintomas de TEPT-S e TEPT-C foram maiores níveis de esperança e maiores problemas de identidade. Esse resultado chama atenção pela relação positiva que esperança passa a ter com os desfechos quando na presença de outras variáveis.

Esse dado leva a refletir acerca da característica da esperança associada a problemas de identidade. De acordo com o modelo alternativo dos transtornos da personalidade (American Psychiatric Association, 2013), os prejuízos funcionais da identidade dizem respeito a problemas na delimitação do *self*, na capacidade de autorregulação emocional e na autoestima. Assim, entende-se que pessoas com problemas de identidade tendem a ter uma autoimagem inconsistente, a experimentarem afetos predominantemente negativos e a sentirem-se insatisfeitas consigo mesmas. Entende-se que essas características deixam uma pessoa em vulnerabilidade para sintomas de TEPT diante de um evento estressor (Kira, 2001). Nesse contexto, em que há um problema na integração da identidade, como que elevados níveis de esperança poderiam estar associados a mais sintomas de TEPT-S e TEPT-C?

A esperança, conforme operacionalizada neste estudo, compreende uma habilidade cognitiva que faz com que as pessoas se mantenham motivadas na busca de um objetivo (Snyder, 2000). Assim, faz-se a hipótese de que diante de um evento estressor, uma pessoa com problemas de identidade e altamente motivada para alcançar seus objetivos pode sentir mais profundamente o impacto traumático de eventos estressores do que pessoas com problemas de identidade e sem motivação para alcançar objetivos. Vale salientar, que nos modelos, também entraram as variáveis otimismo, autodirecionamento, empatia e intimidade. Sendo que os efeitos supressores acontecem na presença de todas as covariáveis, o que eleva a complexidade dessas relações. Mais estudos precisam ser desenvolvidos para testar essa hipótese e para explicar essas complexas relações.

Considerações Finais

A presente investigação acerca do papel protetivo da perspectiva positiva de futuro (esperança e otimismo) e de risco do prejuízo do funcionamento da personalidade (identidade, autodirecionamento, empatia e intimidade) para os sintomas de TEPT apresentou um resultado

que sinaliza uma relação complexa e pouco intuitiva. Problemas na identidade combinados com elevados níveis de esperança explicam os sintomas de TEPT-S e TEPT-C. Essa combinação demanda maior investigação empírica de modo a esclarecer essas relações multivariadas. Não ter investigado a idade na qual os traumas ocorreram na amostra, assim como não ter verificado por quem o trauma foi causado (por exemplo, cuidadores ou não cuidadores quando na infância) e o número de participantes constituíram limitações deste estudo. De qualquer forma, esta investigação permite compreender um pouco mais profundamente como a experiência estressora é modelada por traços da personalidade, sejam eles positivos ou disfuncionais.

Referências

- Abbad, G., & Torres, C. V. (2002). Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(SPE), 19-29.
- Abreu-Rodrigues, M., & Seidl, E. M. F. (2015). Apoio social e reganho de peso pós-cirurgia bariátrica: estudo de caso sobre intervenção com cuidador. *Temas em Psicologia*, 23(4), 1003-1016. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.4-15>
- Ahmad, S., Feder, A., Lee, E. J., Wang, Y., Southwick, S. M., Schlackman, E., ... & Charney, D. S. (2010). Earthquake impact in a remote South Asian population: Psychosocial factors and posttraumatic symptoms. *Journal of traumatic stress*, 23(3), 408-412. <https://doi.org/10.1002/jts.20535>
- Ai, A. L., Plummer, C., Kanno, H., Heo, G., Appel, H. B., Simon, C. E., & Spigner, C. (2011). Positive traits versus previous trauma: racially different correlates with PTSD symptoms among hurricane katrina-rita volunteers. *Journal of Community Psychology*, 39(4), 402-420. <https://doi.org/10.1002/jcop.20442>
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III®). American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R®). American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (1996). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV®) American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R., & Kotler, M. (1999). Suicide risk and coping styles in posttraumatic stress disorder patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 68(2), 76-81. <https://doi.org/10.1159/000012316>
- Amorim, P. (2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- Arslan, R. C., Walther, M. P., & Tata, C. S. (2020). formr: A study framework allowing for automated feedback generation and complex longitudinal experience-sampling studies using R. *Behavior Research Methods*, 52(1), 376-387. <https://doi.org/10.3758/s13428-019-01236-y>
- Avvenuti, G., Baiardini, I., & Giardini, A. (2016). Optimism's Explicative Role for Chronic Diseases. *Frontiers in psychology*, 7, 295. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00295>
- Bach, B., Kerber, A., Aluja, A., Bastiaens, T., Keeley, J. W., Claes, L., ... & Riegel, K. D. (2020). International Assessment of DSM-5 and ICD-11 Personality Disorder Traits: Toward a Common Nosology in DSM-5.1. *Psychopathology*, 1-10. <https://doi.org/10.1159/000507589>
- Bastianello, M. R., & Hutz, C. S. (2015). Del Optimismo Explicativo al Disposicional: la Perspectiva de la Psicología Positiva. *Psico-USF*, 20(2), 237-247. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200205>
- Bastianello, M. R., Zanon, C., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2014). Optimism, self-esteem and personality: Adaptation and validation of the Brazilian version of the Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psico-USF*, 19(3), 523-531. <https://doi.org/10.1590/1413-827120140190030>
- Boks, M. P., van Mierlo, H. C., Rutten, B. P., Radstake, T. R., De Witte, L., Geuze, E., Horvath, S., Schalkwyk, L. C., Vinkers, C. H., Broen, J. C., & Vermetten, E. (2015). Longitudinal

- changes of telomere length and epigenetic age related to traumatic stress and post-traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 506–512.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.07.011>
- Breslau, N., & Schultz, L. (2013). Neuroticism and post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological Medicine*, 43(8), 1697-1702.
<https://doi.org/10.1017/S0033291712002632>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... & Somasundaram, D. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, 58, 1-15.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Butt C. M. (2011). Hope in adults with cancer: state of the science. *Oncology nursing forum*, 38(5), E341–E350. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.E341-E350>
- Carlson, E. B., Palmieri, P. A., Field, N. P., Dalenberg, C. J., Macia, K. S., & Spain, D. A. (2016). Contributions of risk and protective factors to prediction of psychological symptoms after traumatic experiences. *Comprehensive psychiatry*, 69, 106-115.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.04.022>
- Chou, P. H., Ito, M., & Horikoshi, M. (2020). Associations between PTSD symptoms and suicide risk: A comparison of 4-factor and 7-factor models. *Journal of Psychiatric Research*. 129, 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.004>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25097.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-

- report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD- 11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population- based study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833-842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F., & Reda, M. A. (2010). Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 6, 25. <https://doi.org/10.2174/1745017901006010025>
- Day, T., & Kearney, C. A. (2016). Resilience variables and posttraumatic symptoms among maltreated youth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(9), 991-1005. <https://doi.org/10.1080/10926771.2016.1236358>
- Donat, J. C., Lobo, N. D. S., Jacobsen, G. D. S., Guimarães, E. R., Kristensen, C. H., Berger, W., ... & Nascimento, E. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the International Trauma Questionnaire for use in Brazilian Portuguese. *Sao Paulo Medical Journal*, 137(3), 270-277. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0066070519>
- Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *The Nursing clinics of North America*, 20(2), 379–391.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2015). The hybrid model for the classification of personality disorders in DSM-5: a critical analysis. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(5), 177-86.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Kindt, M. (2003). The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: A prospective study.

Personality and Individual differences, 35(2), 381-388. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00200-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00200-3)

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)

Erickson, L. D., Hedges, D. W., Call, V. R., & Bair, B. (2013). Prevalence of and factors associated with subclinical posttraumatic stress symptoms and PTSD in urban and rural areas of Montana: A cross-sectional study. *The Journal of Rural Health*, 29(4), 403-412. <https://doi.org/10.1111/jrh.12017>

Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático [Diagnosis of the posttraumatic stress disorder]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 12-16. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004>

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>

Fowler, D., Weber, E., Kappla, S., & Miller, S. (2017) Replicating future orientation: Investigating the constructs of hope and optimism and their subscales through replication and expansion. *Personality and Individual Differences*, 116, 22-28. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.010>

Frazier, P. A., Gavian, M., Hirai, R., Park, C., Tennen, H., Tomich, P., & Tashiro, T. (2011). Prospective predictors of posttraumatic stress disorder symptoms: Direct and mediated relations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(1), 27. <https://doi.org/10.1037/a0019894>

Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S. P., Alexopoulou, K., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical

- syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma?. *World journal of psychiatry*, 8(1), 12. <https://doi.org/10.5498/wjp.v8.i1.12>
- Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *The annals of mathematical statistics*, 148-170.
- Harris, G. E., & Larsen, D. (2008). Understanding hope in the face of an HIV diagnosis and high-risk behaviors. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 401-415. <https://doi.org/10.1177/1359105307088143>
- Hébert, M., Lavoie, F., & Blais, M. (2014). Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Ciencia & saude coletiva*, 19(3), 685–694. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.15972013>
- Hecht, D. (2013). The neural basis of optimism and pessimism. *Experimental neurobiology*, 22(3), 173-199. <https://doi.org/10.5607/en.2013.22.3.173>
- Heinrich, C. R. (2003). Enhancing the perceived health of HIV seropositive men. *Western Journal of Nursing Research*, 25(4), 367-382. <https://doi.org/10.1177/0193945903025004002>
- Horwitz, A. G., Held, P., Klassen, B. J., Karnik, N. S., Pollack, M. H., & Zalta, A. K. (2018). Posttraumatic Cognitions and Suicidal Ideation among Veterans receiving PTSD Treatment. *Cognitive therapy and research*, 42(5), 711–719. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9925-6>
- Israel-Cohen, Y., Kashy-Rosenbaum, G., & Kaplan, O. (2016). Acute stress reaction and positive future orientation as predictors of PTSD among Israeli adolescents exposed to missile attacks. *Translational Issues in Psychological Science*, 2(4), 361. <https://doi.org/10.1037/tps0000096>
- Jakšić, N., Brajković, L., Ivezić, E., Topić, R., & Jakovljević, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina*, 24(3.), 256-266.

- James, L. M., Anders, S. L., Peterson, C. K., Engdahl, B. E., Krueger, R. F., & Georgopoulos, A. P. (2015). DSM-5 personality traits discriminate between posttraumatic stress disorder and control groups. *Experimental Brain Research*, 233(7), 2021-2028. <https://doi.org/10.1007/s00221-015-4273-1>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Albert, I. (2020). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 36. <https://doi.org/10.1037/per0000346>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., ... & Brewin, C. R. (2017a). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup7), 1418103. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... & Cloitre, M. (2017b). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1414559. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1414559>
- Kira, I. A. (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7(2), 73-86. <https://doi.org/10.1177/153476560100700202>
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x>

- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European psychiatry*, *12*(5), 224-231. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
- Macedo, J. P., Dimenstein, M., Sousa, H. R. D., Costa, A. P. A. D., & Silva, B. Í. D. B. D. M. (2018). A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências e invisibilidades. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, *11*(2), 258-278. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110206>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet (London, England)*, *381*(9878), 1683–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: theory and evidence. *Journal of experimental psychology: general*, *105*(1), 3. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- McDevitt-Murphy, M. E., Luciano, M. T., Tripp, J. C., & Eddinger, J. E. (2017). Drinking motives and PTSD-related alcohol expectancies among combat veterans. *Addictive behaviors*, *64*, 217-222. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.029>
- Mehta, D., Bruenig, D., Lawford, B., Harvey, W., Carrillo-Roa, T., Morris, C. P., Jovanovic, T., Young, R. M., Binder, E. B., & Voisey, J. (2018). Accelerated DNA methylation aging and increased resilience in veterans: The biological cost for soldiering on. *Neurobiology of stress*, *8*, 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.04.001>

- Miller, M. W. (2003). Personality and the etiology and expression of PTSD: A three-factor model perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(4), 373-393. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg040>
- Miller, W. R., & Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of abnormal psychology*, 84(3), 228. <https://doi.org/10.1037/h0076720>
- Naseem, Z., & Khalid, R. (2010). Positive Thinking in Coping with Stress and Health outcomes: Literature Review. *Journal of Research & Reflections in Education (JRRE)*, 4(1).
- Pacico, J. C., Bastianello, M. R., Zanon, C., & Hutz, C. S. (2013). Adaptation and validation of the dispositional hope scale for adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 488-492. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000300008>
- Pietrzak, R. H., Feder, A., Singh, R., Schechter, C. B., Bromet, E. J., Katz, C. L., ... & Harrison, D. (2014). Trajectories of PTSD risk and resilience in World Trade Center responders: an 8-year prospective cohort study. *Psychological Medicine*, 44(1), 205-219. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000597>
- Pincus, A. L., Cain, N. M., & Halberstadt, A. L. (2020). Importance of self and other in defining personality pathology. *Psychopathology*, 53,133–140. <https://doi.org/10.1159/000506313>
- Pulay, A. J., Stinson, F. S., Ruan, W. J., Smith, S. M., Pickering, R. P., Dawson, D. A., & Grant, B. F. (2010). The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence—results from a national survey. *Drug and alcohol dependence*, 108(1-2), 141-145. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.004>
- Rigoli, M. M., Silva, G. R., Oliveira, F. R. D., Pergher, G. K., & Kristensen, C. H. (2016). The role of memory in posttraumatic stress disorder: implications for clinical practice. *Trends*

in psychiatry and psychotherapy, 38(3), 119-127. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0063>

Saltzman, K. M., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2006). IQ and posttraumatic stress symptoms in children exposed to interpersonal violence. *Child psychiatry and human development*, 36(3), 261–272. <https://doi.org/10.1007/s10578-005-0002-5>

Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Lobo, B. D. O. M., Caminha, R. M., & Kristensen, C. H. (2012). Processamento cognitivo no transtorno de estresse pós-traumático: Um estudo teórico. *Interação em Psicologia*, 16(2). <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v16i2.18934>

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063–1078. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.67.6.1063>

Sheikhbardsiri, H., Sarhadi, M., Abdollahyar, A., Dastres, M., Sheikh, R. A., & Aminizadeh, M. (2015). The relationship between personality traits and post-traumatic stress disorder among EMS personnel and hospital emergency staffs. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 8(1), 35-42.

Segovia, F., Moore, J. L., Linnville, S. E., & Hoyt, R. E. (2015). Optimism predicts positive health in repatriated prisoners of war. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 222. <https://doi.org/10.1037/a0037902>

Segovia, F., Moore, J. L., Linnville, S. E., Hoyt, R. E., & Hain, R. E. (2012). Optimism predicts resilience in repatriated prisoners of war: A 37-year longitudinal study. *Journal of traumatic stress*, 25(3), 330-336. <https://doi.org/10.1002/jts.21691>

Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000300008>

- Seligman, M. E. (1990). *Learned optimism: How to change your mind and life* (1a ed.). Vintage Books USA.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., & Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry, 12*(5), 232-241. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)
- Shepherd, L., & Wild, J. (2014). Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 45*(3), 360-367. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.03.002>
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development, 73*(3), 355-360. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x>
- Snyder, C. R. (Ed.). (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic press.
- Souza, T., & Spates, C. R. (2008). Treatment of PTSD and substance abuse comorbidity. *The Behavior Analyst Today, 9*(1), 11-26. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100643>
- Thomas, J. L., Britt, T. W., Odle-Dusseau, H., & Bliese, P. D. (2011). Dispositional optimism buffers combat veterans from the negative effects of warzone stress on mental health symptoms and work impairment. *Journal of Clinical Psychology, 67*(9), 866-880. <https://doi.org/10.1002/jclp.20809>
- Van den Hout, M. A., & Engelhard, I. M. (2004). Pretrauma neuroticism, negative appraisals of intrusions, and severity of PTSD symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(3), 181-183. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000022110.17639.60>
- Voestermans, D., Eikelenboom, M., Rullmann, J., Wolters-Geerdink, M., Draijer, N., Smit, J. H., ... & van Marle, H. J. (2020). The Association Between Childhood Trauma and

Attachment Functioning in Patients With Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 1-19. https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_474

Walton, J. L., Raines, A. M., Cuccurullo, L. A. J., Vidaurri, D. N., Villarosa-Hurlocker, M. C., & Franklin, C. L. (2018). The relationship between DSM-5 PTSD symptom clusters and alcohol misuse among military veterans. *The American journal on addictions*, 27(1), 23-28. <https://doi.org/10.1111/ajad.12658>

Widiger, T. A. (2005). A dimensional model of psychopathology. *Psychopathology*, 38(4), 211-214. <https://doi.org/10.1159/000086094>

Yang, Y. L., Liu, L., Li, M. Y., Shi, M., & Wang, L. (2016). Psychological disorders and psychosocial resources of patients with newly diagnosed bladder and kidney cancer: a cross-sectional study. *PloS one*, 11(5), e0155607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155607>

Considerações Finais da Dissertação

A presente dissertação de mestrado teve como objetivo geral verificar a influência de fatores psicológicos positivos (otimismo e esperança) e deficitários (prejuízos no funcionamento da personalidade) sobre a gravidade de manifestação de sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). No estudo I foi observado que as pesquisas sobre o tema cresceram a partir de 2011. Os contextos mais pesquisados foram guerra, seguido por desastre. Os fatores protetivos que mais apareceram nas pesquisas foram suporte e resiliência. Otimismo e esperança foram considerados protetivos em vários estudos, ora sendo considerados construtos independentes, ora como parte de resiliência. O país que mais contribuiu para as pesquisas, no período analisado, foi os Estados Unidos. No estudo II encontrou-se correlação negativa de otimismo e esperança com sintomas de TEPT-S e TEPT-C, bem como correlação positiva entre prejuízos no funcionamento da personalidade e sintomas de TEPT-S e TEPT-C, assim como estudos anteriores também mostraram. Os modelos de regressão múltipla revelaram variáveis consideradas supressoras, mostrando que a relação entre perspectiva positiva de futuro, funcionamento da personalidade e sintomas de TEPT são complexas e merecem maiores investigações.

Além de replicar achados de estudos anteriores, a presente pesquisa contribui para o tema levantando outras hipóteses, como motivos para ocorrência de variáveis supressoras, e suas implicações para o TEPT. Reflete-se sobre a complexidade da relação entre perspectiva positiva de futuro, prejuízos no funcionamento da personalidade e sintomas de TEPT-S e TEPT-C, visto que alguns resultados foram nada triviais. Futuras pesquisas sobre o assunto podem avaliar maiores explicações para os efeitos supressores apresentados, verificando se as hipóteses aqui levantadas são válidas.

Anexo

Anexo 1 – Questionário de dados sociodemográficos e de saúde

Se alguma pergunta possibilitar mais de uma alternativa, indicar a mais adequada.
Não deixar nenhuma resposta em branco.

01. Qual é o seu gênero?

- Masculino. Feminino. Outro.

02. Qual a sua idade?

03. Qual sua escolaridade?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo | <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto | <input type="checkbox"/> Pós-Graduação Incompleta |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo | <input type="checkbox"/> Pós-Graduação Completa |

04. Qual seu estado civil?

- Solteiro(a)
 Casado(a) ou morando junto (união estável)
 Divorciado(a) ou separado(a)
 Viúvo(a)
 Outro: _____

05. Em que Estado você reside?

(Lista de estados brasileiros)

06. Qual sua raça/cor?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Branca | <input type="checkbox"/> Parda |
| <input type="checkbox"/> Preta | <input type="checkbox"/> Indígena |
| <input type="checkbox"/> Amarela | <input type="checkbox"/> Outro |

07. O que você faz atualmente? (marque somente uma opção)

- Estuda
 Trabalha
 Desempregado
 Estuda e trabalha
 Do lar
 Aposentado
 Aposentado e trabalha ou estuda
 Licença maternidade
 Licença saúde
 Outro: _____

08. Qual a renda mensal de sua família?

- Não tenho renda
- Até R\$ 998,00 (até um salário mínimo)
- De R\$ 998,01 a R\$ 1.996,00 (de um a dois salários)
- De R\$ 1.996,01 a R\$ 4.990,00 (de dois a cinco salários)
- De R\$ 4.990,01 a R\$ 9.980,00 (de cinco a dez salários)
- De R\$ 9.980,01 a R\$ 14.970,00 (de dez a quinze salários)
- De R\$ 14.970,01 a R\$ 19.960,00 (de quinze a vinte salários)
- De R\$ 19.960,00 a R\$ 29.940,00 (de vinte a trinta salários)
- Mais de R\$ 29.940,00 (mais de trinta salários)

09. Você possui algum diagnóstico psiquiátrico?

- Não
- Sim, qual? _____

10. Você está tomando algum remédio psiquiátrico?

- Não
- Sim

11. Você está fazendo algum tratamento com psiquiatra?

- Não
- Sim

12. Você está fazendo algum tratamento com psicólogo?

- Não
- Sim

13. Durante nossa vida, podemos experimentar diversas situações que são muito traumáticas. Por favor, indique se algum dos eventos abaixo já aconteceu com você.

Violência doméstica (pais, irmãos, tios, avós abusam física, sexual, moral ou psicologicamente)

Não Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? Nada Um pouco Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

Menos de um mês Um mês Mais de um mês

Violência no namoro ou relacionamento íntimo (companheiro(a)/namorado(a) abusam física, sexual, moral ou psicologicamente)

Não Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? Nada Um pouco Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

Menos de um mês Um mês Mais de um mês

Violência social (assalto, roubo, bullying)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Violência psicológica (chantagem, extorsão, assédio no trabalho/escola)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Desastre natural (enchentes, queimadas, secas, deslizamentos de terra, tempestades, entre outros)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Desastre tecnológico (explosões, incêndios, vazamento de gás, petróleo, radiações ou outros produtos químicos perigosos)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Acidente doméstico (explosão de gás ou de panela de pressão, incêndio, choque elétrico, queda)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Acidente em via pública (atropelamento, acidente de carro, moto, ônibus, bicicleta, van)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Acidente aéreo, marítimo ou ferroviário (acidente com avião, helicóptero, navio, barco, lancha, jet-ski, trem).

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Morte inesperada ou violenta de alguém próximo (você teve a notícia de um ente querido que se suicidou, ou se acidentou, ou foi morto, ou morreu)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Testemunha de morte ou lesão (você viu alguém morrer, ou algum acidente acontecer, ou alguém se ferindo gravemente)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Experiências de quase morte (afogamento, tiroteio, refém/sequestro à mão armada, tentativa de suicídio, doença muito grave)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Lesões graves (queimadura, ataque de cachorro ou outros animais)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito

Se muito,

Por quanto tempo você ficou mal?

() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Abordo (espontâneo ou proposital)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito
Se muito,
Por quanto tempo você ficou mal?
() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Guerra ou violência política (guerra civil, terrorismo, refugiados)

() Não () Sim

Se sim,

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito
Se muito,
Por quanto tempo você ficou mal?
() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês

Algum outro evento traumático?

() Não () Sim

Se sim,

Qual? _____

O quanto isso afetou você negativamente? () Nada () Um pouco () Muito
Se muito,
Por quanto tempo você ficou mal?
() Menos de um mês () Um mês () Mais de um mês




Anexo 2 – Mini International Psychiatric Interview

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Nome do(a) entrevistado(a):	Número do protocolo:
Data de nascimento:	Hora de início da entrevista:
Nome do(a) entrevistador(a):	Hora do fim da entrevista:
Data da entrevista:	Duração total da entrevista:

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

 SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...		NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?		NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:				
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?		NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?		NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?		NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?		NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?		NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?		NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ?		NÃO	SIM	

- | | | | | |
|----|---|-----|-----|----|
| I4 | Durante o último mês: | | | |
| a | Teve dificuldade de dormir ? | NÃO | SIM | 9 |
| b | Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente? | NÃO | SIM | 10 |
| c | Teve dificuldades de se concentrar? | NÃO | SIM | 11 |
| d | Estava nervoso(a), constantemente alerta? | NÃO | SIM | 12 |
| e | Ficava sobressaltado(a) por quase nada? | NÃO | SIM | 13 |

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4 ?


NÃO SIM

- | | | | | |
|----|---|-----|-----|----|
| I5 | Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais? | NÃO | SIM | 14 |
|----|---|-----|-----|----|

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

Anexo 3 – International Trauma Questionnaire (ITQ)

Instruções: Por favor, identifique a experiência (traumática ou estressora) que mais lhe causa problemas e responda as questões em relação a essa experiência.

Breve descrição da experiência: _____

Quando essa experiência aconteceu? (circule um)

- a. menos de 6 meses atrás
- b. 6 a 12 meses atrás
- c. 1 a 5 anos atrás
- d. 5 a 10 anos atrás
- e. 10 a 20 anos atrás
- f. mais de 20 anos atrás

Abaixo, há uma lista de problemas e queixas que as pessoas, às vezes, têm em resposta a experiências de vida traumáticas ou estressoras. Por favor, leia cada item cuidadosamente, e circule um dos números à direita para indicar o quanto esse problema tem lhe incomodado **no último mês**.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
P1. Ter sonhos desagradáveis que reproduzem parte da experiência ou são claramente relacionados à experiência?	0	1	2	3	4
P2. Ter imagens ou memórias intensas que, às vezes, vêm a sua mente, fazendo com que você sinta que a experiência está acontecendo novamente no aqui e agora?	0	1	2	3	4
P3. Evitar pistas internas da experiência (por exemplo, pensamentos, sentimentos ou sensações físicas)?	0	1	2	3	4
P4. Evitar pistas externas da experiência (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, objetos, atividades ou situações)?	0	1	2	3	4
P5. Estar “hiperalerta”, vigilante ou em guarda?	0	1	2	3	4
P6. Sentir-se sobressaltado ou facilmente assustado?	0	1	2	3	4

No último mês, os sintomas acima:

P7. Afetaram seus relacionamentos ou sua vida social?	0	1	2	3	4
P8. Afetaram seu trabalho ou sua capacidade de trabalhar?	0	1	2	3	4
P9. Afetaram qualquer outra parte importante da sua vida, como o cuidado com seus filhos, vida escolar ou acadêmica, ou outras atividades importantes?	0	1	2	3	4

Abaixo, há problemas ou sintomas que as pessoas que passaram por eventos de vida traumáticos ou estressores, às vezes, experienciam. As questões se referem a como você **tipicamente** se sente, como você **tipicamente** pensa a respeito de si mesmo, e como você **tipicamente** se relaciona com outras pessoas. Responda às seguintes perguntas pensando no quão verdadeira cada afirmativa é para você.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
<i>O quão verdadeiro isso é para você?</i>					
C1. Quando estou chateado, demoro bastante tempo para me acalmar.	0	1	2	3	4
C2. Sinto-me anestesiado ou emocionalmente desligado.	0	1	2	3	4
C3. Sinto-me um fracasso.	0	1	2	3	4
C4. Sinto-me sem valor.	0	1	2	3	4
C5. Sinto-me distante ou desconectado de outras pessoas.	0	1	2	3	4
C6. Acho difícil ficar emocionalmente próximo de outras pessoas.	0	1	2	3	4

No último mês, os problemas emocionais, as crenças sobre você mesmo e nos seus relacionamentos listados acima:

C7. Afetaram seus relacionamentos ou sua vida social?	0	1	2	3	4
C8. Afetaram seu trabalho ou sua capacidade de trabalhar?	0	1	2	3	4
C9. Afetaram qualquer outra parte importante da sua vida, como o cuidado com seus filhos, vida escolar ou acadêmica, ou outras atividades importantes?	0	1	2	3	4

Anexo 4 – Personality Functioning Inventory for DSM-5 – PFID-5

as pessoas costumam apresentar. Marque para cada afirmativa o número que melhor se aplica a você seguindo a legenda a seguir:

0 – Nunca verdadeiro | Nunca faço isso | Nunca sou assim

1 – Quase nunca verdadeiro | Quase nunca faço isso | Quase nunca sou assim

2 – Quase sempre verdadeiro | Quase sempre faço isso | Quase sempre sou assim

3 – Sempre verdadeiro | Sempre faço isso | Sempre sou assim

Algumas afirmativas podem falar sobre duas coisas, como por exemplo: “Eu gosto de cantar e dançar”. Nestes casos, utilize o maior número quando ambas as partes da afirmativa se aplicar a você.

Leia cada afirmativa e escolha o número que melhor descreve como você geralmente é.

1	Às vezes eu faço favores para as pessoas sem esperar nada em troca.	0	1	2	3
2	Algumas vezes reajo agressivamente (ex., gritando, xingando) quando discordam de mim.	0	1	2	3
3	Eu não suporto meus defeitos.	0	1	2	3
4	Sinto que minhas reações emocionais são adequadas.	0	1	2	3
5	Eu me comporto da forma que quero e não ligo se isso incomoda os outros.	0	1	2	3
6	As pessoas me dizem que eu sou insensível.	0	1	2	3
7	Quando estou sob fortes emoções eu não consigo pensar claramente.	0	1	2	3
8	Eu faço coisas que são consideradas imorais.	0	1	2	3
9	Eu sempre saio chateado de situações em grupo.	0	1	2	3
10	Eu nunca contei uma única mentira em toda a minha vida.	0	1	2	3
11	Conheço bem meus defeitos e minhas qualidades.	0	1	2	3
12	Por mais que eu me esforce, eu não consigo fazer amizades íntimas.	0	1	2	3
13	Eu não tenho esperança na vida.	0	1	2	3
14	Fico totalmente confuso quando tudo ao meu redor está agitado.	0	1	2	3
15	Quando estou com outras pessoas, eu geralmente consigo perceber como elas estão se sentindo.	0	1	2	3
16	Tudo o que eu faço não é suficiente para agradar os outros.	0	1	2	3
17	Tenho dificuldade para compreender as necessidades das pessoas.	0	1	2	3
18	Eu sinto mais sentimentos negativos do que positivos.	0	1	2	3

19	Não sou facilmente influenciado pelas situações ou pessoas.	0	1	2	3
20	Mostre que você está respondendo com atenção marcando a opção três.	0	1	2	3
21	Já me disseram que sou contraditório (ex., falo uma coisa e faço outra).	0	1	2	3
22	Eu tenho uma imagem positiva de mim mesmo.	0	1	2	3
23	Recentemente planejei uma hora e um lugar para me matar.	0	1	2	3
24	Tenho dificuldades de pensar em soluções para conflitos.	0	1	2	3
25	Eu me esforço para me tornar uma pessoa melhor a cada dia que passa.	0	1	2	3
26	Meus amigos sentem que podem contar comigo.	0	1	2	3
27	As pessoas dizem que sou muito severo comigo quando cometo um erro, mesmo que seja pequeno.	0	1	2	3
28	Eu não tenho amigos íntimos.	0	1	2	3
29	Quando começo alguma coisa eu me esforço para concluí-la.	0	1	2	3
30	Eu não sei lidar com fortes emoções.	0	1	2	3
31	Eu geralmente consigo entender a razão dos sentimentos (positivos e negativos) das pessoas.	0	1	2	3
32	Quando estou em um relacionamento amoroso, gosto de me sentir próximo da pessoa com quem estou me relacionando.	0	1	2	3
33	Tenho facilidade em perceber quando os outros estão incomodados.	0	1	2	3
34	Eu tenho valores morais.	0	1	2	3
35	Eu consigo avaliar meu comportamento e mudá-lo para me adequar às situações de forma satisfatória.	0	1	2	3
36	Gosto quando os outros compartilham suas experiências comigo.	0	1	2	3
37	Eu gosto de trabalhar em grupo.	0	1	2	3
38	Recentemente pensei em uma forma de me matar.	0	1	2	3
39	Sinto prazer em cooperar com as pessoas.	0	1	2	3
40	Mostre que você está respondendo com atenção marcando a opção zero.	0	1	2	3
41	Estou bebendo bebidas alcoólicas de forma inadequada.	0	1	2	3
42	Sou uma pessoa sem valor.	0	1	2	3

43	Sinto um vazio interior.	0	1	2	3
44	Tenho várias amizades de longa data.	0	1	2	3
45	Sei quem eu realmente sou.	0	1	2	3
46	As pessoas estão sempre tentando me usar.	0	1	2	3
47	Não consigo imaginar o que as pessoas, nem mesmo as mais próximas, pensam sobre mim.	0	1	2	3
48	Eu já tentei suicídio.	0	1	2	3
49	Eu gosto de compartilhar experiências com as pessoas.	0	1	2	3
50	Eu nunca senti medo de nada em toda a minha vida.	0	1	2	3
51	Tenho ideias claras e bem formadas sobre as coisas.	0	1	2	3
52	Sou instável emocionalmente.	0	1	2	3
53	Se uma pessoa precisa de mim e ela não tem nada para me oferecer em troca, eu não a ajudo.	0	1	2	3
54	Eu tento, mas não consigo parar de beber bebidas alcoólicas.	0	1	2	3
55	Sinto que sou uma pessoa sem rumo (direção) na vida.	0	1	2	3
56	Sei bem como minha mente funciona.	0	1	2	3
57	Sinto que realmente sou mais importante que muitas outras pessoas.	0	1	2	3
58	Não consigo entender por que as pessoas teimam em não concordar com minhas ideias.	0	1	2	3
59	Fico confuso com a reação das pessoas às minhas atitudes.	0	1	2	3
60	Eu me preocupo com a forma que eu me comporto, porque sei que algumas atitudes podem machucar os outros.	0	1	2	3
61	Ninguém jamais se interessaria por mim.	0	1	2	3
62	Já me disseram que sou muito teimoso.	0	1	2	3
63	Eu tento, mas não consigo entender os meus comportamentos.	0	1	2	3
64	Sou uma pessoa que nunca sabe exatamente o que quer da vida.	0	1	2	3
65	Eu não consigo entender por que as pessoas se irritam com algumas atitudes minhas.	0	1	2	3
66	Sou capaz de estabelecer relações próximas.	0	1	2	3

67	Eu não consigo parar de usar drogas.	0	1	2	3
68	Quando olho para minha história, consigo perceber como fui me desenvolvendo até chegar a pessoa que sou hoje.	0	1	2	3
69	Acho que sou uma pessoa interessante	0	1	2	3
70	Eu nunca consegui fazer poupança porque eu doo todo o meu dinheiro aos pobres.	0	1	2	3
71	Eu costumo me colocar no lugar do outro (ser empático).	0	1	2	3
72	Frequentemente deixo meu lazer, família e amigos de lado para alcançar todos os meus objetivos com extrema perfeição.	0	1	2	3
73	Meus relacionamentos amorosos são duradouros.	0	1	2	3
74	Minhas amizades não costumam durar.	0	1	2	3
75	Eu me esforço para ser a pessoa que eu desejo ser e isso me deixa feliz.	0	1	2	3
76	Eu consigo identificar claramente meus sentimentos.	0	1	2	3
77	Não me sinto satisfeito com nada do que eu faço.	0	1	2	3
78	Quando os meus relacionamentos começam a ficar íntimos, eles acabam.	0	1	2	3
79	Não consigo entender por que faço certas coisas.	0	1	2	3
80	Mostre que você está respondendo com atenção marcando a opção um.	0	1	2	3
81	Meus objetivos de vida estão sempre mudando.	0	1	2	3
82	As pessoas dizem que eu exijo demais de mim mesmo.	0	1	2	3
83	Tenho dificuldade em estabelecer intimidade em meus relacionamentos amorosos.	0	1	2	3
84	Eu ajo de forma tão diferente em determinadas situações que chego a não me reconhecer.	0	1	2	3
85	Tenho dificuldade em avaliar o que as pessoas sentem por mim.	0	1	2	3
86	Eu tenho amigos íntimos.	0	1	2	3
87	Sou capaz de ouvir, de maneira tranquila, ideias que são contrárias às minhas.	0	1	2	3
88	Mesmo quando estou nervoso, eu penso bem nas minhas atitudes, pois sei que elas podem ferir os outros.	0	1	2	3
89	Eu gostaria de ser uma pessoa totalmente diferente de quem sou.	0	1	2	3
90	Faço o que quero e na hora que quero, sem me preocupar com as consequências dos meus atos sobre as outras pessoas.	0	1	2	3

91	Eu consigo estabelecer bons vínculos com as pessoas.	0	1	2	3
92	Eu tenho facilidade para me autoanalisar e entender o que se passa comigo.	0	1	2	3
93	Tenho dificuldades para controlar minhas emoções.	0	1	2	3
94	Não gosto de trabalhar em grupo, porque todo mundo só quer tirar vantagens.	0	1	2	3
95	Sei bem o que quero da vida.	0	1	2	3
96	Não tolero que os outros discordem de mim.	0	1	2	3
97	Eu costumo iniciar atividades, mas logo desisto.	0	1	2	3
98	Reconheço que uso as minhas relações somente para satisfazer as minhas necessidades.	0	1	2	3
99	Minhas relações amorosas/sexuais não costumam durar.	0	1	2	3
100	Mostre que você está respondendo com atenção marcando a opção três.	0	1	2	3
101	Eu não gosto de falar de mim para as pessoas, pois sinto que elas podem se voltar contra mim.	0	1	2	3
102	Eu sempre me surpreendo com os comportamentos das pessoas, mesmo daquelas mais próximas.	0	1	2	3
103	Tenho usado muita droga ultimamente.	0	1	2	3
104	Não importa o que eu faça; as pessoas sempre ficarão desapontadas comigo.	0	1	2	3
105	As pessoas me dizem que eu me vejo de uma forma mais negativa do que eu realmente sou.	0	1	2	3
106	Tenho consciência dos efeitos que as minhas atitudes têm sobre os outros.	0	1	2	3
107	Sou uma pessoa coerente.	0	1	2	3
108	Eu geralmente me perco no que estou pensando ou sentindo.	0	1	2	3
109	Não consigo entender o que se passa dentro de mim.	0	1	2	3
110	Eu nunca senti raiva contra nada nem ninguém em toda a minha vida.	0	1	2	3
111	Quando alguém expressa uma ideia forte sobre um assunto, eu fico confuso acerca da minha própria opinião.	0	1	2	3
112	Eu não tenho vontade de ter intimidade com as pessoas.	0	1	2	3
113	Eu sinto ódio de mim mesmo.	0	1	2	3
114	Eu prefiro estar só a ter que me relacionar com outras pessoas.	0	1	2	3

115	Fico entediado quando tenho que ouvir as ideias dos outros.	0	1	2	3
116	Não tenho paciência para discutir com pessoas que têm ideias diferentes das minhas.	0	1	2	3
117	Não me incomoda que as pessoas tenham opiniões diferentes das minhas.	0	1	2	3
118	Eu consigo me acalmar depois de uma situação estressante.	0	1	2	3
119	Recentemente falei para alguém que estou pensando em me matar.	0	1	2	3
120	Tenho pensado que seria melhor estar morto.	0	1	2	3
121	Acho que as pessoas, no geral, são muito confusas.	0	1	2	3
122	Eu respeito as ideias dos outros, mesmo quando elas são diferentes das minhas.	0	1	2	3
123	Sou satisfeito com meu jeito de ser.	0	1	2	3
124	Eu me aceito do jeito que sou.	0	1	2	3
125	Lido bem com minhas emoções em situações de conflito.	0	1	2	3
126	Eu gosto de estar próximo dos meus amigos.	0	1	2	3
127	Estou feliz com os resultados de meus esforços para levar uma vida digna.	0	1	2	3
128	Tenho muita dificuldade em saber quem eu realmente sou.	0	1	2	3
129	O estado emocional das pessoas me afeta profundamente a ponto de me desestabilizar.	0	1	2	3
130	Eu nunca cometi uma trapaça em toda minha vida, nem mesmo em brincadeiras de criança.	0	1	2	3
131	As pessoas já me disseram que eu faço planos e metas irrealistas.	0	1	2	3
132	Sinto que minhas relações sempre se mantêm em níveis superficiais.	0	1	2	3
133	Sinto-me satisfeito com minha vida emocional.	0	1	2	3
134	A forma como as pessoas reagem aos meus comportamentos não faz sentido algum.	0	1	2	3
135	Sinto que posso contar com meus amigos.	0	1	2	3
136	Meus relacionamentos são um fracasso.	0	1	2	3
137	Eu me dedico em alcançar meus objetivos.	0	1	2	3
138	Eu não quero ser íntimo do meu parceiro sexual.	0	1	2	3

139	Fico muito irritado quando os outros discordam do meu ponto de vista.	0	1	2	3
140	Mostre que você está respondendo com atenção marcando a opção dois.	0	1	2	3
141	Sou muito sentimental, qualquer coisa me faz sofrer.	0	1	2	3
142	Quando alguém discorda de alguma ideia minha, eu busco conhecer o ponto de vista dessa pessoa.	0	1	2	3
143	Eu me comporto de acordo com os princípios éticos e morais da sociedade.	0	1	2	3
144	Meus relacionamentos, na sua maioria, são instáveis.	0	1	2	3
145	Tenho planos na minha vida.	0	1	2	3
146	Eu fico irritado facilmente.	0	1	2	3
147	Eu li todos os itens cuidadosamente deste questionário.	0	1	2	3
148	Eu dei o meu melhor neste questionário.	0	1	2	3
149	Eu fui sincero nas minhas respostas.	0	1	2	3
150	Eu respondi esse questionário com bastante atenção.	0	1	2	3

Anexo 5 – Life Orientation Test – Revised (LOT-R)

Instruções

Abaixo você encontrará 10 frases. Assinale na escala o quanto você concorda ou discorda com cada uma delas. A escala varia de 1 (Discordo Plenamente) a 5 (Concordo Plenamente). Não há respostas certas ou erradas. O importante é você responder com sinceridade como se sente com relação a cada uma das frases.

1	Diante de dificuldade, acho que tudo vai dar certo. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
2	Para mim é fácil relaxar. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
3	Se alguma coisa pode dar errado comigo, com certeza vai dar errado. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
4	Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
5	Eu gosto muito dos meus amigos. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
6	Eu considero importante me manter ocupado. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
7	Em geral, eu não espero que as coisas vão dar certo para mim. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
8	Eu não me incomodo com facilidade. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
9	Eu não espero que coisas boas aconteçam comigo. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente
10	Em geral, eu espero que aconteçam mais coisas boas do que ruins para mim. Discordo Plenamente 1 2 3 4 5 Concordo Plenamente

Anexo 6 – Adult Dispositional Hope Scale (ADHS)

Instruções

Leia com atenção e circule a opção que você acha a mais adequada.

1	Eu posso pensar em várias formas de lidar com situações difíceis. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira
2	Eu me esforço para atingir meus objetivos. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira
3	Eu me sinto cansado a maior parte do tempo. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira
4	Existem sempre muitas formas de resolver os problemas. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira
5	Eu sou facilmente derrotado em discussões. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira
6	Eu posso pensar em muitas formas de conseguir as coisas que são muito importantes para a minha vida. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira
7	Eu me preocupo com a minha saúde. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira
8	Mesmo quando os outros desistem, eu sei que posso encontrar alguma forma de resolver os problemas. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira
9	Minhas experiências no passado me prepararam bem para enfrentar o futuro. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira
10	Eu tenho tido muito sucesso na vida. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira
11	Frequentemente eu fico me preocupando com alguma coisa. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira
12	Eu atinjo os objetivos que estabeleço para mim. Totalmente Falsa 1 2 3 4 5 Totalmente Verdadeira

Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Relação entre perspectiva positiva de futuro e funcionamento da personalidade com sintomas de transtorno de estresse pós-traumático”, de responsabilidade de Flávia Ulhôa Pimentel, mestranda do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é examinar a influência da esperança, do otimismo e do nível de funcionamento da personalidade sobre a gravidade de sintomas de TEPT por meio de modelos multivariados. Assim, gostaríamos de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Antes de você decidir aceitar participar dessa pesquisa, é importante que você leia com atenção as informações abaixo.

Você poderá obter esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa (início, durante e após a finalização) por meio do e-mail: pesquisatept@gmail.com. Lhe asseguramos que o seu nome não será divulgado (você sequer precisará informá-lo), sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, a saber, suas respostas aos questionários, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa em local seguro.

A coleta de dados será realizada por meio de questionários eletrônicos nessa plataforma online. Os questionários têm questões sobre aspectos de sua personalidade e saúde e gostaríamos que você os respondesse de forma honesta e sincera. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa implica em risco mínimo, como ter que dispor de cerca de 45 minutos para responder aos questionários, além de poder apresentar cansaço ou algum desconforto ao longo dos questionários. Para tanto, lembramos que você pode interromper a participação a qualquer momento, assim como contatar a pesquisadora para dúvidas por meio do e-mail pesquisatept@gmail.com. Além disso, você precisa estar ciente que, desde que essa pesquisa é online, há sempre o risco de agentes externos, como por exemplo hackers, e assim a possibilidade de ser identificado/a. Contudo, nós fazemos de tudo para garantir que isso não acontecerá por meio do uso de um servidor seguro e por manter seus dados criptografados. Nós garantimos que os dados serão mantidos e guardados seguramente.

Espera-se com esta pesquisa disponibilizar um instrumento que seja válido e preciso para estimar os sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático para uso no Brasil, bem como aumentar o conhecimento sobre o transtorno em nosso país. Além disso, você poderá se beneficiar diretamente dessa pesquisa ao poder refletir e auto avaliar suas características de personalidade e saúde ao responder os questionários.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode nos contatar através do e-mail pesquisatept@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados de participação individual no estudo serão devolvidos aos participantes por meio do relatório de desempenho. Os resultados do estudo serão publicados na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br.

Clique no botão abaixo caso você decida participar dessa pesquisa e você será direcionado para o primeiro questionário. Caso você não concorde em participar dessa pesquisa, basta você fechar essa janela.

Anexo 8 – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores Psicológicos de Proteção e de Risco para a Gravidade de Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Otimismo, Esperança e Funcionamento da Personalidade

Pesquisador: FLAVIA ULHOA PIMENTEL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24684919.5.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia -UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.749.245

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa tem como objetivo verificar a influência de fatores psicológicos positivos (otimismo e esperança) e deficitários (funcionamento da personalidade) sobre a gravidade de manifestação de sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Para tanto, serão conduzido estudo com objetivo de verificar a associação do otimismo, da esperança e do funcionamento da personalidade com o nível de gravidade de sintomas de TEPT. Os participantes do estudo serão adultos (acima de 18 anos) recrutados de forma online através de divulgação em sites de amplo acesso (amostragem snowball), sem identificação nominal. Os participantes responderão um questionário sociodemográfico e para a identificação de sintomas de TEPT serão aplicados o Questionário de Trauma (TraumaQ) e Módulo de TEPT da Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI TEPT: adaptada para formato de autorrelato). Para identificação de fatores psicológicos positivos, a saber, otimismo e esperança, serão aplicados o Life Orientation Test – Revised (LOT-R) e o Adult Dispositional Hope Scale (ADHS), respectivamente. A estimação do fator psicológico de risco será feita com base no Personality Functioning Inventory for DSM-5 (PFID-5), que avalia as dimensões centrais da patologia da personalidade. A hipótese é que pessoas com problemas na integração da identidade, com falhas na capacidade de estabelecer objetivos significativos de vida, com déficits na empatia e com distúrbios na construção de relações de intimidade são mais vulneráveis a apresentar sintomas de

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

Continuação do Parecer: 3.749.245

TEPT do que pessoas com um adequado funcionamento da personalidade.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a influência de fatores psicológicos positivos (otimismo e esperança) e deficitários (funcionamento da personalidade) sobre a gravidade de manifestação de sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios muito bem avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito bem estruturada. Destaca-se a observância aos riscos e benefícios, raramente tão bem descritos nesse Comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados conforme Resoluções 466/2012 e 510/2016.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1457386.pdf	23/10/2019 13:04:28		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rostoassinada.pdf	23/10/2019 12:59:12	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito
Outros	Carta_Revisao_Etica_CEP_CHS.pdf	23/10/2019 12:58:04	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Flavia.pdf	23/10/2019 12:57:21	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito
Orçamento	Projeto_CEP_Orcamento.pdf	22/10/2019 06:54:11	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Justificativa_Para_Nao_Apresentacao_de_Aceite_Institucional.pdf	22/10/2019 06:50:17	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito
Cronograma	Projeto_CEP_Flavia_Cronograma.pdf	21/10/2019 22:42:06	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Projeto_CEP_Flavia_TCLE.pdf	21/10/2019 22:41:51	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.749.245

Justificativa de Ausência	Projeto_CEP_Flavia_TCLE.pdf	21/10/2019 22:41:51	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito
Outros	Projeto_CEP_Flavia_Instrumentos.pdf	21/10/2019 22:38:44	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito
Outros	Projeto_CEP_Flavia_Carta_de_encamin hamento.pdf	21/10/2019 22:31:56	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito
Outros	Lattes_Sergio_Eduardo_Silva_de_Olivei ra.pdf	21/10/2019 22:27:01	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito
Outros	Lattes_Flavia_Pimentel.pdf	21/10/2019 22:24:47	FLAVIA ULHOA PIMENTEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 06 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Luclana Stolmenoff Brito
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

Página 03 de 03