

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: COGNIÇÃO HUMANA

LUIZIANA SOUTO SCHAEFER

**AVALIAÇÃO DE REAÇÕES PÓS-TRAUMÁTICAS
EM BANCÁRIOS VÍTIMAS DE ATAQUES A BANCOS**

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen
Orientador

Porto Alegre
2011

**Dados Internacionais de
Catalogação na Publicação (CIP)**

S294a Schaefer, Luiziana Souto

Avaliação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos / Luiziana Souto Schaefer. – Porto Alegre, 2011.

124 f.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Pós-Graduação Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Christian Haag Kristensen.

1. Psicologia Cognitiva. 2. Traumas Psicológicos. 3. Saúde Ocupacional. 4. Depressão. 5. Ansiedade. 6. Estresse (Psicologia). I. Kristensen, Christian Haag. II. Título.

CDD 157.7

Bibliotecário Responsável

Ginamara Lima Jacques Pinto
CRB 10/1204

LUIZIANA SOUTO SCHAEFER

**AVALIAÇÃO DE REAÇÕES PÓS-TRAUMÁTICAS
EM BANCÁRIOS VÍTIMAS DE ATAQUES A BANCOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia/Cognição Humana.

Orientador: Prof. Dr. Christian Haag Kristensen

Porto Alegre

2011

LUIZIANA SOUTO SCHAEFER

**AVALIAÇÃO DE REAÇÕES PÓS-TRAUMÁTICAS
EM BANCÁRIOS VÍTIMAS DE ATAQUES A BANCOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia/Cognição Humana.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen (Presidente)

Profa. Dra. Caroline Tozzi Reppold (UFCSPA)

Profa. Dra. Mayte Raya Amazarray (ULBRA)

Profa. Dra. Sonia Liane Reichert Rovinski (FARGS)

Agradecimentos

Ao longo da realização deste trabalho, obtive o apoio de muitas pessoas especiais sem as quais não teria alcançado este resultado. Portanto, gostaria de deixar registrado meus sinceros agradecimentos e admiração a cada um de vocês que tanto contribuíram para a minha formação pessoal e profissional.

Inicialmente, gostaria de agradecer ao meu orientador, Prof. Dr. Christian Haag Kristensen, pelo qual tenho profunda admiração e carinho, fonte de suporte intelectual e emocional desde os primeiros dias em que trabalhamos juntos.

Aos auxiliares de pesquisa do grupo “Cognição, Emoção e Comportamento”, Beatriz Lobo, Alice Brunnet, Ninna Mônico, Marcelo Rigoli, Alice Justo e Antonieta Lopes, por estarem sempre prontamente dispostos a ajudar e por me tranquilizarem nos momentos em que tudo parecia tão difícil. Agradecimento especial à querida Bia, companheira em todos os momentos da realização deste trabalho. Aos colegas, Andreia Schneider, Cibila Vieira, Cristiane Ribeiro, Letícia Medeiros, Patricia Mello, Fernando Elias José e Vinicius Dornelles, pela colaboração em diferentes etapas da pesquisa.

Às colegas Fernanda Busnello e Gabriela Sbardelloto, pela confiança e por me mostrarem caminhos diversos, compartilhando experiências e tornando a minha trajetória mais previsível e menos temerosa.

Ao meu amor, Leonardo Barreto, por todo apoio, carinho, paciência, incentivo e, principalmente, por todo este amor incondicional e conforto que me é dedicado diariamente. Você é tudo para mim!

À querida Aline Duarte, meu modelo de pessoa e profissional, sempre me ensinando a ser mais tolerante comigo mesma e com os outros, tornando a minha vida mais leve e alegre.

Aos meus pais, Ana Maria e Luiz Schaefer, que abriram mão de muitas coisas em suas vidas por sempre priorizarem minha formação pessoal e acadêmica. Muito obrigada por confiarem e me incentivarem a sempre fazer mais e melhor!

Ao meu irmão amado, Alessandro Schaefer, pelo companheirismo e paciência desde sempre e por estar continuamente disposto a ensinar e aprender.

A todos os meus queridos amigos, colegas e familiares, que alegraram meu dia-a-dia e facilitaram a minha vida. Vocês são um presente para mim!

À professora Graciela Inchausti de Jou e às colegas Bruna Amaral e Carolina Pavan, pela amizade e ensinamentos. Foi com vocês que tudo começou...

Às professoras Caroline Reppold, Mayte Amazarray e Sonia Rovinski, que gentilmente aceitaram fazer parte da banca examinadora desta dissertação de mestrado. Certamente, as suas contribuições farão diferença para o meu crescimento profissional.

Ao SindBancários, pela parceria e por acreditarem no nosso trabalho. Agradeço especialmente à Jaceia, Mayte, Lourdes, Marisa, Ana, Sinara e Milton, que trabalharam diretamente conosco na divulgação do projeto.

Às agências bancárias que abriram suas portas e, em especial, aos bancários que participaram deste estudo, compartilhando e enfrentando com coragem suas experiências mais dolorosas.

A todos os professores, funcionários, secretários e bibliotecários da PUCRS que prontamente exerceram suas atribuições com excelência e foram essenciais para que este trabalho fosse concluído.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo incentivo à pesquisa, investimento em capacitação técnica e pela concessão da bolsa de mestrado.

Este trabalho é fruto do empenho de todos nós e, por isso, gostaria de dedicá-lo e compartilhá-lo com vocês! Muito obrigada!

Resumo

Esta dissertação é composta de três estudos, sendo dois teóricos e um empírico, apresentados na forma de artigos. O objetivo geral do trabalho foi investigar a manifestação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos. O primeiro artigo teórico apresentou uma discussão acerca do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) decorrente de acidente de trabalho, incluindo critérios diagnósticos e as principais repercussões clínicas, socioeconômicas e jurídicas desencadeadas em virtude do transtorno. O segundo artigo consiste em uma revisão teórica sobre as possíveis consequências psicológicas para as vítimas que experienciam um trauma, além de apresentar sugestões sobre métodos e instrumentos para a avaliação de reações pós-traumáticas em adultos. O artigo empírico caracteriza-se como uma pesquisa descritiva quanto aos seus objetivos, com um delineamento do tipo *ex-post facto* e teve como objetivo geral investigar a manifestação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos. Constatou-se que grande parte dos bancários apresentou sintomatologia pós-traumática significativa, com predomínio de sintomas de excitabilidade aumentada, bem como níveis expressivos de ansiedade e depressão. De forma geral, esses resultados apontam para a insegurança que acompanha a rotina dos bancários, a qual desempenha um papel na manifestação sintomática, bem como no processamento cognitivo e nas estratégias de *coping* desses trabalhadores.

Palavras-chave: transtornos de estresse pós-traumáticos; avaliação; ansiedade; depressão; saúde do trabalhador.

Abstract

This essay consists of three studies, two theoretical and one empirical. The aim of this study was to investigate the manifestation of post-traumatic reactions in victims of bank attacks. The first article presented a theoretical discussion about Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) resulting from occupational accident, including diagnostic criteria and psychological, socioeconomic, and legal implications of the disorder. The second paper is a theoretical review of the psychological consequences for victims who experienced a trauma, with suggestions on methods and tools for assessing post-traumatic reactions in adults. The empirical article was a descriptive study, with *ex-post facto* design and aimed to investigate the manifestation of post-traumatic reactions in bank employees who experienced bank attacks. It was found that most of bank employees had significant post-traumatic symptoms, with prevalence of hyperarousal symptoms, as well as significant levels of anxiety and depression. Overall, these outcomes point to the unsafeness that accompanies the routine of bank employees, which plays a role in symptomatic manifestation, as well as cognitive processing and coping strategies.

Keywords: post-traumatic stress disorders; evaluation; anxiety; depression; occupational health.

Sumário

Lista de Tabelas	9
Número da Área do CNPq.....	10
Introdução.....	11
Seção Teórica 1: Transtorno de Estresse Pós-Traumático decorrente de acidente de trabalho: Implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas.....	15
Seção Teórica 2: Reações pós-traumáticas em adultos: Como, por que e quais aspectos avaliar?.....	39
Seção Empírica: Avaliação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos	75
Considerações Finais	108
Anexos.....	112
Anexo A.....	113
Anexo B.....	122
Anexo C.....	123
Anexo D.....	124

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Exemplos de Instrumentos</i>	59
Tabela 2. <i>Eventos Estressores Traumáticos</i>	85
Tabela 3. <i>Sintomas Pós-traumáticos, de Ansiedade e de Depressão</i>	87
Tabela 4. <i>Cognições Pós-traumáticas</i>	89
Tabela 5. <i>Correlações entre Cognições e Sintomas Pós-traumáticos</i>	89

Número da Área do CNPq

7.07.00.00-1 Psicologia

7.07.01.00-8 Fundamentos e medidas da psicologia

7.07.06.00-0 Psicologia Cognitiva

Introdução

A presente dissertação de mestrado integra um projeto de pesquisa desenvolvido na PUCRS e intitulado “Uso de Realidade Virtual no Tratamento Cognitivo-Comportamental do Transtorno de Estresse Pós-Traumático”. Este estudo está sendo realizado pelo Grupo de Pesquisa “Cognição, Emoção e Comportamento”, coordenado pelo Prof. Dr. Christian Haag Kristensen.

As altas taxas de exposição a eventos traumáticos são consideradas fenômenos mundiais que perpassam fronteiras nacionais, geográficas, culturais e étnicas (Keane, Brief, Pratt, & Miller, 2006). Especificamente no ambiente de trabalho, os acidentes experienciados são considerados como um fator importante para o desenvolvimento do estresse, abarcando qualquer tipo de acidente que ocorra pelo exercício do trabalho e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente. Essa lesão ou perturbação pode provocar morte, perda ou redução da capacidade para o trabalho (Brasil, 1991).

Entre as possíveis consequências dos acidentes de trabalho, ressalta-se que, embora os prejuízos físicos sejam mais facilmente percebidos, sintomas e transtornos psiquiátricos têm sido cada vez mais observados (Ministério da Saúde do Brasil, 2001). Em virtude disso, percebe-se um interesse crescente no entendimento do impacto do trauma no funcionamento psíquico, visto que a exposição a uma situação traumática vulnerabiliza o indivíduo ao desenvolvimento de diferentes psicopatologias, entre as quais o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é a mais prevalente (Breslau, Peterson, & Schultz, 2008; Keane, Marshall, & Taft, 2006; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Entretanto, outras reações e/ou transtornos podem ser desencadeados após um trauma, contribuindo, inclusive, para o desenvolvimento, a manutenção ou a exacerbação dos sintomas do TEPT (Follette & Naugle, 2006).

O TEPT é um dos transtornos mais comuns e que causa mais prejuízos para os trabalhadores, com um grande impacto para a sua qualidade de vida (Bucasio et al., 2005; Miller, 2001; Wagner, Heinrichs, & Ehler, 1998; World Health Organization, 1998). No *DSM-IV-TR* (APA, 2002), o TEPT é definido como um transtorno de ansiedade cujos sintomas envolvem revivência contínua da situação traumática, evitação e entorpecimento e excitabilidade aumentada.

Apesar da gama de estudos encontrados na literatura internacional, o Brasil ainda carece de pesquisas que abordem reações pós-traumáticas em populações específicas. Dessa maneira, o presente estudo teve como objetivo geral investigar a manifestação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos. Especificamente, buscou-se verificar a intensidade e a frequência dos sintomas pós-traumáticos, de depressão e de ansiedade, identificar diagnósticos psiquiátricos, investigar cognições pós-traumáticas, identificar experiências traumáticas e averiguar estratégias de *coping* utilizadas para lidar com o evento traumático.

Portanto, a fim de contemplar as especificidades do tema em questão, esta dissertação é composta de três estudos, sendo dois teóricos e um empírico, apresentados na forma de artigos. O artigo teórico intitulado “Transtorno de Estresse Pós-Traumático decorrente de acidente de trabalho: Implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas” apresenta uma discussão acerca do TEPT nos contextos do trabalho, incluindo critérios diagnósticos e as principais repercussões clínicas, socioeconômicas e jurídicas desencadeadas em virtude do transtorno.

O segundo artigo teórico denominado “Reações pós-traumáticas em adultos: Como, por que e quais aspectos avaliar?” consiste em uma revisão sobre as possíveis consequências psicológicas para as vítimas que experienciam um trauma, bem como os fatores de risco para o TEPT e as principais comorbidades comumente associadas. Por fim, foram apresentadas sugestões sobre métodos e instrumentos para a avaliação de reações pós-traumáticas em adultos.

O artigo empírico intitulado “Avaliação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos” aborda os principais resultados encontrados nas avaliações realizadas com os bancários vítimas de ataques a bancos, população-alvo deste estudo. Nesse artigo, são incluídos os achados referentes à sintomatologia e cognições pós-traumáticas, diagnósticos psiquiátricos, estratégias de *coping*, experiências traumáticas, entre outros. Os resultados obtidos são confrontados com estudos prévios, abrangendo os achados semelhantes e os controversos.

Nas considerações finais desta dissertação, descreve-se, de maneira geral, os principais resultados dos estudos realizados. Ainda, ressalta-se para a importância de estratégias de prevenção primária e secundária, a fim de que as consequências decorrentes da vivência de situações traumáticas no ambiente de trabalho possam ser menos danosas para os trabalhadores.

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. (1991). Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da Previdência da República do Brasil*. Brasília.
- Breslau, N., Peterson, L. E., & Schultz, L. R. (2008). Second look at prior trauma and the Posttraumatic Stress Disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, *65*, 431-437.
- Bucasio, E., Vieira, I., Berger, W., Martins, D., Souza, C., Maia, D., et al. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: Relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *27*, 86-89.
- Follette, W. C., & Naugle, A. E. (2006). Functional analytic clinical assessment in trauma treatment. In: V. C. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 17-33). New York: Guilford Press.
- Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M. W. (2006). Assessment of PTSD and its comorbidities in adults. In: M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 279-305). New York: Guilford Press.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, *2*, 161-197.
- 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*, 1048-1060.
- Miller, L. (2001). Workplace violence and psychological trauma: Clinical disability, legal liability, and corporate policy. Part I. *Neurolaw Letter*, *11*, 1-5.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2001). Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil.
- Wagner, D., Heinrichs, M., & Ehler, U. (1998). Prevalence of symptoms of

posttraumatic stress disorder in german professional firefigthers. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1727-1732.

World Health Organization. (1998). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Edición española. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Seção Teórica 1: Transtorno de Estresse Pós-Traumático decorrente de acidente de trabalho: Implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas

**Transtorno de Estresse Pós-Traumático decorrente de acidente de trabalho:
Implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas**

Resumo

Entre as possíveis consequências dos acidentes de trabalho, ressalta-se que, embora os prejuízos físicos sejam mais facilmente percebidos, sintomas e transtornos psiquiátricos têm sido cada vez mais observados. Nesse contexto, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma das psicopatologias mais comuns, causando prejuízos para os trabalhadores e tendo grande impacto na sua qualidade de vida. O objetivo deste artigo foi apresentar uma revisão não sistemática da literatura sobre o TEPT decorrente de acidente de trabalho, bem como revisar as implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas desencadeadas pelo transtorno. A partir da revisão da literatura apresentada, fica evidente a repercussão do TEPT para a vida do indivíduo, com prejuízos significativos nas relações familiares, sociais e, sobretudo, no ambiente de trabalho. Finalmente, a discussão sobre o TEPT no contexto do trabalho suscita para a consideração em torno de diferentes eixos: prevenção, avaliação, tratamento e ressarcimento acerca dos prejuízos causados.

Palavras-chave: transtornos de estresse pós-traumáticos; acidentes de trabalho; saúde do trabalhador.

Posttraumatic Stress Disorder resulting from occupational accident: Psychological, socioeconomic, and legal implications

Abstract

Among the possible consequences of occupational accidents, it is emphasized that although the physical sequelae are more easily perceived, psychiatric symptoms and disorders have been increasingly observed. In this context, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is one of the most common, causing injuries to workers and having great impact on their quality of life. The aim of this paper was to present a non-systematic review of PTSD resulting from occupational accidents as well as review psychological, socioeconomic and legal consequences triggered by the disorder. From the review of the literature presented, it is evident the impact of PTSD for the individual's life, with significant losses in their relationships and in the workplace. Finally, the discussion about PTSD in the work environment raises for consideration around different axes: prevention, assessment, treatment and compensation.

Keywords: post-traumatic stress disorders; occupational accidents; occupational health.

Introdução

Durante os séculos XVIII e XIX, ocorreram transformações socioeconômicas cruciais na sociedade devido ao advento da Revolução Industrial, trazendo repercussões significativas ao ambiente de trabalho e à saúde das pessoas, sobretudo dos trabalhadores. Nesse período, o aumento da produção foi priorizado em detrimento das condições de trabalho e da saúde dos trabalhadores, submetidos, frequentemente, a um processo de produção acelerado e desumano (Mendes & Dias, 1991; Murofuse & Marziale, 2001; Seligmann-Silva, 1997). Infelizmente, esta postura ainda é observada atualmente nos ambientes organizacionais, visto que a maioria dos empregadores demonstra interesse na promoção da saúde apenas quando esta interfere na produtividade dos trabalhadores e, conseqüentemente, impacta negativamente os rendimentos da organização.

Além disso, é frequente a ocorrência de acidentes de trabalho no ambiente organizacional. Tais experiências são consideradas um fator importante para o desenvolvimento do estresse e incluem qualquer tipo de acidente que ocorra pelo exercício do trabalho e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente. Essa lesão ou perturbação pode provocar morte, perda ou redução da capacidade para o trabalho (Brasil, 1991).

Entre as possíveis conseqüências dos acidentes de trabalho, ressalta-se que, embora os prejuízos físicos sejam mais facilmente percebidos, sintomas e transtornos psiquiátricos têm sido cada vez mais observados (Ministério da Saúde do Brasil, 2001). Nesse contexto, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma das psicopatologias mais comuns e que causa mais prejuízos para os trabalhadores, com um grande impacto na sua qualidade de vida (Bucasio et al., 2005; Miller, 2001; Wagner, Heinrichs, & Ehlert, 1998; World Health Organization, 1998). Embora haja categorias profissionais mais suscetíveis a desenvolver o TEPT, como bancários, policiais, enfermeiros, bombeiros, entre outros, o transtorno não se restringe a esses profissionais, podendo acometer qualquer trabalhador, tendo em vista que a ocorrência de situações traumáticas não é um fato incomum no ambiente organizacional (MacDonald, Colotla, Flamer, & Karlinsky, 2003). Este artigo teve como principal objetivo apresentar uma revisão não sistemática da literatura sobre o TEPT decorrente de acidente de trabalho, bem como as implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas desencadeadas pelo transtorno.

Acidente de Trabalho

São inúmeras as situações vivenciadas durante a jornada de trabalho que podem ser consideradas traumáticas e, conseqüentemente, impactarem a saúde física e mental das vítimas. Entre essas situações, denominadas de acidentes de trabalho, incluem-se: explosões, queimaduras, choques elétricos, assaltos, agressões, acidentes industriais, amputação de membros, entre outras (Foa, Keane, & Friedman, 2000; MacDonald et al., 2003).

Conforme a Lei 8.213 de 24 de julho de 1991, artigo 19 (Brasil, 1991), “acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho”, sendo responsabilidade do empregador a “adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança do trabalhador”. Ainda, equiparam-se a acidente de trabalho: o acidente relacionado ao trabalho que haja contribuído diretamente para a ocorrência da lesão, embora não tenha sido a causa única; o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa; certos acidentes sofridos pelo segurado no local e no horário de trabalho, como atos de agressão, sabotagem, terrorismo, ofensa física intencional, desabamento, incêndio, entre outros (Brasil, 1991).

Segundo o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho de 2008 (Ministério do Trabalho e Emprego & Ministério da Previdência Social, 2009), foram registrados, naquele ano, 747.663 acidentes de trabalho no Brasil, entre os trabalhadores segurados da Previdência Social, com uma taxa de incidência de 22,94. A maior taxa de incidência constatada foi no estado de Santa Catarina (28,04 em 2007 e 31,78 em 2008), seguido por Alagoas (29,82 em 2007 e 31,72 em 2008) e Rio Grande do Sul (26,36 em 2007 e 29,48 em 2008). É importante ressaltar que, no ano de 2008, 202.395 trabalhadores não tiveram a Comunicação de Acidente de Trabalho (C.A.T.) registrada (Ministério do Trabalho e Emprego & Ministério da Previdência Social, 2008; 2009). Os dados também permitem observar que, no Brasil, em 2007, houve uma média de 31 trabalhadores/dia que não retornaram mais ao trabalho por invalidez ou morte. Além disso, a cada três horas, ocorreu cerca de uma morte no ambiente de trabalho e, ainda, cerca de 75 acidentes e doenças do trabalho a cada uma hora na jornada diária (Ministério da Previdência Social, 2010).

Em estudo realizado através do banco de dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) de Porto Alegre (RS), os transtornos mentais apareceram como a segunda causa mais frequente de afastamento do trabalho (Boff, Leite, & Azambuja, 2002). De maneira semelhante, Siano, Ribeiro, Santiago e Ribeiro (2008) encontraram os transtornos mentais como a terceira razão de incapacidade presumida. Com relação aos benefícios acidentários, em 2008, o INSS concedeu 377.001 novos benefícios, entre auxílios-doença e aposentadorias por invalidez decorrentes de acidentes de trabalho. Destes, 13.078 foram por Transtornos Mentais e Comportamentais, representando a terceira maior causa de concessão de auxílios-doença acidentários (Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social, 2009).

Com a implementação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), em abril de 2007, para a concessão de benefícios acidentários, os registros de acidentes de trabalho aumentaram significativamente, contribuindo para reduzir a subnotificação (Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social, 2009). Especificamente sobre os transtornos elencados pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10; Organização Mundial da Saúde, 1993) no grupo de Reação ao Estresse Grave e Transtornos de Ajustamento (F43), entre os quais se encontra o TEPT (F43.1), foram registrados 3.037 casos de acidente de trabalho no ano de 2006, 5.278 casos em 2007, 7.026 casos em 2008 (Ministério do Trabalho e Emprego & Ministério da Previdência Social, 2009). Tais achados apontam para o número crescente de casos registrados pertencentes a esta categoria, evidenciando a grande quantidade de acidentes de trabalho classificados no grupo de estresse. Ao mesmo tempo, pode-se pensar que tais dados estejam aquém da realidade, tendo em vista que muitos transtornos mentais acabam não sendo diagnosticados, principalmente pela ausência de lesão física aparente.

Entre as consequências para os trabalhadores que vivenciam um acidente de trabalho, a literatura aponta: desajuste emocional, irritabilidade, hostilidade, episódios depressivos, transtornos cognitivos, transtornos do sono, alcoolismo crônico, entre outros e, sobretudo, o TEPT (Jacques, 2007; MacDonald et al., 2003; Ministério da Saúde do Brasil, 2001; Steffgen, 2008). Assim, é possível perceber que experienciar um evento traumático durante a jornada de trabalho pode ser categorizado como acidente de trabalho, repercutindo negativamente tanto na vida da vítima quanto no próprio ambiente de trabalho.

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O TEPT é o transtorno psicológico mais comum após a experiência de um evento estressor traumático (Keane, Marshall, & Taft, 2006). A quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association [APA], 2002) refere ampla gama de eventos estressores traumáticos que podem desencadear o TEPT, como por exemplo, sequestro, assalto à mão armada, desastres naturais ou causados pelo homem, acidentes automobilísticos graves, tortura, ataque sexual ou físico, entre outros. Tais situações são experienciadas com frequência, já que estudos epidemiológicos estimam que mais de metade da população geral enfrentará ao menos um evento traumático ao longo de suas vidas (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Por exemplo, no estudo de revisão realizado por Sher (2004), estimou-se que entre 40 a 90% das pessoas serão expostas a eventos estressores traumáticos ao longo da vida. Ainda, expor-se a mais de um trauma durante a vida aumenta as chances de desenvolver TEPT em até 25% (Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999).

Dessa maneira, é possível constatar que, apesar da maioria das pessoas expostas a eventos potencialmente traumáticos não desenvolverem o TEPT, a prevalência do transtorno ainda é bastante elevada, considerando que estas estimativas referem-se à população geral. No *National Comorbidity Survey* (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005; Kessler, Berglund et al., 2005), o TEPT foi considerado o quinto transtorno mental mais prevalente nos últimos 12 meses, com uma prevalência do transtorno ao longo da vida estimada em 6,8%.

O TEPT é definido, no *DSM-IV-TR* (APA, 2002), como um conjunto de sintomas desenvolvidos pelo indivíduo após a exposição a um estressor traumático, no qual os seguintes critérios diagnósticos devem estar presentes: a pessoa experienciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte, sério ferimento ou outra ameaça à integridade física, própria ou de outros (critério A1) e cuja reação envolveu intenso medo, impotência ou horror (critério A2). A partir disso, o indivíduo apresenta uma resposta sintomática envolvendo revivência contínua do evento traumático (critério B), evitação e entorpecimento (critério C) e excitabilidade aumentada (critério D), sendo que a duração desses sintomas é superior a um mês (critério E) e causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo (critério F).

Entre os sintomas de revivência, incluem-se: pensamentos intrusivos que invadem a consciência sem o consentimento do indivíduo, sonhos aflitivos e recorrentes relacionados à experiência traumática vivenciada, sensação de que o evento está ocorrendo novamente, sofrimento psicológico intenso e/ou reatividade fisiológica quando exposto a estímulos que lembrem algum aspecto do trauma. No critério de esquiva e entorpecimento, as respostas mais comuns dizem respeito a tentativas de evitar pensamentos, atitudes, sentimentos, locais e/ou pessoas relacionadas ao trauma, incapacidade de lembrar algum aspecto importante do evento traumático, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, sensação de distanciamento das outras pessoas e/ou de um futuro abreviado. Por último, entre a manifestação sintomática incluída no critério de excitabilidade aumentada, é comum a presença de: irritabilidade, dificuldades de concentração, hipervigilância (estar em alerta constante), reação de sobressalto exagerada e dificuldades em conciliar ou manter o sono (APA, 2002).

O TEPT é um transtorno que traz inúmeras mudanças para a vida de suas vítimas, que acabam constantemente revivendo a situação traumática e apresentando reações extremas de ansiedade como se o evento estivesse continuamente ocorrendo. Ademais, grande parte da literatura sobre o transtorno aborda vítimas de eventos traumáticos específicos e, mais recentemente, percebe-se um interesse crescente nos estudos sobre TEPT nos contextos de trabalho (MacDonald et al., 2003).

TEPT decorrente de Acidente de Trabalho

O trabalho deveria ser um fator de promoção da saúde, visto que através dele o indivíduo se desenvolve nas dimensões psicológica, social e econômica (Seligmann-Silva, 1997). No entanto, para aqueles trabalhadores que experienciam situações traumáticas durante a jornada de trabalho, torna-se nocivo para o empregado, especialmente quando realizado sob condições materiais e psicológicas inadequadas. Diante disso, a atividade profissional perde o significado para o trabalhador, de modo que não favorece o seu desenvolvimento pessoal, levando a um esgotamento (Palácios, Duarte, & Câmara, 2002; Seligmann-Silva, 1997).

O TEPT está entre os transtornos mentais mais comuns relacionados ao trabalho, os quais também incluem outros transtornos de ansiedade, estresse ocupacional, depressão e síndrome de *burnout* (World Health Organization, 1998). Em um estudo de

revisão realizado por Steffgen (2008), foi constatado que de 10 a 18% dos casos de violência relacionada ao ambiente de trabalho irão desenvolver sintomas que satisfazem os critérios para o TEPT.

A literatura descreve vítimas de TEPT decorrente dos mais variados tipos de acidentes de trabalho, a saber: incêndios, queimaduras (Van Loey, Son, Heijden, & Ellis, 2008; Wolf, 2009), amputação de membros do corpo (Cheung, Álvaro, & Colotla, 2003; Wald & Álvaro, 2004), agressão física e/ou psicológica, assaltos (Bucasio et al., 2005; De Mol, 1998; Dorigo & Lima, 2007; Richards, 2000), sequestros (Navia & Ossa, 2003), acidentes industriais (Shercliffe & Colotla, 2009), entre outros. Além disso, entre os grupos profissionais comumente atingidos pelo TEPT, encontram-se: policiais, bombeiros, paramédicos, profissionais da área da saúde e bancários (Berger et al., 2007; Berninger et al. 2010; Carlier, Lamberts, & Gersons, 1997; Corneil, Beaton, Murphy, Johnson, & Pike, 1999; Einav et al., 2008; Kamphuis & Emmelkamp, 1998; MacDonald et al., 2003; Maia et al., 2007; Wells et al., 2008). Para ilustrar, no estudo de Carlier (1997) realizado com 262 policiais, constatou-se que 7% do total da amostra possuía o diagnóstico de TEPT. Em outro grupo de profissionais, pesquisa realizada entre 2001 e 2005 com 1074 bombeiros demonstrou que 9,8 a 10,6% satisfizeram critérios para um elevado risco de desenvolver TEPT durante os quatro anos do estudo (Berninger et al. 2010). No Brasil, verificou-se que a prevalência, entre 234 trabalhadores em ambulâncias, era de 5,6% de diagnóstico de TEPT e de 15% de sintomas de TEPT nessa população (Berger et al., 2007).

O trabalhador pode desenvolver o TEPT como um diagnóstico adicional, em decorrência de um acidente de trabalho específico, como nas situações em que tem parte de seu corpo amputado pela utilização de uma determinada máquina, ou ele mesmo ser a principal consequência do acidente de trabalho, como nas ocasiões em que vivencia um assalto à mão armada sem qualquer tipo de lesão física (MacDonald et al., 2003). Em virtude de tais possibilidades, percebe-se que, nos casos em que há um dano físico, a constatação do acidente de trabalho fica mais evidente. Por outro lado, muitas vezes, os diagnósticos psiquiátricos não são realizados e, conseqüentemente, acabam sendo subestimados.

Especificamente em relação ao TEPT nos contextos de trabalho, MacDonald e colaboradores (2003) realizaram um estudo com 44 trabalhadores portadores do transtorno cujos pedidos foram aceitos para a concessão de benefícios de compensação, na ausência de lesões físicas significativas. Entre esses, 82% vivenciaram diretamente o

evento traumático e os demais foram testemunhas. Tal fato demonstra que os transtornos psiquiátricos vêm tomando espaço nas discussões científicas e, em decorrência disso, explicitam a necessidade de que a legislação seja constantemente repensada.

No Brasil, o TEPT ainda é um transtorno relativamente pouco diagnosticado e pouco estudado, dificultando, portanto, o reconhecimento do diagnóstico de TEPT relacionado a acidente de trabalho (Bucasio et al., 2005). Entre as prováveis justificativas para isso, ressalta-se a falta de conhecimento desse distúrbio - não somente entre a população geral, como também entre os profissionais da saúde - bem como a alta resistência à busca de tratamento presente entre os pacientes com esse diagnóstico (Bucasio et al., 2005), possivelmente devido aos próprios sintomas de evitação característicos do transtorno. Em decorrência disso, muitos indivíduos que desenvolvem o TEPT continuam a sofrer indefinidamente, demorando a buscar auxílio, cronificando o transtorno e tornando o tratamento ainda mais difícil (Foa et al., 2000; Wells et al., 2008).

Implicações Psicológicas, Socioeconômicas e Jurídicas

São visíveis as implicações do TEPT para a saúde e o bem-estar social dos indivíduos. Do ponto de vista psicológico, alterações de humor, irritabilidade e agressividade podem ser sintomas desencadeados pelo transtorno (Breslau, 2001; Dickie, Brunet, Akerib, & Armony, 2008; Kilpatrick et al., 2003; Schiraldi, 1999), assim como alterações no sono (Lydiard & Hamner, 2009), memória (Brewin, 2007; Rubin, Berntsen, & Johansen, 2008), uso de substâncias psicoativas (Brady, Back, Coffey, 2004), entre outras.

No estudo de Kessler e colaboradores (1995), constatou-se que, pelo menos, 80% dos indivíduos com TEPT preenchem, adicionalmente, critérios diagnósticos para outras psicopatologias. A literatura aponta elevada comorbidade entre TEPT e outros transtornos de ansiedade, como o Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Fobia Social e Fobias Específicas, transtornos de humor, como o Transtorno Depressivo Maior, além de risco de suicídio, uso de substâncias químicas, como o álcool e outras drogas, e jogo patológico (Cacciola, Koppenhaver, Alterman, & McKay, 2009; Kessler, 2000; Kessler et al., 2008; Kristensen, Parente, & Kaszniak, 2005; Nock et al., 2009; Ouimette, Read, Wade, & Tirone, 2010; Yehuda, 2002). Em

estudo com trabalhadores que desenvolveram TEPT nos contextos do trabalho, foi constatado que 45% dos participantes possuíam, pelo menos, outra psicopatologia, sendo que a depressão foi a mais comórbida (MacDonald et al., 2003). A alta prevalência de comorbidades suscita, num primeiro momento, para dificuldades em termos de constatação diagnóstica e, posteriormente, para a elaboração do plano de tratamento, uma vez que transtornos mentais mais conhecidos podem acabar sendo confundidos ou avaliados primeiramente, mascarando o diagnóstico de TEPT (Knapp & Caminha, 2003; Margis, 2003).

Além dos prejuízos físicos e emocionais ocasionados pelo TEPT, a literatura descreve, ainda, consequências sociais e econômicas significativas (Ballenger et al., 2004; Beck, Grant, Clapp, & Palyo, 2009; Keane et al., 2006; Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007; Taylor, 2006). No Brasil, ainda não há registros suficientes que permitam estabelecer, de maneira precisa, os gastos anuais despendidos com o TEPT. No entanto, nos Estados Unidos, Kessler (2000) estimou que pessoas com TEPT perdem cerca de 3,6 dias de trabalho por mês, o que significa um prejuízo na produtividade anual acima de US\$ 3 bilhões nos Estados Unidos. Já os gastos destinados à saúde anualmente por pessoa com alta sintomatologia de TEPT representam em média, US\$ 1.283,00 para o país (Walker et al., 2003).

Pessoas com TEPT são mais propensas a receberem atenção do sistema de saúde (Olatunji et al., 2007), como demonstrou o estudo de Walker e colaboradores (2003), apontando que os gastos anuais em saúde com mulheres com sintomas de TEPT moderado foram 38% maiores do que com pessoas que não preenchiam os critérios para o transtorno. Ainda, indivíduos com TEPT têm risco aumentado para desenvolver problemas médicos e, assim, utilizar mais o sistema de saúde (Buckley, Green, & Schnurr, 2004; Schnurr, Green, & Kaltman, 2007). Os sintomas de TEPT também podem interferir significativamente nos relacionamentos e nas atividades ocupacionais. A evitação, o retraimento social, a irritabilidade e a agressividade resultam em distanciamento da família e amigos; o entorpecimento prejudica a comunicação; a excitabilidade aumentada resulta em dificuldades de concentração, fadiga, entre outros (Kessler, 2000; Schiraldi, 1999; Taylor, 2006).

O TEPT decorrente de acidente de trabalho pode acarretar numa diminuição no nível de satisfação do trabalho, além de altos índices de absenteísmo, rotatividade de funcionários, licenças para tratamento de saúde e, até mesmo, aposentadoria adiantada (Bucasio et al., 2005; Miller, 2001; Wagner et al., 1998). Além do afastamento para o

tratamento, o TEPT implica num projeto de reabilitação profissional, já que possíveis decorrências, como por exemplo, a persistência de quadros fóbicos, podem acarretar num empecilho para o retorno ao posto de trabalho anteriormente ocupado (Ministério da Saúde do Brasil, 2001). A partir disso, percebe-se grande interesse dos empregadores às questões referentes à saúde, particularmente quando estas interferem na produtividade e trazem inúmeras implicações econômicas (Chamon, 2006).

No momento em que ocorre um acidente de trabalho, cabe ao empregador a emissão da C.A.T. até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência do acidente, sob pena de multa, conforme prevê o artigo 22 da Lei 8.213/91 (Brasil, 1991). Com relação à doença decorrente de acidente de trabalho, compete à jurisprudência o julgamento diante dos fatos probatórios apresentados no processo.

A responsabilidade penal ocorre quando o agente viola norma de direito público. Já quando descumpre norma que tutela interesse privado, causando um dano indenizável, a responsabilidade é civil (Remédio, Freitas, & Junior, 2000). No ordenamento jurídico brasileiro, especificamente no conceito analítico do crime, a consideração do nexo causal exerce papel central na determinação de uma conduta humana como típica, ilícita (antijurídica) e culpável, ou seja, criminosa (Bruno, 1984 citado por Duarte, 2002). No artigo 186 do Código Civil Brasileiro (Brasil, 2002), é dito que “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”, sendo que os pressupostos deste ato incluem a ação ou omissão do agente, o dolo ou a culpa, o dano e, por fim, o nexo causal entre o dano e a ação (Remédio et al., 2000). De forma semelhante, a *conditio sine qua non* (causalidade) tem fundamental importância no estabelecimento de determinado fato como acidente de trabalho e, mais especificamente, na consignação de tal ocorrência como condição estritamente necessária para o desencadeamento de psicopatologias relacionadas a acidentes de trabalho (Dorigo & Lima, 2007; Jacques, 2007; Lima, 2005; Vieira, 2009).

Nos acidentes de trabalho que ocasionam traumas físicos, como amputação de membros pela utilização de uma máquina, as consequências e os danos trazidos para o indivíduo são evidentes. Entretanto, em circunstâncias nas quais não há uma lesão física aparente, como em situações de assalto à mão armada sem agressão física, os prejuízos são menos explícitos, embora possam também estar presentes, visto que o indivíduo pode sofrer um dano psíquico ocasionado pela vivência do trauma.

Diante disso, convém ressaltar as diferenças entre os conceitos de dano moral e dano psíquico. O primeiro diz respeito à presença de uma dor ou sofrimento decorrente da violação de algum dos direitos inerentes à personalidade, sendo constatado por agentes jurídicos (Rovinski, 2007; Silva, 2005). O segundo, por sua vez, relaciona-se a uma lesão ao funcionamento psicológico, seja esta parcial ou global, que afeta as esferas afetivas ou intelectuais, podendo ou não resultar em um diagnóstico psiquiátrico, mas que, necessariamente, implica num prejuízo das aptidões psíquicas prévias, cabendo aos técnicos da saúde mental a sua avaliação (Castex, 1997 citado por Rovinski, 2007). Todavia, ambos se assemelham por não poderem prescindir do discurso jurídico e por estarem intimamente relacionados ao direito de reparação/ressarcimento de alguma perda sofrida (Castex, 1997 citado por Rovinski, 2007).

Assim, uma das maiores dificuldades encontradas na avaliação de uma psicopatologia decorrente de acidente de trabalho é confirmar se aquele dano constatado possui, de fato, relação direta com o evento traumático experienciado, ou seja, se aquela situação vivenciada no ambiente de trabalho foi o fator desencadeante da psicopatologia (Dorigo & Lima, 2007; Jacques, 2007; Lima, 2005; Rovinski, 2007; Vieira, 2009). Portanto, um dos empecilhos em termos de constatação diagnóstica refere-se à falta de prejuízo materialmente visível nos casos dos traumas psíquicos, o que contribui para a dificuldade de se mensurar a dimensão da lesão causada.

O TEPT é um dos únicos transtornos mentais que permite estabelecer uma relação de causalidade direta com o trabalho (Dorigo & Lima, 2007), tendo em vista a necessidade da experiência, direta ou indireta, de um evento estressor traumático para a sua constatação. Não obstante, o seu diagnóstico não é tarefa simples, exigindo minuciosidade na investigação de seus sintomas, incluindo análise da história pregressa do indivíduo, diagnóstico diferencial entre outros possíveis quadros psicopatológicos e, o mais importante, onexo causal entre o evento traumático experienciado e os sintomas pós-traumáticos examinados (Dorigo & Lima, 2007). A partir da avaliação clínica realizada e da causalidade estabelecida, deverá ser possível mensurar as consequências da situação traumática vivenciada, incluindo questões como incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e projeções futuras em termos de necessidade de tratamentos e compensação (Miller, 2001).

Considerações Finais

Nas situações de doenças relacionadas ao trabalho, uma análise isolada da estrutura e de traços de personalidade é, muitas vezes, insuficiente no entendimento dos reais motivos que desencadearam determinados transtornos mentais (Vieira, 2009). Desse modo, é imprescindível a realização de uma avaliação complexa e imparcial da interação indivíduo/ambiente de trabalho na determinação de distúrbios mentais decorrentes de acidentes de trabalho. Por outro lado, nem todos os indivíduos expostos a um evento estressor traumático desenvolvem um transtorno pós-traumático e, ao mesmo tempo, são frequentes os casos de simulação, ou seja, de indivíduos que simulam os sintomas de um transtorno psiquiátrico para obter alguma vantagem (Gray, Elhai, & Briere, 2010; Taylor, Frueh, & Asmundson, 2007).

Dessa maneira, considerando as implicações clínicas, socioeconômicas e legais decorrentes da vivência de um evento traumático, incluindo os aspectos que podem motivar uma ação indenizatória por acidente de trabalho (como licenças remuneradas para tratamento de saúde ou aposentadoria por invalidez), um julgamento assertivo sobre as reais condições do trabalhador demonstra-se imprescindível. Ademais, uma avaliação clínica criteriosa e acurada revela-se extremamente necessária, tanto para a determinação de um diagnóstico assertivo e específico, quanto para auxiliar, posteriormente, na elaboração de um tratamento adequado, considerando as particularidades de cada transtorno e desenvolvendo intervenções terapêuticas eficazes.

Conforme Teixeira (2007), a Emenda Constitucional 45/2004, referente ao julgamento das ações indenizatórias por acidente de trabalho e doenças ocupacionais, incita para a reflexão acerca da proteção jurídica da saúde do trabalhador. Portanto, uma das questões que impera diante da categorização de um transtorno mental como decorrente de acidente de trabalho, conforme mencionado anteriormente, diz respeito ao estabelecimento da relação de causalidade, ou seja, se aquela situação vivenciada durante a jornada de trabalho foi o verdadeiro desencadeante de determinado dano psíquico.

O papel da organização como fonte de apoio social após a vivência de uma experiência traumática no ambiente de trabalho parece ser tão importante quanto a prestação de outros serviços profissionais especializados. Por motivos econômicos, os gastos na saúde do trabalhador não têm sido tão valorizados pelas empresas (Richards, 1994). Entretanto, é um investimento que beneficia não somente a sociedade, os

sistemas de saúde pública e previdenciário, como também os rendimentos da organização e, até mesmo, a imagem desta, pois os efeitos da violência nesse ambiente diminuem o nível da produtividade, da competitividade e aumentam o absenteísmo (Mossink et al., 2004; Steffgen, 2008). Portanto, melhorar as condições de trabalho, investir em segurança e em treinamento adequado, fornecer acesso ao sistema de saúde e suporte aos funcionários são algumas das medidas que podem amenizar a ocorrência de experiências traumáticas nos contextos de trabalho, servindo como fatores de prevenção primária, pois impedem o aparecimento da doença (Ozer & Weiss, 2004).

Entre os empregados que sofreram algum trauma, convém ressaltar para a importância do acolhimento e do encaminhamento a tratamento especializado logo após o acontecimento do evento traumático, com políticas de planejamento para lidar com essas consequências, a fim de evitar o desencadeamento e a cronificação do TEPT (Miller, 2000). Essas medidas são consideradas efetivas, já que é bem estabelecido na literatura que a falta de apoio social é um fator preditivo para o TEPT (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Keane et al., 2006; Laffaye, Cavella, Drescher, & Rosen, 2008; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Steffgen, 2008), podendo até mesmo impedir a recuperação de pessoas envolvidas em situações traumáticas (Franco, 2005). A prevenção do TEPT no ambiente de trabalho requer uma abordagem interdisciplinar, o que inclui uma ação articulada entre os sistemas assistenciais e de vigilância, de modo que estejam capacitados e preparados para lidar com esse tipo de acidente, atentando tanto ao sofrimento psíquico, como aos aspectos sociais e de intervenção nos contextos organizacionais (Ministério da Saúde do Brasil, 2001; Seligmann-Silva, 1997).

Autores destacam que alguns sinais apresentados pelos funcionários podem ser facilmente observados pelos empregadores e dizem respeito à presença de fatores de risco que podem prever o desenvolvimento do TEPT frente a um evento traumático, como desorganização, agitação psicomotora, tensão, uso de substâncias, agressividade, entre outros (Miller, 2000; U.S. Department of Justice, 2002). Esses fatores atentam para a importância de uma ação preventiva de cunho secundário ao TEPT, pois envolve a detecção de sinais precoces do transtorno, incluindo a possibilidade de potenciais eventos traumáticos serem evitados (Miller, 2001).

Portanto, a identificação dos fatores de risco é uma grande oportunidade de prevenção ao TEPT. Sabe-se que o tratamento de comorbidades reduz a proporção de outros transtornos psiquiátricos durante a vida, inclusive o TEPT (Kessler et al., 1994), tendo em vista que existe um risco aumentado para o desenvolvimento desse transtorno

em indivíduos com trauma prévio durante a vida, bem como em pessoas que passaram por muitas adversidades (Keane et al., 2006).

A partir da revisão da literatura apresentada, fica evidente a repercussão do TEPT para a vida do indivíduo, com prejuízos significativos nas relações familiares, sociais e, sobretudo, no ambiente de trabalho. Além das consequências clínicas e socioeconômicas desencadeadas em virtude do elevado custo despendido para o tratamento dos indivíduos com o transtorno, são também recorrentes as implicações jurídicas, referentes, principalmente, ao ressarcimento pelo dano sofrido, exigindo uma avaliação acurada para o estabelecimento do nexo causal e uma diferenciação entre sintomas reais daqueles falsamente produzidos. Desse modo, a questão sobre o TEPT decorrente de acidente de trabalho, especificamente, suscita para a consideração em torno de diferentes eixos: a prevenção, a avaliação, o tratamento e o ressarcimento acerca dos prejuízos causados. Entretanto, para o cumprimento de tais ações, revela-se imprescindível um conhecimento aprofundado sobre o que é o TEPT, quais são as suas causas e as suas consequências para as vítimas acometidas pelo transtorno. Para isso, pesquisas que dêem conta desses aspectos são extremamente necessárias, a fim de que a compreensão sobre o transtorno torne-se cada vez mais clara, favorecendo a implementação de medidas preventivas e terapêuticas mais eficazes.

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. T. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R. D., Nemeroff, C. B., et al. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Supl. 1), 55-62.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Clapp, J. D., & Palyo, S. A. (2009). Understanding the interpersonal impact of trauma: Contributions of PTSD and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 443-450.
- Berger, W., Figueira, I., Maurat A., Bucassio, E., Vieira, I., Jardim, S., et al. (2007). Partial and full PTSD in brazilian ambulance workers: Prevalence and impact on health and on quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 637-642.
- Berninger, A., Webber, M., Cohen, H., Gustave, J., Lee, R., Niles, J., et al. (2010). Trends of elevated PTSD risk in firefighters exposed to the World Trade Center disaster: 2001-2005. *Public Health Reports*, 125, 556-566.
- Boff, B. M., Leite, D. F., & Azambuja, M. I. R. (2002). Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Revista de Saúde Pública*, 36, 337-342.
- Brady, K., T., Back, S. E., Coffey, S. F. (2004). Substance abuse and posttraumatic stress disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 206-209.
- Brasil. (2002). *Código Civil – Lei nº 10.406*. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações.
- Brasil. (1991). Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da Previdência da República do Brasil*. Brasília.
- Breslau, N. (2001). Outcomes of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 55-59.
- Breslau, N., Chilcoat, H., Kessler, R., & Davis, G. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit area survey of trauma. *American Journal Psychiatry*, 156, 902-907.
- Brewin, C. R. (2007). Remembering and forgetting. In: M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 116-124).

New York: Guildford Press.

- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2001). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Bucasio, E., Vieira, I., Berger, W., Martins, D., Souza, C., Maia, D., et al. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: Relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27*, 86-89.
- Buckley, T., Green, B., & Schnurr, P. (2004). Trauma, PTSD and Physical Health: Clinical issues. In: Wilson, J. & Keane, T. (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 441-465). New York: Guilford Press.
- Cacciola, J. S., Koppenhaver, J. M., Alterman, A. I., & McKay, J. R. (2009). Posttraumatic stress disorder and other psychopathology in substance abusing patients. *Drug and Alcohol Dependence, 101*, 27-33.
- Carlier, V., Lamberts, R., & Gersons, B. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 498-506.
- Chamon, E. M. Q. O. (2006). Estresse e estratégias de enfrentamento: O uso da escala Toulousaine no Brasil. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 6*(2), 43-64.
- Cheung, E., Alvaro, R., & Colotla, V. (2003). Psychological distress in workers with traumatic upper or lower limb amputations following industrial injuries. *Rehabilitation Psychology, 48*, 109-112.
- Corneil, W., Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., & Pike, K. (1999). Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *Journal of Occupational Health Psychology, 4*, 131-141.
- De Mol, J. (1998). Post-aggression stress disorders: Psychosocial and work repercussions. *Medical Science Monitor, 5*, 277-282.
- Dickie, E. W., Brunet, A., Akerib, V., & Armony, J. L. (2008). An fMRI investigation of memory encoding in PTSD: Influence of symptom severity. *Neuropsychologia, 46*, 1522-1531.

- Dorigo, J. N., & Lima, M. E. A. (2007). O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: Reflexões em torno de um caso clínico. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 10*, 55-73.
- Duarte, E. de A. (2002). *Teoria geral do crime no ordenamento jurídico brasileiro*. Campo Grande: UCDB.
- DuPont, R., Rice, D., Miller, L., Shiraki, S., Rowland, C., & Hanwood, H. (1996). Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety, 2*, 167-172.
- Einav, S., Shalev, A., Ofek, H., Freedman, S., Matot, I., & Weiniger, C. (2008). Differences in psychological effects in hospital doctors with and without post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry, 193*, 165-166.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Introduction. In: E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 1-17). New York: Guilford Press.
- Franco, M. H. P. (2005). Atendimento psicológico para emergências em aviação: A teoria revista na prática. *Estudos de Psicologia, 10*, 177-180.
- Gray, M. J., Elhai, J. D., & Briere, J. (2010). Evaluation of the Atypical Response Scale of the Trauma Symptom Inventory-2 in detecting simulated posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 447-451.
- Jacques, M. G. (2007). O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: Uma demanda para a Psicologia. *Psicologia & Sociedade, 19*, 112-119.
- Kamphuis, J. H., & Emmelkamp, P. M. (1998). Crime-related trauma: Psychological distress in victims of bankrobbery. *Journal Anxiety Disorder, 12*, 199-208.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 161-197.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to the society. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 4-12.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the

- National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351-1360.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among persons aged 15-54 in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-91.
- 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, 1048-1060.
- Kilpatrick, D., Ruggiero, K., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H., & Best, C. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692-700.
- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 31-36.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. M. P., & Kaszniak, A. W. (2005). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. Em R. M. Caminha (Org.), *Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): Da neurobiologia à terapia cognitiva* (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Laffaye, C., Cavella, S., Drescher, K., & Rosen, C. (2008). Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 394-401.
- Lima, M. E. A. (2005). Transtornos mentais e trabalho: O problema do nexo causal. *Revista de Administração da FEAD-Minas*, 2, 73-80.
- Lydiard, R. B., & Hamner, M. H. (2009). Clinical importance of sleep disturbance as a treatment target in PTSD. *Spring*, 7, 176-183.
- MacDonald, H. A., Colotla, V., Flamer, S., & Karlinsky, H. (2003). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the workplace: A descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13, 63-77.

- Maia, D. B., Marmar, C. R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M. V. et al. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 97, 241-245.
- Margis, R. (2003). Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: Regra ou exceção? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 17-20.
- Mendes, R., & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25, 341-349.
- Miller, L. (2001). Workplace violence and psychological trauma: Clinical disability, legal liability, and corporate policy. Part I. *Neurolaw Letter*, 11, 1-5.
- Miller, L. (2000). Law enforcement traumatic stress: Clinical syndromes and intervention strategies. *Trauma Response*, 6, 15-20.
- Ministério da Previdência Social. (2010). Acesso em 20 de maio, 2010, em <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=39>
- Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. (2009). *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Brasília, 17. MPS/DATAPREV.
- Ministério do Trabalho e Emprego, & Ministério da Previdência Social. (2008). *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2007*, 1. Brasília: MTE: MPS.
- Ministério do Trabalho e Emprego, & Ministério da Previdência Social. (2009). *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2008*, 1. Brasília: MTE: MPS.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil.
- Mossink, J. (2004). *Comprender y aplicar el analisis económico en la empresa*. Série protección de la salud de los trabajadores. Francia: Organización Mundial de la Salud.
- Murofuse, N. T., & Marziale, M. H. P. (2001). Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de lesões por esforços repetitivos: LER. *Revista Latino-Americana da Enfermagem*, 9(4), 19-25.

- Navia, C., & Ossa, M. (2003). Family functioning, coping, and psychological adjustment in victims and their families following kidnapping. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 107-112.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine, 6*, 1-17.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 27*, 572-581.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quimette, P., Read, J. P., Wade, M., & Tirone, V. (2010). Modeling associations between posttraumatic stress symptoms and substance use. *Addictive Behaviors, 35*, 64-67.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52-73.
- Ozer, E. J., & Weiss, S. (2004). *Who Develops Posttraumatic Stress Disorder? Current Directions in Psychological Science, 13*(4), 169-172.
- Palácios, M., Duarte, F., & Câmara, V. de M. (2002). Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública, 18*, 843-851.
- Remédio, J. A., Freitas, J. F. S., & Junior, J. J. L. (2000). *Dano moral: Doutrina, jurisprudência e legislação*. São Paulo: Saraiva.
- Richards, D. (1994). Traumatic stress at work: A public health model. *British Journal of Guidance & Counselling, 22*, 51-64.
- Richards, D. (2000). Brief report Symptom severity, personal and social variables after armed robbery. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 415-419.
- Rovinski, S. L. R. (2007). *Fundamentos da Perícia Psicológica Forense*. São Paulo: Vetor.
- Rubin, D. C., Berntsen, D., & Johansen, M. K. (2008). A memory based model of posttraumatic stress disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review, 115*, 985-1011.

- Schiraldi, G. (1999). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth*. New York: McGraw-Hill.
- Schnurr, P., Green B., & Kaltman, S. (2007). Trauma exposure and pshysical health. In: M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 406-424). New York: Guilford Press.
- Seligmann-Silva, E. (1997). Saúde mental e automação: A propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cadernos de Saúde Pública*, 13, 95-109.
- Sher, L. (2004). Recognizing post-traumatic stress disorder. *Q J Med*, 97(1), 1-5.
- Shercliffe, R., & Colotla, V. (2009). MMPI-2 profiles in civilian PTSD: An examination of differential responses between victims of crime and industrial accidents. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 349-360.
- Siano, A. K., Ribeiro, L. C, Santiago, A. E., & Ribeiro, M. S. (2008). Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na gerência executiva do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Juiz de Fora – Minas Gerais. *HU Revista*, 34, 235-242.
- Silva, A. L. M. da. (2005). *O dano moral e a sua reparação civil*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Steffgen, G. (2008). Physical violence at the workplace: Consequences on health and measures of prevention. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 58, 285-295.
- Taylor, S. (2006). *Clinican's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Taylor, S., Frueh, B. C., & Asmundson, G. J. G. (2007). Detection and management of malingering in people presenting for treatment of posttraumatic stress disorder: Methods, obstacles, and recommendations. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 22-41.
- Teixeira, S. (2007). A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho. *Revista Tribunal Regional do Trabalho 3ª Reg.*, 46(76), 27-44.
- U.S. Department of Justice. (2002). *Workplace Violence Issues in Response*. Federal Bureau of Investigation, Critical Incident Response Group, National Center for the Analysis of Violent Crime. FBI Academy, Quantico, Virginia.
- Van Loey N., Son, M., Heijden, P., & Ellis, I. (2008). PTSD in persons with burns: An explorative study examining relationships with attributed responsibility, negative

- and positive emotional states. *Burns*, 34, 1082-1089.
- Vieira, C. E. C. (2009). O nexa causal entre transtorno de estresse pós-traumático e trabalho: Controvérsias acerca do laudo de uma perícia judicial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 34(120), 150-162.
- Wagner, D., Heinrichs, M., & Ehler, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1727-1732.
- Wald, J., & Alvaro, R. (2004). Psychological factors in work-related amputation: Considerations for rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*, 70(4), 6-15.
- Walker, E., Katon, W., Russo, J., Ciechanowski, P., Newman, E., & Wagner, A. (2003). Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Archives of General Psychiatry*, 60, 369-374.
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely, J., et al. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 85-92.
- Wolf, S. (2009). The year in burns 2008. *Burns*, 35, 1057-1070.
- World Health Organization. (1998). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Edición española. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Yehuda, R. (2002). Current concepts: Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108-114.

Seção Teórica 2: Reações pós-traumáticas em adultos: Como, por que e quais aspectos avaliar?

Reações pós-traumáticas em adultos: Como, por que e quais aspectos avaliar?

Resumo

A exposição a uma situação traumática vulnerabiliza o indivíduo ao desenvolvimento de diferentes psicopatologias, entre as quais o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é a mais prevalente. Entretanto, outras reações e/ou transtornos podem ser desencadeados após um trauma, contribuindo, inclusive, para o desenvolvimento, a manutenção ou a exacerbação dos sintomas do TEPT. No contexto da avaliação das reações pós-traumáticas, uma das questões centrais refere-se à elaboração do plano de avaliação, incluindo quais os instrumentos mais adequados para abarcar a ampla gama de fatores que possam contribuir para a manifestação sintomática. Este artigo teve como objetivo central apresentar uma revisão não sistemática da literatura sobre os aspectos que devem ser considerados na avaliação clínica das reações pós-traumáticas em adultos, com ênfase no TEPT. Foi realizada uma revisão sobre as possíveis consequências psicológicas para as vítimas que experienciam um trauma, bem como os fatores de risco para o TEPT e as principais comorbidades comumente associadas. Por fim, foram apresentadas sugestões sobre métodos e instrumentos para a avaliação de reações pós-traumáticas em adultos. Concluiu-se que, a partir do processo de avaliação, deverá ser possível identificar não somente os sintomas e transtornos desencadeados pela situação traumática vivenciada, como também os possíveis fatores de risco e de proteção, a fim de que tais aspectos possam ser trabalhados em termos de prevenção e/ou tratamento.

Palavras-chave: avaliação; transtornos de estresse pós-traumáticos; fatores de risco; comorbidade.

Post-traumatic reactions in adults: How, why and which aspects evaluate?

Abstract

Exposure to a traumatic situation makes the individual vulnerable to the development of several psychopathologies, including the Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). However, other reactions and disorders may be developed after a trauma, which also contributed to the development, maintenance or exacerbation of PTSD symptoms. For the evaluation of post-traumatic reactions, a central issue relates to the preparation of the evaluation plan, including the most appropriate tools to encompass the factors that might contribute to the manifestation of symptoms. This article aims to provide a non-systematic review of the aspects that should be considered in clinical assessment of post-traumatic reactions in adults, with emphasis on PTSD. Was revised the psychological consequences for victims who experience a trauma, as well as risk factors for PTSD and comorbidities commonly associated. Finally, suggestions have been made on methods and tools for assessment of post-traumatic reactions in adults. It was conclude that, from the evaluation process, it should be possible to identify not only the symptoms and disorders caused by the traumatic situation experienced, as well as possible risk factors and protective, so that these aspects can be worked in terms of prevention and/or treatment.

Keywords: evaluation; post-traumatic stress disorders; risk factors; comorbidity.

Introdução

As altas taxas de exposição a eventos traumáticos são consideradas fenômenos mundiais que perpassam fronteiras nacionais, geográficas, culturais e étnicas (Keane, Brief, Pratt, & Miller, 2007). Em virtude disso, percebe-se um interesse crescente no entendimento do impacto do trauma no funcionamento psíquico, visto que a exposição a uma situação traumática vulnerabiliza o indivíduo ao desenvolvimento de diferentes psicopatologias, entre as quais o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é a mais prevalente (Breslau, Peterson, & Schultz, 2008; Keane, Marshall, & Taft, 2006; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Entretanto, outras reações e/ou transtornos podem ser desencadeados após um trauma, contribuindo, inclusive, para o desenvolvimento, a manutenção ou a exacerbação dos sintomas do TEPT (Follette & Naugle, 2006).

Apesar da alta prevalência do TEPT na população geral, por que nem todas as pessoas que experienciam um mesmo evento traumático desenvolvem o transtorno? Como é possível identificar as repercussões de um trauma na vida do indivíduo? Diante disso, uma avaliação clínica adequada das reações pós-traumáticas revela-se imprescindível, tanto para mensurar os efeitos provocados pelo trauma, quanto para determinar a intervenção terapêutica mais específica para o quadro diagnóstico avaliado ou elaborar programas de prevenção e intervenção para aqueles que apresentam risco de desenvolver alguma psicopatologia pós-traumática (Taylor, 2006).

No contexto da avaliação das reações pós-traumáticas, uma das questões centrais refere-se à elaboração do plano de avaliação, incluindo quais os instrumentos mais adequados para abarcar a ampla gama de fatores que possam contribuir para a manifestação sintomática (Taylor, 2006). Consequentemente, um conhecimento teórico aprofundado sobre os fatores predisponentes, desencadeantes, mantenedores e protetores imbricados na manifestação dos sintomas pós-traumáticos demonstra ser o primeiro passo para o estabelecimento do plano de avaliação, visto que entender o transtorno viabiliza tanto a elaboração de aspectos diagnósticos a serem considerados, como os principais pontos a serem trabalhados, posteriormente, no processo terapêutico (Pratt, Brief, & Keane, 2006; Taylor, 2006).

Este artigo teve como objetivo central apresentar uma revisão não sistemática da literatura sobre os aspectos que devem ser considerados na avaliação clínica das reações pós-traumáticas em adultos, com ênfase no TEPT. Convém ressaltar que a presente

revisão teve como embasamento teórico os principais avanços científicos que vêm sendo realizados em âmbito internacional. Ainda que aspectos associados à neurobiologia dos quadros pós-traumáticos venham recebendo a devida importância em diversos estudos (Delahanty, Raimonde, Spoonster, & Cullado, 2003; Gilbertson et al., 2002), neste artigo, optou-se por discorrer apenas sobre questões voltadas para a avaliação clínica do TEPT, não incluindo, também, variáveis associadas a intervenções terapêuticas.

Eventos Estressores Traumáticos e Reações Pós-traumáticas: O que avaliar?

Na primeira vez em que foram descritos os eventos estressores traumáticos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), na sua terceira edição, estes foram definidos como estressores de vida extremos, que estavam fora da cadeia normal de experiências dos seres humanos (American Psychiatric Association [APA], 1980). Entretanto, após a realização de estudos epidemiológicos, foi constatado que o TEPT poderia ser desencadeado após uma ampla variedade de estressores de vida, comumente experienciados pelos indivíduos (Keane et al., 2006).

Assim, a definição de eventos estressores traumáticos foi sendo modificada ao longo das edições do DSM e, na edição vigente (DSM-IV-TR), o termo abrange situações que envolvem morte, sério ferimento ou ameaça à integridade física própria ou de outra pessoa. Entre os exemplos mais comuns, incluem-se: violência, sequestro, assaltos, ataques de animais, agressões, desastres naturais ou causados pelo homem, acidentes graves ou mesmo receber o diagnóstico de uma doença (APA, 2002).

Estima-se que a prevalência de exposição a eventos estressores traumáticos ao longo da vida seja entre 40 a 90% (Breslau, 2002; Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis, & Andreski, 1998; Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001; Kessler et al., 1995). Essa variação ocorreu devido à inclusão dos critérios para eventos estressores traumáticos nas diferentes versões do *DSM*, conforme visto anteriormente. Por exemplo, Breslau e Kessler (2001) investigaram a prevalência de eventos estressores traumáticos segundo a quarta edição do manual, na qual a descrição dos eventos levou em consideração a resposta emocional do indivíduo, ao contrário da edição anterior, que definia o evento de forma apenas objetiva (APA, 1980). Foi observado um impacto, a partir dessa revisão, na prevalência de eventos estressores traumáticos ao longo da vida, a qual passou de 68,1 para 89,6% (Breslau & Kessler, 2001).

A exposição a um evento estressor traumático pode trazer inúmeras consequências para as vítimas (Briere & Spinazzola, 2009). Entre as respostas relacionadas a um trauma, além do TEPT, mais frequentemente encontradas na literatura, destacam-se: perturbação cognitiva como baixa auto-estima, auto-culpa, desesperança, expectativas de rejeição, preocupação com o perigo (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999), alterações de humor e ansiedade, como pânico, fobias, depressão, raiva ou agressividade (Foa, Keane, & Friedman, 2000; Heim & Nemeroff, 2001), distúrbios de identidade (Briere & Rickards, 2007), dificuldades na regulação emocional, somatização (van der Kolk et al., 1996; Waldinger, Schulz, Barsky, & Ahern, 2006), dificuldades interpessoais crônicas (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, & Han, 2005), dissociação (Brown, Schrag, & Trimble, 2005; Dietrich, 2003), uso de substâncias (Brady, Back, & Coffey, 2004; Read, Brown, & Kahler, 2004), comportamento sexual compulsivo, suicídio, auto-agressão, comportamento alimentar compulsivo e purgativo (Bradley, Jenei, & Western, 2005), entre outras.

O estressor traumático é o fator causador primário para o desenvolvimento do TEPT (APA, 2002; critério A1), sendo este, portanto, um dos únicos transtornos mentais que permite estabelecer uma relação de causalidade direta com o trauma vivenciado (Dorigo & Lima, 2007). No entanto, ter experienciado, testemunhado ou ter sido confrontado com um evento traumático não necessariamente levará um indivíduo a desenvolver o transtorno (Yehuda, 1999b; Yehuda & LeDoux, 2007). Para o estabelecimento do seu diagnóstico, outros quesitos devem ser preenchidos, conforme descrito no *DSM-IV-TR* (APA, 2002). Assim, esse transtorno de ansiedade tem seus sintomas classificados em três grupos: revivência contínua da situação traumática (critério B), evitação e entorpecimento (critério C) e excitabilidade aumentada (critério D). A duração mínima de tais sintomas é um mês (critério E) e o transtorno causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo (critério F). É importante diferenciar o TEPT de outros transtornos possíveis, como o Transtorno de Adaptação, por exemplo (APA, 2002). Nesse caso, a resposta do indivíduo ao evento não satisfaz critérios para o TEPT ou a sintomatologia ocorre em resposta a um estressor não considerado extremo, como separação conjugal, perda do emprego, entre outros. No Transtorno de Estresse Agudo (TEA), a sintomatologia deve ocorrer dentro de 4 semanas após o evento e não persistir por mais de um mês. O *DSM* ressalta, ainda, para a diferença entre TEPT e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), pois, neste último, apesar da presença de pensamentos intrusivos recorrentes,

estes não são relacionados com a vivência de uma situação traumática e são percebidos, na maioria das vezes, como inadequados pelo indivíduo (APA, 2002). Além disso, caso haja a presença de outros sintomas anteriormente à vivência do evento traumático ou que não são contemplados nos critérios de TEPT, deve-se considerar outros diagnósticos adicionais.

Apesar de grande parte da população estar exposta a situações traumáticas, achados consistentes indicam que a maioria dos indivíduos não desenvolve TEPT (Keane et al., 2006). Estudos epidemiológicos estimam que cerca de 6,8% da população geral irá desenvolver TEPT ao longo da vida, sendo que as mulheres apresentam um risco maior do que os homens (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; Norris, 1992). Uma das prováveis explicações para o desenvolvimento ou não do transtorno, conforme Yehuda (1999a), diz respeito à própria percepção sobre o que é traumático ou estressante. A autora pontua que a questão fundamental que surgiu na tentativa de entender a origem do TEPT era se os eventos traumáticos deveriam ser definidos tomando como base as características objetivas do evento ou na própria resposta do indivíduo de perigo, terror e/ou desesperança. Em decorrência disso, a partir da 4ª edição do DSM, ambos os aspectos foram considerados (critérios A1 e A2; APA, 1994). Para o DSM-V, algumas modificações estão sendo propostas (APA, 2010), como o conceito de trauma, que sofreu alterações no critério A1, que era tido como ambíguo e amplo em algumas situações e restrito em outras (Friedman, 2010; McNally, 2009). Na nova proposta, tal critério vem com a intenção de facilitar a distinção entre evento traumático e evento estressor sem características traumáticas (APA, 2010). Além disso, o critério A2 foi excluído após estudos mostrando que ele era dispensável para o diagnóstico de TEPT (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder, & Galea, 2009; McNally, 2009; O'Donnell, Creamer, McFarlane, Silove, & Bryant, 2010; Shalev, 2009). Outras propostas de modificações importantes dizem respeito à divisão do critério C, que incluía sintomas de esquiva e entorpecimento (APA, 2010) em dois diferentes critérios, após estudos demonstrando que esses sintomas não devem ser considerados conjuntamente em um único agrupamento de sintomas (Asmundson, Stapleton, & Taylor 2004).

Fatores de Risco para o TEPT

Apesar das consequências psicológicas da experiência de uma situação

traumática serem bem reconhecidas ao longo da história, as origens exatas do TEPT ainda geram controvérsias entre os pesquisadores (Keane et al., 2006). Entretanto, considerando que diferentes pessoas podem vivenciar um mesmo evento traumático simultaneamente e algumas desenvolverem TEPT e outras não, é consenso na literatura que existe uma série de fatores que tornam o indivíduo mais vulnerável para desenvolver o transtorno (Delahanty et al., 2003; Duke & Vasterlig, 2005; Shalev, Peri, Canetti, & Schreiber, 1996).

Entre esses estudos, destacam-se, sobretudo, as meta-análises desenvolvidas por Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003) e por Brewin, Andrews e Valentine (2000). Os achados dessas e de outras pesquisas possibilitam um entendimento profundo sobre os fatores de risco que predispõem ao TEPT, os quais podem ser categorizados basicamente em: fatores pré-existentes, preditores diretamente relacionados à experiência traumática, características particulares do processamento psicológico durante e após o trauma e, finalmente, fatores que ocorrem após o trauma (Keane et al., 2006; Ozer & Weiss, 2004). Segundo Yehuda (1999b), a consideração dos fatores de risco para o entendimento do TEPT tem se tornado cada vez mais frequente, incluindo fatores demográficos e ambientais, dissociação, características da personalidade e histórico psiquiátrico, condições cognitivas e biológicas, predisposição genética e familiar.

Fatores Pré-traumáticos

Em relação aos fatores pré-existentes, ainda não há discriminação se eles são predisponentes ao desenvolvimento do TEPT, ou se predispõem à exposição a eventos potencialmente traumáticos, sendo esse ainda um desafio metodológico (Keane et al., 2006; Keane et al., 2009). Entretanto, estudos com gêmeos puderam demonstrar com sucesso que os fatores genéticos influenciam a exposição a eventos potencialmente traumáticos (Amstadter, Nugent, & Koenen, 2009). Pesquisas indicam, ainda, que o TEPT apresenta cerca de 30% de hereditariedade, destacando a influência dos fatores genéticos na exposição a algumas formas de trauma (Amstadter et al., 2009; Koenen, 2007; Stein, Jang, Taylor, Vernon, & Livesly, 2002).

Algumas variáveis demográficas têm sido associadas ao desenvolvimento do TEPT e à exposição a traumas, dentre elas, o sexo. É descrito na literatura que mulheres possuem risco aumentado para o desenvolvimento do TEPT, apesar de serem menos

expostas a eventos estressores traumáticos que os homens (Breslau, 2009; Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995). O risco de TEPT associado a qualquer trauma foi de 13,0% em mulheres e 6,2% em homens (Breslau, 2009). A prevalência de TEPT aumentada no sexo feminino pode ocorrer em função dos tipos de eventos traumáticos aos quais as mulheres são expostas, como, por exemplo, abuso sexual (Breslau et al., 1998; Creamer et al., 2001). Pessoas muito jovens ou idosas apresentam riscos maiores para desenvolver TEPT, e o período de maior risco de exposição à violência interpessoal é entre o final da adolescência e o início da vida adulta (Breslau et al., 1998; Keane et al., 2006; Kessler et al., 1995). Com relação ao estado civil, no estudo do *National Comorbidity Survey* (NCS), os indivíduos separados, divorciados ou viúvos, tanto homens quanto mulheres, foram os que apresentaram as maiores taxas de TEPT, em comparação aos indivíduos casados ou solteiros (Kessler et al., 1995). Por outro lado, ao controlar outras variáveis, como o tipo do evento traumático, não foram encontradas diferenças quanto ao estado civil dos participantes e a presença de TEPT (Breslau et al., 2004).

Uma baixa capacidade cognitiva é considerada um fator de risco para o TEPT (Kremen et al., 2007). Dentro desse aspecto, incluem-se a baixa escolaridade (Brewin et al., 2000), bem como um baixo QI, possivelmente porque esses indivíduos empregam estratégias de *coping* desadaptativas e tendem a superestimar as ameaças impostas por situações traumáticas (Buckley, Blanchard, & Neill, 2000). Além disso, crianças com baixas capacidades intelectuais estão mais propensas a testemunhar ou experienciar situações perigosas, possivelmente por uma incapacidade verbal de mediar essas ocasiões ou de prever e evitar situações de violência (Breslau, Lucia, & Alvarado, 2006; Delaney-Black et al., 2002; Saltzman, Weems, & Carrion, 2006).

Diferenças culturais também podem influenciar a resposta ao trauma (Taylor, 2006). Por exemplo, em países em desenvolvimento como o Brasil, a possibilidade de vivenciar um evento traumático ao longo da vida é ainda mais alta, bem como as taxas de transtornos psiquiátricos (Belfer & Rhode, 2005; Keane et al., 2006).

Histórico familiar psiquiátrico, bem como diagnóstico de psicopatologias prévias e vivência de adversidades são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT em diversas populações (Brewin et al., 2000). Em relação às vulnerabilidades individuais, elevados níveis de neuroticismo, depressão e ansiedade elevam o risco para o transtorno e podem ser maiores preditores de resposta não adaptativa ao trauma do que a severidade do evento traumático (Breslau, 2009). O

histórico familiar de transtornos de humor, ansiedade e uso de substâncias pode prever direta e indiretamente a sintomatologia pós-traumática, o que pode ser explicado por fatores genéticos e socioculturais (Inslicht et al., 2010). Ainda, a vivência de eventos traumáticos prévios e adversidades durante a vida não apenas aumentam o risco para o TEPT (Delahanty et al., 2003; Green et al., 2010; O'Donnell et al., 2009), como são associados a uma sintomatologia pós-traumática mais severa (de Jong et al., 2001; Green et al., 2000).

Fatores Peritraumáticos

As características diretamente relacionadas ao evento traumático em si, denominadas de fatores peritraumáticos, incluem variáveis como o tipo e a severidade da situação traumática experienciada, as emoções, cognições, reações fisiológicas e dissociações peritraumáticas vivenciadas durante o trauma (Keane et al., 2006). A literatura aponta que o tipo, a intensidade e a duração da situação traumática são fortes preditores para o TEPT (Maercker, Beauducel, & Schützwohl, 2000). Autores apontam que, entre os diferentes tipos de eventos traumáticos, o estupro parece ser o que mais vulnerabiliza ao TEPT (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Breslau et al., 1998).

Ainda, sabe-se que, durante o evento traumático, pessoas que processam o significado e as implicações do trauma sofrido como um senso de ameaça atual à vida estão mais propensas a desenvolver o TEPT (Ehlers & Clark, 2000; Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998). Outros fatores peritraumáticos incluem incapacidade de estabelecer uma perspectiva auto-referencial durante a vivência do trauma, entorpecimento emocional e falta de capacidade cognitiva para avaliar aspectos sobre o evento de maneira acurada (Brewin & Holmes, 2003).

A dissociação peritraumática diz respeito a experiências incomuns vivenciadas durante ou imediatamente após a vivência do trauma, como a sensação de estar distanciado de si mesmo, de que as coisas não são reais ou mesmo sensação de um futuro abreviado (APA, 2002). Tal aspecto foi apontado, no estudo de Ozer e colaboradores (2003), como o preditor mais fortemente associado ao surgimento do TEPT. A dissociação peritraumática também demonstrou ser um fator que pode auxiliar na identificação de indivíduos que estão em risco de desenvolverem TEPT (Shalev et al., 1996). Ademais, os sintomas dissociativos inerentes ao TEA predizem o TEPT, na

medida em que dificultam a recuperação de memórias do trauma, impedindo uma integração bem sucedida dessas memórias (Koopman, Classen, & Spiegel, 1994). Em virtude disso, é comum a discussão sobre TEA e TEPT como construtos similares - cuja única diferença é temporal - ou diferentes, já que pessoas podem desenvolver TEPT sem necessariamente terem sido diagnosticadas com TEA (Ballenger et al., 2004; Birmes et al., 2003; Brooks et al., 2008; Bryant, 2003; Harvey & Bryant, 2000; Harvey & Bryant, 2002).

Fatores Pós-traumáticos

No estudo do TEPT, tem-se dado cada vez mais ênfase aos fatores que ocorrem após o trauma, como a percepção de apoio social, as estratégias de *coping* empregadas e a vivência de estressores de vida adicionais, os quais podem contribuir para o agravamento e a manutenção dos sintomas, embora não possam ser considerados como fatores causais para o TEPT. Além disso, tais aspectos são maiores preditores de TEPT do que os fatores pré-traumáticos (Brewin et al., 2000; Taylor, 2006).

A percepção de apoio social recebido após o trauma é um fator de risco fortemente relacionado ao desenvolvimento do TEPT (Brewin et al., 2000). A força dessa relação difere de acordo com o período de tempo decorrido após o trauma, tendo aparecido como maior preditor em estudos em que o evento ocorreu há mais de três anos. Essa variável pode, ainda, atuar como uma forma de prevenção secundária ao transtorno, pois age de forma cumulativa ao longo do tempo (Ozer et al., 2003). O senso de auto-eficácia exerce forte influência sobre a percepção de apoio social recebida pelo indivíduo, podendo configurar-se como um preditor para o TEPT (Johansen, Wahl, Eilertsen, & Weisaeth, 2007). Ademais, os estressores de vida adicionais que ocorrem logo após o trauma podem ter influência na manifestação do TEPT, aumentando a severidade do transtorno (Fontana, Litz, & Rosenheck, 2000; Taylor, 2006).

Sabe-se que o modo como a pessoa lida com o evento estressor é tão ou mais importante que o trauma em si. As estratégias de *coping* são recursos cognitivos, emocionais e comportamentais que o indivíduo utiliza para lidar com situações adversas, objetivando, conseqüentemente, reduzir os efeitos do estresse (Antoniuzzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998; Folkman & Lazarus, 1980, 1985; Lazarus & Folkman, 1984). As variáveis de *coping* cognitivo demonstram correlação negativa com as reações pós-traumáticas (Stallard & Smith, 2007), enquanto que os indivíduos que

frequentemente empregam estratégias de fuga e esquiva estão mais propensos a apresentar reações agudas de estresse após a ocorrência de eventos traumáticos (Johnsen, Eid, Laberg, & Thayer, 2002; Johnsen, Laberg, & Eid, 1998).

Autores têm incluído o processamento cognitivo da experiência traumática para o entendimento do TEPT, atribuindo-lhe importante papel para o desencadeamento, manutenção e agravamento dos sintomas pós-traumáticos (Bryant & Guthrie, 2005; Calhoun & Resick, 1999; Dalgleish, 2004; Dunmore, Clark, & Ehlers, 1999; Ehlers & Clark, 2000; Ehlers et al., 1998, 2003; Hageman, Andersen, & Jorgensen, 2001; Koenen et al., 2002; Solomon & Johnson, 2002; Stallard & Smith, 2007). As teorias empregadas para o entendimento do processamento cognitivo do trauma ressaltam, basicamente, a importância das crenças pós-traumáticas, alegando, inclusive, que o processamento da experiência traumática pode acarretar num rompimento de crenças prévias, tanto negativas quanto positivas, sobre o *self* e o mundo (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992; Resick & Schnicke, 1992; Solomon & Johnson, 2002). Após a experiência do trauma, há um aumento geral de crenças negativas sobre o *self*, sobre o mundo e sobre os outros, ficando evidenciadas diferenças significativas nas crenças de indivíduos com TEPT em comparação àqueles que não desenvolvem o transtorno (Foa et al., 1999; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989). A rigidez das crenças sobre *self* e mundo, sejam elas positivas ou negativas, parece predizer a intensidade do impacto sobre as crenças dos indivíduos após um trauma (Foa & Rothbaum, 1998), já que indivíduos com crenças mais flexíveis sobre o *self* e o mundo não sofrem maiores implicações às crenças formadas até então e apresentam mais recursos para lidar com a experiência traumática, uma vez que processam o trauma apenas como uma experiência incomum (Brewin & Holmes, 2003; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989; Taylor, 2006).

Além das crenças sobre *self* e mundo, crenças de raiva, culpa ou vergonha relacionadas ao trauma são frequentes em indivíduos com TEPT. As crenças associadas com raiva envolvem o pensamento de ter sido prejudicado por outras pessoas, apresentando fortes correlações com a severidade do TEPT. Crenças relacionadas à culpa são igualmente comuns, sendo geralmente exageradas ou distorcidas, principalmente no que diz respeito à importância dos atos dos indivíduos nas situações traumáticas. Além disso, a pessoa com TEPT pode experimentar vergonha, seja externa ou interna, que pode ocasionar padrões de comportamento evitativos (Taylor, 2006). Ainda, as crenças em relação aos próprios sintomas devem

ser levadas em consideração, já que a sensibilidade à ansiedade, ou seja, a tendência a mostrar-se mais assustado e o pensamento de que sensações ansiosas são perigosas, apresenta fortes correlações com a severidade da sintomatologia pós-traumática (Fedoroff, Taylor, Asmundson, & Koch, 2000).

As interpretações negativas são importantes no entendimento da manutenção tanto de recordações intrusivas, quanto do TEPT de maneira geral. Além disso, as estratégias cognitivas e/ou comportamentais utilizadas pelos indivíduos com TEPT para controlar tais pensamentos intrusivos podem contribuir para a manutenção do transtorno (Ehlers & Steil, 1995). Portanto, o TEPT está diretamente relacionado a uma sensação presente de ameaça, na qual as interpretações negativas sobre os pensamentos intrusivos e a raiva impedem que o indivíduo entenda aquele trauma como um acontecimento negativo isolado do passado (Ehlers & Clark, 2000).

Comorbidades

Após a exposição a um trauma, o TEPT pode ser o único diagnóstico identificado, como também pode vir acompanhado de um ou mais transtornos mentais, presentes anteriormente ao trauma ou desencadeados em virtude deste (Briere, 1997). A existência de um único transtorno psiquiátrico em um quadro clínico é mais frequentemente uma exceção do que uma regra (McFarlane, 2004). Dados do NCS (Kessler et al., 1995) demonstram que aproximadamente 83,6% dos indivíduos com TEPT da população geral apresentaram outro diagnóstico em comorbidade, sendo que a depressão maior e o uso de substâncias foram os mais frequentes. Kar e Bastia (2006) observaram a prevalência de 48,3% de depressão maior e 76,9% de transtorno de ansiedade generalizada em comorbidade com TEPT em indivíduos que experienciaram a passagem de um ciclone na área rural de uma cidade asiática. Em relação ao TEPT e à depressão, sabe-se que o TEPT aumenta o risco para o aparecimento de um primeiro episódio depressivo maior e, por outro lado, a depressão aumenta o risco para a exposição a eventos traumáticos (Breslau, Davis, Peterson, & Schultz, 2000). Em um estudo com usuários de substâncias internados em um hospital psiquiátrico, 41% preencheram critérios diagnósticos para o TEPT (Read et al., 2004). Essa alta taxa de comorbidade pode ser justificada pelas seguintes hipóteses: o uso de substâncias pode atuar como uma auto-medicação em relação aos sintomas do TEPT, ou ainda, usuários de substâncias estão em risco elevado de exposição a eventos traumáticos e, por outro

lado, o abuso de substâncias aumenta suscetibilidades individuais para o desenvolvimento do TEPT frente a um trauma (Brady et al., 2004).

A possibilidade da existência de mais de um diagnóstico implica na importância de uma observação cautelosa dos sintomas apresentados pelo paciente, bem como a compreensão do fenômeno psicopatológico e um correto diagnóstico (Knapp & Caminha, 2003; Margis, 2003). É bem estabelecido que as associações entre psicopatologias são capazes de alterar a expressão, o curso e o prognóstico, além de implicar em dificuldades em termos de tratamento (Dantas & Andrade, 2008; Keane et al., 2006; Margis, 2003; Zaleski et al., 2006). Indivíduos com TEPT e outro transtorno em comorbidade representam um desafio em termos de diagnóstico e tratamento (Dansky, Roitzsch, Brady, & Saladin, 1997; McFarlane, 2004). Esses pacientes com comorbidades têm, provavelmente, uma piora de sintomatologia a longo prazo, sintomas de TEPT mais severos, um maior prejuízo no funcionamento e requerem mais atenção terapêutica que indivíduos diagnosticados apenas com TEPT (Dantas & Andrade, 2008; McFarlane, 2004; Knapp & Caminha, 2003).

Quando avaliar?

Existe um interesse crescente dos pesquisadores em abordagens que enfatizam a prevenção, a identificação de fatores de risco, a detecção precoce de TEPT e intervenções imediatas, devido à noção de que o transtorno apresenta um melhor prognóstico se intervenções clínicas são empregadas precocemente (Foa et al., 2000). Logo após um evento catastrófico, a grande maioria dos sobreviventes ficará muito abalada, tornando-se difícil diferenciar aqueles que mais provavelmente vão se recuperar sozinhos dos que apresentam maior risco de desencadear um transtorno psiquiátrico crônico, baseando-se somente nos sintomas manifestados (Friedman, 2009). No entanto, é possível estimar aqueles indivíduos que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia pós-traumática e, a partir disso, empregar intervenções que fortaleçam os fatores de proteção, servindo, dessa forma, como fonte de prevenção secundária e/ou aliviando o sofrimento normal. Em virtude disso, a detecção precoce é fundamental, pois, dependendo do grau de vulnerabilidade ou resiliência do indivíduo, diferentes intervenções podem ser indicadas (Friedman, 2009).

Após a vivência de uma situação traumática, espera-se que a maioria das pessoas apresente um conjunto de reações agudas de estresse ao longo das primeiras 48 horas.

Logo, deverão ser foco de atenção clínica aqueles sintomas que persistirem após esse período (Litz & Maguen, 2007). Imediatamente após o trauma, é usualmente empregada uma intervenção de apoio denominada *psychological first aid*, que não possui o caráter de tratamento, mas tem por objetivo responder às necessidades agudas dos indivíduos que vivenciaram a situação traumática, além de estimular a rede de apoio social, estabelecendo uma conexão humana e não-intrusiva (Litz, Gray, Bryant, & Adler, 2002; Litz & Maguen, 2007; National Center of PTSD, 2010).

O diagnóstico de TEA poderá ser feito transcorridos dois dias após o trauma e cuja duração dos sintomas não poderá exceder um mês após a experiência traumática (APA, 2002). Posteriormente a esse período, o clínico deverá considerar o diagnóstico de TEPT (APA, 2002). Portanto, uma avaliação clínica das reações pós-traumáticas deverá ser feita a partir do segundo dia seguinte à vivência do trauma e, idealmente, nas primeiras duas semanas após o evento, pois, embora o TEA seja um diagnóstico transitório, as intervenções nessa fase aguda já podem servir como prevenção secundária para o TEPT, tendo em vista que, conforme descrito em seções anteriores, o diagnóstico de TEA pode prever o TEPT (Classen, Koopman, Hales, & Spiegel, 1998; Ehlers & Clark, 2003; Forbes et al., 2007; Litz & Maguen, 2007). É conveniente ressaltar que a avaliação clínica continua durante o processo terapêutico, a fim de monitorar o progresso do tratamento e para coletar informações adicionais, revisando a formulação do caso quando demonstrar-se necessário (Taylor, 2006).

Também é comum que o profissional receba pacientes que passaram por situações traumáticas já há algum tempo. Nesses casos, várias situações podem ter ocorrido: o paciente desenvolveu TEPT com início tardio (ou seja, após seis meses da experiência traumática); o paciente está com TEPT crônico e, em virtude de características peculiares do próprio transtorno, como por exemplo, os sintomas de evitação, resistiu a buscar ajuda; o paciente já passou por diversos profissionais e um diagnóstico clínico preciso não foi encontrado ou, até mesmo em virtude da frequente presença de comorbidades, o diagnóstico de TEPT ficou mascarado, entre outras (Bisson et al., 2007; Foa et al., 2000; Knapp & Caminha, 2003; Margis, 2003). O primeiro aspecto que deve ser especialmente considerado é avaliar se o evento traumático está em curso, bem como assegurar que foram tomadas todas as providências e encaminhamentos necessários, considerando as peculiaridades de cada caso, a fim de que sejam garantidos os cuidados básicos de saúde e proteção, evitando, também a revitimização (Orcutt, Erickson, & Wolfe, 2002; Sandberg, Matorin, & Lynn, 1999).

Como avaliar?

A partir da revisão da literatura apresentada anteriormente, não restam dúvidas de que a avaliação clínica das reações possíveis de serem desencadeadas após uma experiência traumática não é tarefa fácil. A seleção dos instrumentos de investigação deve considerar inúmeros fatores, como os objetivos da avaliação, o modelo teórico através do qual o terapeuta conceitualiza os problemas do paciente e os tipos de tratamento disponíveis (Taylor, 2006). De maneira geral, o objetivo de muitas avaliações na área da saúde mental é a constatação diagnóstica que inclui um diagnóstico diferencial e outras informações que sejam úteis para o planejamento do tratamento (Pratt et al., 2006).

Na avaliação psicológica, podem ser incluídas entrevistas estruturadas e instrumentos psicométricos (Friedman, 2009). Especificamente na avaliação das reações pós-traumáticas, a elaboração do plano de avaliação requer a consideração de que sejam incluídos instrumentos que englobem os fatores pré-existent, desencadeadores, mantenedores e protetores envolvidos no TEPT. Apesar disso, uma avaliação compreensiva também deve abarcar informações sobre a história familiar do indivíduo, o contexto de vida, sintomas, crenças, capacidades, fraquezas, sistemas de suporte e estratégias de *coping*, além de indicadores do funcionamento social e ocupacional (Briere, 1997; Keane, Weathers, & Foa, 2000). Ferramentas clinicamente importantes incluem entrevistas e medidas de auto-relato, como instrumentos que avaliem as crenças disfuncionais associadas ao TEPT (Taylor, 2006). Tal procedimento possibilita um conhecimento mais aprofundado sobre o indivíduo, seu transtorno e, conseqüentemente, seu sofrimento, fornecendo uma maior gama de subsídios para o profissional elaborar intervenções terapêuticas que abarquem as peculiaridades de cada caso.

Antes da avaliação ter início, é imprescindível informar o paciente sobre os limites da confidencialidade, como nos casos de risco de suicídio ou de agressões a outras pessoas, ressaltando que todos os procedimentos serão adotados a fim de assegurar seu próprio bem-estar e de outros (Taylor, 2006). Especialmente nos casos judiciais, o avaliador deve deixar claro o seu papel e a limitação do sigilo, tendo em vista que as informações prestadas pelo examinado serão encaminhadas à autoridade requerente (Anache & Reppold, 2010; Echeburúa & Subijana, 2008). A seguir, serão descritos métodos e apresentados exemplos de instrumentos (ver Tabela 1) que podem ser empregados na avaliação das reações pós-traumáticas, considerando os fatores

descritos anteriormente.

Uma entrevista acerca dos dados sociodemográficos gerais sobre o paciente, como: sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, entre outros, deve ser considerada. A partir destas informações, já é possível estimar prováveis fatores de risco, bem como avaliar recursos cognitivos, emocionais e socioeconômicos do indivíduo para dar seguimento a futuros encaminhamentos, caso seja constatada a necessidade de alguma modalidade de intervenção (Ozer & Weiss, 2004).

A avaliação da exposição a eventos traumáticos tem como objetivo verificar se o indivíduo foi exposto a algum estressor traumático enquadrado no critério A1 do DSM-IV-TR (APA, 2002) e deve ser feita, sempre que possível, a partir da combinação entre instrumentos objetivos e auto-relatos. Além desses instrumentos, existem outros que averiguam exposições a situações traumáticas específicas, como: tortura, abuso sexual na infância, guerras, etc. (Friedman, 2009). É comum que indivíduos tenham sido expostos a mais de um tipo de situações traumáticas enquadradas no critério A1, ou que a exposição a um determinado evento tenha ocorrido de maneira repetida, como nos casos de veteranos de guerra ou vítimas de violência doméstica. Nesses casos, é importante que a avaliação e, posteriormente, o tratamento, se detenham, principalmente, naquele evento que o paciente avalia como sendo o mais traumático, com maior impacto para a sua vida (Breslau, Peterson, Poisson, Schultz, & Lucia, 2004; Friedman, 2009; Weathers, Keane, & Foa, 2009).

A constatação diagnóstica de sintomas ou de transtornos psiquiátricos é fundamental para iniciar a formulação do caso e o plano de tratamento, embora o diagnóstico em si seja insuficiente para estes objetivos (Taylor, 2006; Weathers et al., 2009). Entre os instrumentos disponíveis para a constatação diagnóstica e rastreio de sintomas de TEA e TEPT, encontram-se entrevistas diagnósticas estruturadas administradas pelo clínico, que são consideradas ferramentas extremamente válidas para acessar a sintomatologia pós-traumática, e também questionários auto-aplicáveis, utilizados principalmente para mensurar a severidade dos sintomas (Friedman, 2009; Pratt et al., 2006). O foco principal da avaliação clínica não deve centrar-se, exclusivamente, na presença ou não do diagnóstico de TEPT, mas sobretudo, na intensidade e na frequência dos sintomas pós-traumáticos, tendo em vista que estas avaliam a sintomatologia num *continuum*, possibilitando maior precisão e dimensionamento com relação ao funcionamento, sofrimento e prejuízos sociais e ocupacionais do paciente (Brown & Barlow, 2009).

Naifeh e Elhai (2010) ressaltam que, apesar dos significativos avanços no estudo do TEPT, existe um aspecto do processo de avaliação que ainda tem sido pouco enfatizado, que é a maneira pela qual a história individual do trauma é relacionada com os sintomas do TEPT, visto que muitos instrumentos acessam ou a exposição a situações traumáticas ou os sintomas de TEPT, nunca ambos, dificultando que a relação causal entre eles seja estabelecida. Portanto, é imprescindível incluir o relato detalhado do trauma vivenciado e de seu contexto, acessando, também, outros estressores circunscritos ao trauma. Além desse procedimento auxiliar a entender inteiramente as experiências do paciente relacionadas ao trauma, também fornece informações importantes sobre os aspectos que funcionam como gatilhos para reações pós-traumáticas, sendo, portanto, necessário para o planejamento de futuras intervenções, como por exemplo, nas sessões de exposição (Carlson & Dutton, 2003; Taylor, 2006).

É indispensável que a entrevista diagnóstica proporcione um ambiente seguro, confiável e sensível, já que se solicita aos pacientes com um possível diagnóstico pós-traumático que relatem eventos dolorosos de sua vida, abandonando suas estratégias cognitivas e comportamentais de evitação que os afastam de memórias e sensações intoleráveis relacionadas à situação traumática experienciada (Friedman, 2009; Weathers et al., 2009). Também é possível que os pacientes percebam o processo de avaliação com receio, desconfiança e, até mesmo, experienciem as entrevistas como um estressor adicional (Briere, 1997). Portanto, é essencial conduzir a entrevista clínica sobre o trauma, sobretudo nos casos de TEPT crônico, num ritmo tolerável e empático para o paciente, encorajando-o a apontar os momentos em que a investigação tornar-se desgastante, retrocedendo imediatamente quando ele assinalar (Friedman, 2009; Taylor, 2006). Durante o processo de avaliação, pode ser conveniente solicitar ao paciente permissão para conversar com pessoas significativas da sua vida, a fim de se obter outra perspectiva sobre o seu funcionamento e seus sintomas (Taylor, 2006). Em alguns casos, é pertinente certificar se o paciente está em segurança, não apresentando riscos de se colocar em situações que favoreçam a revitimização (Cogle, Resnik, & Kilpatrick, 2009; Taylor, 2006).

Para avaliação de outros sintomas pós-traumáticos possíveis, bem como de comorbidades, é necessária a utilização de entrevistas que avaliem uma variedade de transtornos (Friedman, 2009; Taylor, 2006; Weathers et al., 2009), a partir dos critérios diagnósticos vigentes (APA, 2002; Organização Mundial da Saúde, 1997). Embora tais instrumentos possibilitem a avaliação de uma grande variedade de transtornos, eles não

foram desenvolvidos para mensurar a severidade dos sintomas, por isso outras medidas podem ser empregadas com este propósito a fim de serem posteriormente utilizadas para monitorar mudanças sintomáticas ao longo do tratamento, sejam estas pós-traumáticas, de ansiedade, depressão ou outras (Taylor, 2006).

Convém destacar para a importância de se averiguar o histórico de psicopatologias na família. Além disso, a avaliação do funcionamento pré-traumático (ou pré-mórbido) do paciente pode auxiliar o clínico a estimar o risco para problemas futuros, se há interações entre os transtornos ou problemas, bem como providenciar indicadores dos prováveis benefícios do tratamento, e se outras intervenções são necessárias (Taylor, 2006; Weathers et al., 2009). Também é interessante acessar a história prévia de tratamento, os resultados deste e os motivos pelos quais a sua resposta foi incompleta (Taylor, 2006).

A avaliação clínica pós-traumática não deve focalizar somente nos sintomas, mas também incluir instrumentos que avaliem, por exemplo, as cognições pós-traumáticas sobre *self*, mundo e auto-responsabilização, e as estratégias de *coping*, pois se sabe que tão ou mais importante que a experiência em si, é a maneira como o indivíduo interpreta a situação e o repertório de estratégias que emprega para lidar com estas experiências (Brewin & Holmes, 2003; Brewin et al., 2000; Ehlers & Steil, 1995; Foa et al., 1999; Foa & Rothbaum, 1998; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989; Johnsen et al., 1998; Johnsen et al., 2002; Keane et al., 2000; Stallard & Smith, 2007; Taylor, 2006). Ainda, conforme justificado anteriormente, é necessário incluir a avaliação de sentimentos em relação ao trauma, como raiva, culpa e vergonha, bem como a avaliação de crenças em relação aos sintomas de ansiedade. A presença de sintomas dissociativos durante o trauma deve ser considerada e avaliada, já que pode contribuir para o desencadeamento, a manutenção e o agravamento do TEPT, interferindo no processamento cognitivo e emocional da situação traumática (Halligan, Clark, & Ehlers, 2002; Taylor, 2006).

É recomendável uma avaliação das capacidades cognitivas e do QI, já que estes configuram-se como fatores de risco para o TEPT, conforme descrito anteriormente (Briere, 1997). Também sugere-se a avaliação da personalidade do indivíduo, a fim de que seja incluída uma avaliação compreensiva do seu funcionamento (Keane, 2010), bem como a avaliação da percepção de apoio social (Briere, 1997), que pode ser feita através de entrevista clínica que investigue o número e a qualidade das relações

familiares e contatos sociais com amigos, e o quanto estas relações são de fato percebidas como apoio, além de instrumentos específicos que avaliam estes aspectos. Se existe a suspeita de que o paciente esteja subestimando ou superestimando sintomas, pode ser empregado o MMPI-2, instrumento frequentemente utilizado no âmbito internacional para auxiliar na detecção da simulação/dissimulação (Gray, Elhai, & Briere, 2010; Merten, Lorenz, & Schlatow, 2010; Taylor, 2006; Taylor, Frueh, & Asmundson, 2007).

Tabela 1. *Exemplos de Instrumentos*

Domínios de Avaliação	Exemplos de Instrumentos Disponíveis		
	Autoaplicação	Entrevistas; Administrado pelo Clínico	Adaptado para o português
Exposição a eventos traumáticos	TSS; TAA; PSEI; TEQ; TLEQ; ELS-Q; THQ; SLESQ; LSC-R; THS; LEC; CTQ;	ELS-I	CTQ (QUESI)
Diagnóstico de TEA, TEPT e Rastreo de sintomas pós-traumáticos	Davison Self Rating PTSD Scale; ASDI; ASDS; SPTSS; TSQ; DTS; DEQ; IES-R; PCL; PSS; SCL-PTSD; TSI; TSC-40	SCID; MINI; CAPS; PTSD-Interview; SASRQ; SPTSS	SCID; MINI; SPTSS
Sintomas Dissociativos	PDEQ; QEDP; DES		
Culpa/Vergonha/Raiva	TRGI; GI; STAEI		
Estratégias de <i>Coping</i>	Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>		
Cognições pós-traumáticas	PTCI		PTCI
Sintomatologia e Diagnósticos Psiquiátricos	BAI; BDI (BDI-II); BHS; BSI; ASI	SCID; MINI; DIS-IV	BAI*; BDI*; BHS; BSI; SCID; MINI
Personalidade		Rorschach; MMPI; PAI	MMPI; Rorschach*
Apoio social	CSQ; SPS		
Capacidade Cognitiva e QI		WAIS-III	WAIS-III*

Nota. TSS = Traumatic Stress Schedule; TAA = Trauma Assessment for Adults; PSEI = Potencial Stressful Events Interview; TEQ = Events Questionnaire; TLEQ = Traumatic Life Events Questionnaire; ELS = Evaluation of Lifetime Stressors; ELS-Q = ELS self-report questionnaire; ELS-I = ELS interview; THQ = Trauma History Questionnaire; SLESQ = Stressful Live Events Screening Questionnaire; LSC-R = Life Stressor Checklist – Revised; THS = Trauma History Screen; LEC = Life Events Checklist; CTQ = Childhood Trauma Questionary; ASDI = Acute Stress Disorder Interview; ASDS = Acute Stress Disorder Scale; SASRQ = Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire; SPTSS = Screen for Posttraumatic Stress Symptoms; CAPS = Clinician Administered PTSD Scale; PTSD-Interview; TSQ = Trauma Screening Questionnaire; DTS = Davidson Trauma Scale; DEQ = Distressing Event Questionnaire; IES-R = Impact of Event Scale-Revised; PTSD Checklist PCL; PSS = PTSD Symptom Scale; SCL-PTSD; TSI = Trauma Symptoms Inventory; PTCI = Posttraumatic Cognitions Inventory; TSC-40 = Trauma Symptom Checklist-40; PDEQ = Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire; QEDP = Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas; DES = Dissociative Experiences Scale; TRGI = Trauma-Related Guilt Inventory; GI = Guilt Inventory; STAEI = State-Trait Anger Expression Inventory; PTCI = Posttraumatic Cognitions Inventory; BAI = Inventário Beck de Ansiedade; BDI = Inventário Beck de Depressão; BDI-II = -Beck Depression Inventory; BHS = Escala de Desesperança Beck; BSI = Escala de Ideação Suicida Beck; ASI = Anxiety Sensitivity Index; SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R; MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview; DIS-IV = Diagnostic Interview Schedule IV; MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory; CSQ = Crisis Support Questionnaire; SPS = Social Provisions Scale; PAI = Personality Assessment Inventory; WAIS-III = Escala de Inteligência Wechsler para Adultos. Referências sobre os instrumentos podem ser consultadas em: Brewin, 2005; Briere, 1997; Friedman, 2009; Keane, 2010; National Center of PTSD, 2010; Norris & Hamblen, 2004; Orsillo, 2001; Pratt, Brief, & Keane, 2006; Taylor, 2006.

* Testes Psicológicos com Parecer Favorável pelo Conselho Federal de Psicologia (2011), devendo, portanto, serem administrados somente por psicólogos (Conselho Federal de Psicologia, 2003).

Considerações Finais

A identificação dos fatores de risco pode auxiliar tanto no entendimento da etiologia do TEPT, como no desenvolvimento de ações preventivas para aquelas pessoas consideradas propensas a desenvolver o transtorno (Keane et al., 2006). Portanto, parece haver um consenso de que o TEPT tem uma etiologia multifatorial (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003; Ozer & Weiss, 2004; Yehuda & McFarlane, 1995).

A utilização de instrumentos psicométricos também é essencial no decorrer do processo terapêutico, como ferramenta para mensurar os efeitos do tratamento (seja este farmacológico, psicológico ou a combinação de ambos) e, por conseguinte, para motivar os pacientes a seguir em terapia (Pratt et al., 2006; Taylor, 2006). No âmbito científico, os questionários e testes psicológicos frequentemente são bastante valiosos, pois possibilitam a constatação da confiabilidade teste-reteste, consistência interna, indicadores de validade, além de apresentarem informações individuais que podem ser comparadas tanto com a população geral quanto com populações de interesse específico (Pratt et al., 2006).

Também é fundamental que o examinador tenha claro que os instrumentos empregados no processo de avaliação devem ser escolhidos conforme as peculiaridades do paciente, sendo que uma avaliação compreensiva é indispensável para uma correta constatação diagnóstica, para a formulação do caso e do plano de tratamento, além de monitorar o progresso deste (Taylor, 2006). A partir dos procedimentos utilizados na avaliação, deverá ser possível identificar não somente os sintomas e transtornos desencadeados pela situação traumática vivenciada, como também os possíveis fatores de risco e de proteção, a fim de que tais aspectos possam ser trabalhados em termos de prevenção e/ou tratamento. Para isso, é fundamental que, durante a avaliação clínica, se atente para relações causais ou temporais entre as variáveis, como por exemplo, a análise da interligação entre sintomas, comportamentos, pensamentos, etc. (Taylor, 2006). Também é necessário que se priorize a utilização de instrumentos válidos para aquela população, tendo em vista que diferenças culturais podem repercutir na resposta do indivíduo aos eventos traumáticos (Briere, 1997; de Jong et al., 2001; Keane et al., 2006; Pratt et al., 2006)

Durante a avaliação, uma intervenção terapêutica é iniciada, na medida em que permite ao paciente entender melhor a natureza de seus problemas e a pensar possíveis

soluções para eles. Apesar de estratégias terapêuticas não serem, *a priori*, implementadas durante a avaliação, o clínico pode oferecer comentários tranquilizadores para os pacientes, especialmente para aqueles que se culpam pela situação traumática vivenciada. Ao final da sessão de avaliação, é extremamente benéfico, para o clínico e para o paciente, que compartilhem esta experiência, descrevendo tanto os momentos úteis como aqueles mais difíceis (Taylor, 2006). Portanto, é importante que, ao término da avaliação, ocorra a integração dos achados, julgamento clínico, síntese do caso e recomendações, incluindo os encaminhamentos necessários (Keane, 2010).

Por fim, convém ressaltar que as estratégias de avaliação variam de acordo com os seus propósitos, ou seja, para as avaliações com finalidade clínica, forense ou de pesquisa, é importante considerar as peculiaridades com relação aos instrumentos e métodos de entrevista (Carlson & Dutton, 2003). Ao mesmo tempo, é necessário que a metodologia empregada seja condizente com o referencial teórico adotado pelo examinador (Anache & Reppold, 2010). No Brasil, os testes psicológicos são de uso privativo dos psicólogos e, para fins clínicos ou forenses, devem ser utilizados somente aqueles instrumentos que possuem parecer favorável do Conselho Federal de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2003).

Ainda são poucos os instrumentos disponíveis no Brasil para a avaliação das reações pós-traumáticas e suas repercussões na vida dos indivíduos. Em virtude disso, enfatiza-se que esforços devam ser feitos no desenvolvimento e/ou na adaptação de instrumentos adicionais, pois de nada adianta um entendimento profundo sobre o trauma e seus efeitos se estes achados não puderem ser replicados na prática profissional e empregados em outros contextos de avaliação.

Referências

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3a. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2010). *DSM-5 Development*. Acesso em 21 de setembro, 2010, em <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Amstadter, A., Nugent, N., & Koenen, K. (2009). Genetics of PTSD: Fear conditioning as a model for future research. *Psychiatric Annals.*, 39, 358-367.
- Anache, A. A., & Reppold, C. T. (2010). Avaliação Psicológica: Implicações éticas. In: A. P. A Santos, A. A. Anache, A. E. Villemor-Amaral, B. S. G. Werlang, C. T. Reppold, C. H. S. S. Nunes, M. Tavares, M. C. Ferreira, & R. Primi (Orgs.). *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão* (pp. 57-85). Brasília: CFP.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294.
- Asmundson, G. J. G., Stapleton, J. A., & Taylor, S. (2004). Are avoidance and numbing distinct PTSD symptom clusters? *Journal of Traumatic Stress*, 17, 467-475.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., & Marshall, R. D. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 55-62.
- Belfer, M. L., & Rohde, L. A. (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: Problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18, 359-365.
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J., Charlet, J., Lauque, D., et al. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: A three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1337-1339.
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bradley, R., Jenei, J., & Western, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder

- disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*, 24-31.
- Brady, K. T., Back, S. E., & Coffey, S. F. (2004). Substance Abuse and Posttraumatic Stress Disorder. *Current Directions in Psychological Science*, *13*, 206-209.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, *47*, 923-929.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, *20*, 1-13.
- 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*, 216-222.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, *48*, 902-909.
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, *50*, 699-704.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 626-632.
- Breslau, N., Lucia, V. C., & Alvarado, G. F. (2006). IQ and posttraumatic stress symptoms in children intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder: A follow-up study at age 17 years. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 1238-1245.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Poisson, L. M., Schultz, L. R., & Lucia, V. C. (2004). Estimating posttraumatic stress disorder in the community: Lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological Medicine*, *34*, 889-898.
- Breslau, N., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2008). Second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, *65*, 431-437.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 53-62.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting*

- and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 23, 339-376.
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, A., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 366-373.
- Briere, J. (1997). *Psychological assessment of adult posttraumatic states*. Washington: American Psychological Association.
- Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 497-503.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma. In: C. Courtois, & J. Ford, *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide* (pp. 104-123). New York: Guildford Press.
- Brooks, R., Silove, D., Bryant, R., O'Donnell, M., Creamer, M., & McFarlane, A. (2008). A confirmatory factor analysis of the Acute Stress Disorder Interview. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 352-355.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.
- Brown, R. J., Schrag, A., & Trimble, M. R. (2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 899-905.
- Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 789-795.
- Bryant, R. A., & Guthrie, R. M. (2005). Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: A study of trainee firefighters. *Psychological Science*, 16, 749-752.
- Buckley, T. D., Blanchard, E. B., & Neill, W. T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 1041-1065.

- Calhoun, K. S., & Resick, P. (1999). Transtorno de estresse pós-traumático. In D. H. Barlow (Org.), *Manual dos Transtornos Psicológicos* (2a. ed., pp. 63-118). Porto Alegre: Artmed.
- Carlson, E. B., & Dutton, M. A. (2003). Assessing experiences and responses of crime victims. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 133-148.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry, 155*, 620-624.
- Cloitre M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy, 36*, 119-124.
- Conselho Federal de Psicologia (2011). *Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI*. Acesso em 22 de março, 2011, em <http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm?lista1=sim>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2003). *Resolução CFP 002/2003*.
- Cogle, J. R., Resnick, H., & Kilpatrick, D. G. (2009). A prospective examination of PTSD symptoms as risk factors for subsequent exposure to potentially traumatic events among women. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 405-411.
- 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*, 1237-1247.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin, 130*, 228-260.
- Dansky, B. S., Roitzsch, J. C., Brady K. T., & Saladin, M. E. (1997). Posttraumatic stress disorder and substance abuse: Use of research in a clinical setting. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 141-148.
- Dantas, H. & Andrade, A. (2008). Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: Uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica, 35*, 55-60.
- de Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Ommeren, M. V., Masri, M. E., Araya, M., Khaled, N., et al. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA, 286*, 555-562.
- Delahanty, D. L., Raimonde, A. J., Spoonster, E., & Cullado, M. (2003). Injury severity,

- prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *Anxiety Disorders*, 17, 149-164.
- Delaney-Black, V., Covington, C., Ondersma, S. J., Nordstrom-Klee, B., Templin, T., & Ager, J. (2002). Violence exposure, trauma, and IQ and/or reading deficits among urban children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 280-285.
- Dietrich, A. (2003). Characteristics of child maltreatment, psychological dissociation, and somatoform dissociation of canadian inmates. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 81-100.
- Dorigo, J. N., & Lima, M. E. A. (2007). O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: Reflexões em torno de um caso clínico. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 10, 55-73.
- Duke, L. M., & Vasterling, J. J. (2005). Epidemiological and methodological issues in neuropsychological research on PTSD. In: J. J. Vasterling, & C. B. Brewin (Eds.), *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive and Clinical Perspectives* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829.
- Echeburúa, E., & Subijana, I. J. (2008). Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 733-749.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53, 817-826.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1-10.

- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- Fedoroff, I. C., Taylor, S., Asmundson, G. J. G., & Koch, W. J. (2000). Cognitive factors in traumatic stress reactions: Predicting PTSD symptoms from anxiety sensitivity and beliefs about harmful events. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 5-15.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Introduction. In: E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 1-17). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In: J. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (pp. 285-309). Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Follette, W. C., & Naugle, A. E. (2006). Functional analytic clinical assessment in trauma treatment. In: V. C. Follette & J. I. Ruzek (Eds), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 17-33). New York: Guilford Press.
- Fontana, A., Litz, B., & Rosenheck, R. (2000). Impact of combat and sexual harassment on the severity of posttraumatic stress disorder among men and women peacekeepers in Somalia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188, 163-169.
- Forbes, D., Creamer, M. C., Phelps, A. J., Couineau, A., Cooper, J. A., Bryant, R. A., et

- al. (2007). Treating adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general practice: A clinical update. *MJA*, *187*, 120-123.
- Friedman, M. (2009). Transtorno de Estresse Agudo e Pós-traumático: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. Porto Alegre: Artmed.
- Friedman, M. J. (2010). PTSD revisions proposed for DSM-5, with input from array of experts. *Psychiatric News*, *45*, 8-33.
- Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, *5*, 1242-1247.
- Gray, M. J., Elhai, J. D., & Briere, J. (2010). Evaluation of the atypical response scale of the Trauma Symptom Inventory-2 in detecting simulated posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 447-451.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, p. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, *67*, 113-123.
- Hageman, I., Andersen, H. S., & Jorgensen, M. B. (2001). Post-traumatic stress disorder: A review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*, 411-422.
- Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2002). Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: Two experimental analogue studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *33*, 73-89.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2000). Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 626-628.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2002). Acute stress disorder: A synthesis and critique. *Psychological Bulletin*, *128*, 886-902.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, *49*, 1023-1039.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2a. ed). Northvale: Jason Aronson.
- Inslicht S. S., McCaslin S. E., Metzler, T. J., Henn-Haase, C., Hart S. L., Maguen, D.,

- et al. (2010). Family psychiatric history, peritraumatic reactivity, and posttraumatic stress symptoms: A prospective study of police. *Journal of Psychiatric Research, 44*, 22-31.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., & Weisaeth, L. (2007). Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence: A longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*, 583-593.
- Johnsen, B. H., Eid, J., Laberg, J. C., & Thayer, J. F. (2002). The effect of sensitization and coping style in post-traumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Psychology, 43*, 181-188.
- Johnsen, B. H., Laberg, J. C., & Eid, J. (1998). Coping strategies and mental health problems in a military unit. *Military Medicine, 163*, 599-602.
- Kar N., & Bastia, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: A study of Comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2*, 1-17.
- Keane, T. M. (2010). *PTSD Assessment*. Acesso em 03 de novembro, 2010, em <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment.asp>
- Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M. W. (2007). Assessment of PTSD and Its Comorbidities in Adults. In: M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 279-305). New York: The Guilford Press.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 161-197.
- Keane, T. M., Weathers, F. W., & Foa, E. B. (2000). Diagnosis and assessment. In: E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 18-36). New York: Guilford Press.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.

- 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*, 1048-1060.
- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *25*, 31-36.
- Koenen, K. (2007). Genetics of Posttraumatic Stress Disorder: Review and recommendations for future studies. *Journal of Traumatic Stress*, *20*, 737-750.
- Koenen, K. C., Harley, R., Lyons, M. J., Wolfe, J., Simpson, J. C., Goldberg, et al. (2002). A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*, 209-218.
- Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkely, California, Firestorm. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 888-894.
- Kremen, W. S., Koenen, K. C., Boake, C., Purcell, S., Eisen, S. A., Franz, C. E., et al. (2007). Pretrauma cognitive ability and risk for posttraumatic stress disorder: A twin study. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 361-368.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology Science and Practice*, *9*, 112-134.
- Litz, B. T. & Maguen, S. (2007). Early intervention for trauma. In: M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds). *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 306-329). New York: Guildford Press.
- Maercker, A., Beauducel, A., & Schützwohl, M. (2000). Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners. *Journal of Traumatic Stress*, *13*, 651-660.
- Margis, R. (2003). Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: Regra ou exceção? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *25*, 17-20.
- McFarlane, A. C. (2004). Dual diagnosis and treatment of PTSD. In: J. P. Wilson, M. J. Friedman, & J. D. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma & PTSD* (pp. 237-254). New York: Guilford Press.

- McNally, R. J. (2009). Can we fix PTSD in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 26, 597-600.
- Merten, T., Lorenz, R., & Schlatow, S. (2010). Posttraumatic stress disorder can easily be faked, but faking can be detected in most cases. *German Journal of Psychiatry*, 13, 140-149.
- Naifeh, J. A., & Elhai, J. D. (2010). An experimental comparison of index traumatic event queries in PTSD assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 155-160.
- National Center of PTSD. (2010). Assessment. *Acesso em 19 de outubro, 2010, em <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment.asp>*
- National Center of PTSD. (2010). Psychological first aid: Field operations guide. *Acesso em 07 de outubro, 2010, em <http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/psych-first-aid.asp>*.
- 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, 409-418.
- Norris, F. H., & Hamblen, J. L. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In: J. P. Wilson, T. M. Keane, & T. Martin (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 63-102). New York: Guilford Press.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Elliott, P., Bryant, R., McFarlane, A., & Silove, D. (2009). Prior trauma and psychiatric history as risk factors for intentional and unintentional injury in Australia. *The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, 66, 470-476.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D., & Bryant, R. A. (2010). Should A2 be a diagnostic requirement for posttraumatic stress disorder in DSM-V? *Psychiatry Research*, 176, 257-260.
- Orcutt, H. K., Erickson, D. J., & Wolfe, J. (2002). A Prospective analysis of trauma exposure: The mediating role of PTSD symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 259-266.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10a. ed. rev). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Orsillo, S. M. (2001). Measures for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. In: M. M. Antony, & S. M. Orsillo (Eds.), *Practitioner's guide to*

- empirically based measures of anxiety* (pp. 255-307). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*, 52-73.
- Ozer, E. J., & Weiss, S. (2004). Who develops posttraumatic stress disorder? *Current Directions in Psychological Science*, *13*, 169-172.
- Pratt, E. M., Brief, D. J., & Keane, T. M. (2006). Recent advances in psychological assessment of adults with posttraumatic stress disorder. In: V. C. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 34-64) New York: Guilford Press.
- Read, J. P., Brown, P. J., & Kahler C. H. (2004). Substance use and posttraumatic stress disorders: Symptom interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviors*, *29*, 1665-1672.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 748-756.
- 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*, 261-272.
- Sandberg, D. A., Matorin, A. I., & Lynn, S. J. (1999). Dissociation, posttraumatic symptomatology, and sexual revictimization: A prospective examination of mediator and moderator effects. *Journal of Traumatic Stress*, *12*, 127-138.
- Shalev, A. Y. (2009). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and stress related disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *32*, 687-704.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, *153*, 219-226.
- Solomon, S. D., & Johnson, D. M. (2002). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 947-959.
- Stallard, P., & Smith, E. (2007). Appraisals and cognitive coping styles associated with chronic post-traumatic symptoms in child road traffic accident survivors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*, 194-201.
- Stein, M., Jang, K., Taylor, S., Vernon, P., & Livesley, J. (2002). Genetic and

- environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 1675-1681.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Taylor, S., Frueh, B. C., & Asmundson, G. J. G. (2007). Detection and management of malingering in people presenting for treatment of posttraumatic stress disorder: Methods, obstacles, and recommendations. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 22-41.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *The American Journal of Psychiatry*, *153*, 83-93.
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, *68*, 129-135.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Foa, E. B. (2009). Assessment and diagnosis of PTSD. In: E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), *Effective Treatments for PTSD* (2a. ed, pp. 23-61). New York: Guildford Press.
- Yehuda, R. (1999a). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *44*, 34-39.
- Yehuda, R. (1999b). Risk factors for posttraumatic stress disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Yehuda, R., & LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, *56*, 19-32.
- Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1705-1713.
- Zaleski, M., Lanjeira, R., Marques, A., Ratto, L., Romano, M. Alves, H. Soares, M., et al. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *28*, 142-148.

Seção Empírica: Avaliação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos

Avaliação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos

Resumo

Este estudo investigou a manifestação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de dados sociodemográficos, *Mini International Neuropsychiatric Interview*, Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Estresse Pós-Traumático, Inventário Beck de Depressão, Inventário Beck de Ansiedade, Inventário de Crenças Pós-Traumáticas, Inventário de Estratégias de *Coping* e Entrevista sobre o Trauma. A amostra final foi constituída de 21 bancários, com idades entre 27 e 56 anos ($M = 45,19$; $DP = 9,47$), sendo 8 mulheres (38,1%) e 13 homens (61,9%). A média de ataques a bancos vivenciados foi 4,05 ($\pm 3,58$). Quanto aos sintomas de ansiedade e depressão, 38,1% dos participantes apresentaram intensidade de moderada a grave e 42,9% apresentaram sintomatologia pós-traumática significativa compatível com o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Quanto aos diagnósticos psiquiátricos, 81% dos participantes preencheram critérios para ao menos uma psicopatologia e 28,6% apresentaram risco de suicídio ao longo da vida. As crenças negativas sobre o mundo foram as mais apontadas ($M = 4,54$). Além disso, as crenças pós-traumáticas apresentaram correlação significativa com os sintomas pós-traumáticos ($r_s = 0,86$; $p < 0,001$). Também observou-se correlação significativa entre a estratégia de suporte social e os sintomas pós-traumáticos ($r_s = - 0,37$; $p < 0,05$). Constatou-se que grande parte dos bancários apresentou sintomatologia pós-traumática significativa, com predomínio de sintomas de excitabilidade aumentada, bem como níveis expressivos de ansiedade e depressão. De forma geral, esses resultados apontam para a insegurança que acompanha a rotina dos bancários, a qual desempenha um papel na manifestação sintomática, bem como no processamento cognitivo e nas estratégias de *coping* desses trabalhadores.

Palavras-chave: transtornos de estresse pós-traumáticos; avaliação; ansiedade; depressão; acidentes de trabalho.

Evaluation of post-traumatic reactions in bank employees victims of bank attacks

Abstract

The aim of this study was to investigate the manifestation of post-traumatic reactions in victims of bank attacks. The following instruments were used: Sociodemographic questionnaire, Mini International Neuropsychiatric Interview, Screen for Posttraumatic Stress Symptoms, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, The Posttraumatic Cognitions Inventory, Coping Strategies Inventory and Trauma Interview. The subjects were 21 bank employees of both sexes, 8 women (38.1%) and 13 men (61.9%) aged between 27 and 56 years ($M = 45.19$; $SD = 9.47$). In average, participants were exposed to 4.05 traumatic events (± 3.58). As for the symptoms of anxiety and depression, 38.1% of the participants showed moderated to severe intensity and 42.9% showed significant post-traumatic symptoms, compatible with PTSD diagnostic. As for the psychiatric diagnoses, 81% of the subjects filled criteria for at least one mental disorder and 28.6% presented risk of suicide. The negative cognitions about the world were the most frequent ($M = 4.54$). Also, the post-traumatic cognitions showed significant correlation with the post-traumatic symptoms ($r_s = .86$; $p < .001$). The social support strategy also showed a significant correlation with the post-traumatic symptoms ($r_s = -.37$; $p < .05$). It was found that most of bank employees had significant post-traumatic symptoms, with prevalence of hyperarousal symptoms, as well as significant levels of anxiety and depression. Overall, these outcomes point to the unsafeness that accompanies the routine of bank employees, which plays a role in symptomatic manifestation, as well as cognitive processing and coping strategies.

Keywords: post-traumatic stress disorders; evaluation; anxiety, depression; occupational accidents.

Introdução

Vivenciar um evento estressor traumático, quando percebido pelo indivíduo como intenso e ameaçador, envolvendo sensação de impotência, medo ou horror, como em situações de assalto, pode desencadear o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e outros problemas mentais, como a depressão maior, síndromes psicossomáticas e abuso de substâncias (Kessler, 2000; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Kristensen, Parente, & Kaszniak, 2005; Kristensen, Parente, & Kaszniak, 2006; Oquendo et al., 2003; Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000). O TEPT é um transtorno de ansiedade, cujos sintomas envolvem revivência contínua do evento traumático experienciado, evitação e entorpecimento e excitabilidade aumentada (American Psychiatric Association [APA], 2002).

Em revisão de estudos epidemiológicos, estimou-se a prevalência de TEPT ao longo da vida entre 1 e 9%, sendo que os índices de exposição a algum evento estressor traumático variaram de 40 a 90% (Sher, 2004). No *National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*, uma pesquisa realizada na população geral norte-americana que utilizou os critérios diagnósticos do *DSM-IV-TR* (APA, 2002), foi encontrada uma prevalência do transtorno ao longo da vida estimada em 6,8% (Kessler, Berglund et al., 2005), sendo que o TEPT foi considerado o quinto transtorno mental mais comum nos últimos 12 meses (Kessler, Chiu et al., 2005).

Com relação às diferenças entre os sexos, a literatura aponta que as mulheres apresentam taxas de prevalência de TEPT maiores do que os homens (Kessler et al., 1995; Lilly, Pole, Best, Metzler, & Marmar, 2009). No estudo de Lily e colaboradores (2009), encontrou-se que uma das prováveis explicações para isso diz respeito às diferenças na emotividade peritraumática e não às condições biológicas.

Conforme De Girolamo e McFarlane (1996), a prevalência de TEPT tende a ser mais alta em países em desenvolvimento. Entretanto, os autores destacam que os estudos nestes países correspondem a menos de 6% das pesquisas realizadas a nível mundial. Dessa maneira, destaca-se a necessidade de estudos sobre essa temática em países como o Brasil, visto que diferenças geográficas e socioculturais podem estar presentes, influenciando não somente as taxas de exposição a eventos traumáticos, mas também o curso dos sintomas, o apoio social recebido e as estratégias de *coping* utilizadas (Belfer & Rhode, 2005; Keane, Marshall, & Taft, 2006; Taylor, 2006).

Segundo o levantamento do Sindicato dos Bancários de Porto Alegre e Região (SindBancários), os ataques a bancos no estado do Rio Grande do Sul são um problema de proporções relevantes. A estatística elaborada pelo Departamento de Comunicação do SindBancários (2010), através do levantamento de informações da imprensa e da própria categoria, registrou, entre maio de 2006 e dezembro de 2009, cerca de 590 casos de ataques a bancos no Rio Grande do Sul, provocando mortes, ferimentos e traumas. Os ataques incluem: assaltos, arrombamentos, sequestros e furtos. Ademais, o levantamento de 2010 indicou a ocorrência de 105 ataques a bancos no Estado somente naquele ano (SindBancários, 2011). Tal situação retrata o quadro de insegurança do estado do Rio Grande do Sul, refletindo diretamente na saúde de funcionários e clientes dos bancos.

Dessa maneira, a convivência com a possibilidade de ser vítima de assaltos, sequestros e outros tipos de violência torna os bancários um dos principais grupos de risco para o desenvolvimento de reações pós-traumáticas desadaptativas e, juntamente com policiais, bombeiros e profissionais da área da saúde, constituem as categorias profissionais mais atingidas pelo TEPT (Beavan & Stephens, 1999; Carlier, Lamberts, & Gersons, 1997; Kamphuis & Emmelkamp, 1998; MacDonald, Colotla, Flamer, & Karlinsky, 2003; Miller-Burke, Attridge, & Fass, 1999; Wagner, Heinrichs, & Ehlert, 1998). Ao mesmo tempo, na medida em que a vivência de situações traumáticas no ambiente de trabalho suscita o desenvolvimento de lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente, tais acontecimentos podem ser categorizados como acidente de trabalho (Brasil, 1991).

Apesar de serem frequentemente encontrados, no âmbito internacional, estudos envolvendo avaliação de reações pós-traumáticas, restam dúvidas sobre o quanto estes achados podem ser generalizados para populações específicas, como por exemplo, vítimas de assaltos a bancos. Além disso, de maneira geral, ainda existem poucas pesquisas direcionadas ao entendimento das repercussões do trauma em vítimas de eventos traumáticos no local de trabalho (Jones, 2002) e, no Brasil, estes estudos são ainda mais restritos.

Ademais, uma avaliação clínica criteriosa e acurada revela-se extremamente necessária, tanto para a determinação de um diagnóstico assertivo e específico, quanto para auxiliar, posteriormente, na elaboração de um tratamento adequado, considerando as particularidades de cada transtorno e desenvolvendo intervenções terapêuticas eficazes. Nesse contexto, avaliar aspectos que vão além da constatação do diagnóstico

de TEPT é essencial, como por exemplo, os fatores de risco para o transtorno. Portanto, incluir variáveis que influenciam no desencadeamento, na manutenção e no agravamento dos sintomas pós-traumáticos é um dos procedimentos básicos que viabiliza um entendimento profundo sobre o curso, a intensidade e a frequência dos sintomas (Keane et al., 2006; Ozer & Weiss, 2004; Sbardelloto, Schaefer, Lobo, Caminha, & Kristensen, 2011).

Entre os fatores de risco para o TEPT comumente descritos na literatura, destacam-se: variáveis sociodemográficas, capacidade cognitiva, psicopatologias prévias, comorbidades atuais, número de eventos traumáticos vivenciados, sintomas dissociativos, entre outros (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Keane et al., 2006; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Além disso, aspectos como a percepção de apoio social, as cognições pós-traumáticas sobre o *self* e o mundo e as estratégias de *coping* também têm sido apontadas como fundamentais na resposta do indivíduo ao trauma, visto que tão ou mais importante que o evento estressor em si, é a maneira como a pessoa processa cognitivamente a situação e as estratégias que emprega para lidar com ela (Brewin et al., 2000; Ehlers & Clark, 2000; Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999; Ozer et al., 2003; Taylor, 2006). A partir disso, torna-se possível propor e efetivar estratégias de prevenção e de tratamento que fortaleçam os fatores protetores e minimizem os fatores de risco (Keane et al., 2006).

O presente estudo teve como objetivo geral investigar a manifestação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a banco. Especificamente, buscou-se verificar a intensidade e a frequência dos sintomas pós-traumáticos, de depressão e de ansiedade, identificar diagnósticos psiquiátricos, investigar cognições pós-traumáticas, identificar experiências traumáticas e averiguar estratégias de *coping* utilizadas para lidar com o evento traumático.

Método

Delineamento

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa descritiva quanto aos seus objetivos, com um delineamento do tipo *ex-post facto*.

Participantes

A amostra foi não-probabilística, por conveniência, constituída, inicialmente, de 31 bancários, dos sexos masculino e feminino, que vivenciaram algum ataque a banco ao longo da vida profissional. Destes, 4 não concluíram o processo de avaliação. Para a análise dos resultados apresentados neste estudo, foram considerados apenas aqueles bancários que relataram algum dos ataques a bancos vivenciados como o evento estressor mais traumático pelo qual passaram. A partir desse critério, a amostra final foi constituída de 21 sujeitos, com idades entre 27 e 56 anos ($M = 45,19$; $DP = 9,47$), sendo 8 mulheres (38,1%) e 13 homens (61,9%).

Além disso, 16 participantes eram casados ou viviam em união estável (76,2%), 2 eram separados ou viúvos (9,6%) e 3 eram solteiros (14,3%). Quanto à escolaridade, 2 completaram o Ensino Médio (9,5%), 11 possuíam Ensino Superior Incompleto (52,4%), 5 possuíam Ensino Superior Completo (23,8%) e 3 possuíam Pós-Graduação (14,3%). Com relação à situação ocupacional, 66,7% estavam trabalhando, 19% estavam em licença para tratamento de saúde e 14,3% estavam aposentados.

Em 81% dos casos, os participantes foram vítimas dos ataques nas agências bancárias em que trabalhavam, sendo que 66,7% eram provenientes de bancos públicos e 33,3% trabalhavam em bancos privados. Ainda, 61,9% dos bancários utilizavam medicação psiquiátrica, sendo que as mais frequentes foram os antidepressivos (38,9%), os anticonvulsivantes (27,8%) e os ansiolíticos (16,7%).

Quando questionados sobre a busca por tratamento psicológico e/ou psiquiátrico anteriormente em virtude do trauma, 47,6% dos participantes revelaram ter buscado esse tipo de auxílio. A maioria dos participantes praticava alguma religião (71,4%) e ao menos uma atividade de lazer (95,2%). Nenhum dos participantes pleiteou judicial ou extra-judicialmente qualquer tipo de indenização em decorrência do evento.

Instrumentos

- *Ficha de dados sociodemográficos*: questionário auto-aplicável elaborado exclusivamente para esta pesquisa, cujo objetivo é verificar questões como o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade e o nível socioeconômico dos participantes;
- *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus*; Sheehan et al., 1998, versão em português por Amorim, 2000): Entrevista estruturada, destinada à avaliação

aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, explorando sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início e duração dos transtornos, número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV. A versão em português da M.I.N.I. Plus apresentou propriedades psicométricas aceitáveis em comparação a outras entrevistas estruturadas mais longas, incluindo sensibilidade = 0,64 (exceto para o transtorno depressivo maior atual), especificidade = 0,71, valor preditivo negativo = 0,84 e valor preditivo positivo = 0,60 (Amorim, 2000). No presente estudo, além do levantamento dos diagnósticos, este instrumento foi empregado para verificar diagnósticos diferenciais;

- *Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Estresse Pós-Traumático (Screen for Posttraumatic Stress Symptoms – SPTSS; Carlson, 2001, versão em português por Kristensen, 2005):* o SPTSS é uma medida de rastreamento breve e de auto-relato, composta por 17 itens, apresentados na primeira pessoa do singular. Em sua versão original, o SPTSS mostrou-se um teste válido e confiável. Dados de validade oferecidos por Carlson (2001) incluem validade de critério, concorrente e de construto. Carlson também examinou a fidedignidade do SPTSS através da consistência interna, $\alpha = 0,91$ e correlações item-total variando entre $r = 0,49$ e $r = 0,75$ ($p < 0,001$). Em estudo posterior (Kristensen, Monheim, Peru, & Kaszniak, 2002) com uma amostra de 1549 estudantes universitários brasileiros, o SPTSS manteve-se uma medida com boa consistência interna ($\alpha = 0,87$). Quando a amostra deste estudo foi ampliada ($n = 2389$), observou-se que a medida manteve-se fidedigna com semelhante consistência interna ($\alpha = 0,88$) (Kristensen, 2005);
- *Inventário Beck de Depressão (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996):* consiste em uma escala de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha, a serem avaliados dentro de quatro grandezas, apresentados na forma de afirmativas e destinados a medir a severidade de depressão em adultos e adolescentes. Este instrumento possui os seguintes pontos de corte: 1) de 0 a 13 pontos, indicativo de sintomas depressivos mínimos; 2) de 14 a 19 pontos, indicativo de sintomas depressivos leves; 3) de 20 a 28 pontos, indicativo de sintomas depressivos moderados; 4) de 29 a 63 pontos, indicativo de sintomas depressivos severos;
- *Inventário Beck de Ansiedade (BAI; Beck & Steer, 1993, tradução e adaptação brasileira por Cunha, 2001):* consiste em uma medida de auto-relato com 21 itens na forma de descrições de sintomas de ansiedade a serem classificados em uma escala de quatro pontos. Este instrumento possui os seguintes pontos de corte: 1) de 0 a 10 pontos,

indicativo de sintomas de ansiedade mínimos; 2) de 11 a 19 pontos, indicativo de sintomas de ansiedade leves; 3) de 20 a 30 pontos, indicativo de sintomas de ansiedade moderados; 4) de 31 a 63 pontos, indicativo de sintomas de ansiedade graves;

- *Inventário de Cognitiones Pós-Traumáticas (PTCI)* (Foa et al., 1999; versão em português por Sbardelloto, 2010): consiste em um instrumento utilizado para avaliar pensamentos e crenças sobre experiências traumáticas. O PTCI avalia três fatores: Cognitiones Negativas Sobre o Eu (*self*), Cognitiones Negativas Sobre o Mundo e Auto-Responsabilização. O PTCI é um inventário auto-aplicável em que o indivíduo pontua crenças relacionadas ao trauma em uma escala *Likert* de sete pontos, variando de um (*discordo totalmente*) a sete (*concordo totalmente*). A validade fatorial deste instrumento foi replicada em estudo independente, desenvolvido por Beck et al. (2004). No estudo brasileiro de adaptação e validação (Sbardelloto, 2010), verificou-se que a versão brasileira do PTCI é suficientemente sensível em discriminar cognitiones disfuncionais relacionadas ao trauma, apresentando-se uma medida com elevada consistência interna ($\alpha = 0,96$);
- *Inventário de Estratégias de Coping* (Lazarus & Folkman, 1984; versão em português por Savóia, Santana, & Mejias, 1996): utilizado para avaliar como os participantes lidam com as demandas internas ou externas de um evento estressante. É composto por 66 itens que incluem pensamentos e ações e cuja intensidade é medida através de uma escala de zero (não utiliza) a três pontos (utiliza em grande quantidade). Os itens que compõem o inventário são divididos em oito fatores classificatórios, que foram reorganizados e mantidos por Savóia e colaboradores (1996) após a verificação da confiabilidade e validade à população brasileira. São eles: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva;
- *Entrevista sobre o Trauma* (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007): entrevista semi-estruturada traduzida e adaptada para este estudo que objetiva coletar informações sobre eventos traumáticos que o participante possa ter experienciado, explorando detalhadamente o evento que o indivíduo avalia como sendo o mais traumático (Anexo A).

Procedimentos de Coleta dos Dados

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia (Of. 002/2010 – SGL; Anexo B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme ofício número Of. CEP-1271/09 (Anexo C). Foi firmado convênio com o SindBancários a fim de realizar, junto aos bancários vítimas de ataques a bancos em Porto Alegre e Região Metropolitana, previamente triados e indicados pelo SindBancários, atividades de atendimento e pesquisa, caracterizadas por avaliação psicológica com entrevistas e instrumentos padronizados e atendimento psicológico, através da psicoterapia cognitivo-comportamental. O Sindbancários abrange, além da cidade de Porto Alegre, 14 municípios da região, e está filiado à Federação dos Empregados em Estabelecimentos Bancários do Rio Grande do Sul (FEEB/RS), que o representa e defende legalmente. O SindBancários mantém em seus arquivos o registro da ocorrência de ataques a bancos no estado, fornecendo informações importantes quanto à prevalência desses acontecimentos.

Dessa maneira, os participantes foram selecionados e contatados a partir de registros no SindBancários e aqueles que aceitaram participar da pesquisa preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D). Nesse documento, estavam explicitados os objetivos e os procedimentos que seriam realizados no estudo, garantindo sigilo quanto à identidade do participante e ressaltando que a sua participação era voluntária.

A aplicação dos instrumentos utilizados neste estudo ocorreu no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) da PUCRS, ao longo de duas sessões individuais de atendimento, com duração aproximada de 1h30min (uma hora e trinta minutos) cada encontro. No primeiro atendimento, foram preenchidas informações relativas à Ficha de dados sociodemográficos, foi realizada a Entrevista sobre o trauma e aplicados o BAI e o BDI-II. No segundo atendimento, foram preenchidos os seguintes instrumentos: SPTSS, PTCL, M.I.N.I. Plus e Inventário de Estratégias de *Coping*. Após a conclusão da avaliação, foi oferecida uma entrevista para a devolução dos resultados encontrados e foram encaminhados para tratamento os casos em que se constatou esta necessidade.

Procedimentos de Análise dos Dados

As respostas dos instrumentos foram levantadas e os resultados tabulados em banco de dados. A análise descritiva das variáveis numéricas envolveu medidas de frequência, tendência central, dispersão e propriedades da distribuição para as variáveis de interesse. A análise inferencial envolveu, prioritariamente, cálculos correlacionais. Para as variáveis que apresentaram distribuição normal, utilizou-se uma medida de correlação paramétrica (coeficiente de correlação de *Pearson*) e, para medidas com distribuição que violava os parâmetros de normalidade, utilizou-se uma medida de correlação não-paramétrica (coeficiente de correlação de postos de *Spearman*). Para cálculos em que houve hipótese prévia de direcionalidade dos resultados, optou-se por utilizar o teste monocaudal. Todas as análises foram conduzidas no programa *SPSS for Windows* (versão 17.0).

Resultados

Eventos Estressores Traumáticos

A partir da análise da frequência de eventos estressores traumáticos experienciados, identificou-se que 90,5% da amostra ($n = 19$) vivenciaram mais de uma situação traumática. A Tabela 2 apresenta a média de eventos estressores traumáticos vivenciados.

Tabela 2. *Eventos Estressores Traumáticos*

Eventos Estressores Traumáticos	<i>M</i> ± <i>DP</i>	Min	Max
Ataques a bancos	4,05 ± 3,58	1	16
Outros eventos traumáticos	2,52 ± 2,29	0	9
Total de eventos	6,57 ± 5,13	1	25

A maioria dos participantes (76,2%) vivenciou o evento mais traumático há mais de dois anos em relação à data da avaliação, 14,3% experienciaram-no entre seis meses e um ano e 9,5% vivenciaram-no entre um e três meses. Com relação aos participantes

com TEPT, 80% experienciaram o evento há mais de dois anos e 20% entre um e três meses anteriores à pesquisa.

Quando questionados sobre o grau de sofrimento do evento estressor mais traumático experienciado, 50% dos sujeitos avaliaram-no como insuportável, 30% como grave e 20% como moderado. Entre os participantes com diagnóstico formal de TEPT ($n = 5$), ou seja, que preencheram critérios diagnósticos para esse transtorno conforme constatado pela M.I.N.I. Plus, todos avaliaram o evento (ataque a banco) como insuportável. Ao correlacionarmos a intensidade dos sintomas pós-traumáticos, mensurados através do SPTSS, com o grau de sofrimento percebido no evento, verificamos uma correlação positiva entre estas variáveis [$r_s(21) = 0,48$; $p < 0,05$], apresentando, sobretudo, correlação entre os sintomas de reexperiência e o grau de sofrimento percebido [$r_s(21) = 0,55$; $p < 0,01$]. Ainda, quando os pacientes com diagnóstico formal de TEPT foram questionados sobre a idade que tinham no momento em que surgiram os sintomas, verificou-se que esta origem coincidiu com o período do evento avaliado como o mais traumático.

Entre os participantes, 90,5% informaram que, durante a experiência do evento, se sentiram com medo, aterrorizados ou vulneráveis, além de que 71,4% pensaram que iam morrer ou se machucar seriamente. Ademais, 19% revelaram que sofreram alguma lesão física em decorrência do evento, através de pontapés, coronhadas na cabeça, etc.

Sintomatologia

Com relação à avaliação de sua saúde física após o trauma, 38,1% avaliaram-na como boa, 33,3% como média e 28,6% como ruim. Entre os participantes do estudo, 76,2% acreditam que apresentaram mudanças de humor após o trauma, 47,6% consomem álcool e 26,3% avaliaram que houve mudança na frequência do consumo de álcool após o evento traumático. Além disso, 33,3% dos participantes já foram hospitalizados após o trauma em virtude de algum dos seguintes motivos: 23,8% condição médica geral, 4,8% condição emocional e 4,8% uso de drogas ou álcool.

Tabela 3. *Sintomas Pós-traumáticos, de Ansiedade e de Depressão*

Instrumentos	<i>M ± DP</i>	Min	Max
SPTSS	4,34 ± 2,27	0,82	8,82
Revivência	3,92 ± 2,86	0	10,0
Evitação/Entorpecimento	4,37 ± 2,10	0,71	7,71
Excitabilidade aumentada	4,72 ± 2,80	0	10,0
BAI	18,76 ± 15,70	0	55,0
BDI-II	18,19 ± 13,28	0	53,0

Notas. SPTSS = Instrumento de Rastreio para Sintomas de Estresse Pós-Traumático; BAI = Inventário Beck de Ansiedade; BDI-II = Inventário Beck de Depressão II.

As médias dos sintomas de ansiedade, depressão, bem como dos sintomas pós-traumáticos estão descritas na Tabela 3. Quanto aos sintomas de ansiedade e depressão, 38,1% dos participantes apresentaram intensidade de moderada a grave. Quando analisado o escore médio do SPTSS, foi possível observar que, ao utilizar o ponto de corte $\geq 3,5$, 71,4% dos sujeitos apresentaram sintomas pós-traumáticos significativos. No entanto, no presente estudo, optou-se por utilizar um ponto de corte mais conservador (≥ 5), com sensibilidade = 0,91 e especificidade = 0,73 (Carlson, 2001), através do qual 42,9% dos sujeitos apresentaram sintomatologia pós-traumática compatível com o diagnóstico de TEPT. Ao verificar a diferença entre os grupos de sintomas pós-traumáticos, constatou-se diferença significativa entre os *clusters* revivência e excitabilidade aumentada [$t(21) = 2,9$; $p = 0,09$].

Observou-se correlação fortemente significativa entre os sintomas de depressão e os sintomas pós-traumáticos [$r(21) = 0,75$; $p < 0,01$] e entre os sintomas de ansiedade e os sintomas pós-traumáticos [$r(21) = 0,78$; $p < 0,01$]. Não foram observadas correlações entre o número de eventos traumáticos experienciados e a intensidade dos sintomas pós-traumáticos [$r_s(21) = -0,97$; $p = 0,338$]. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto ao número de eventos entre os participantes com o diagnóstico de TEPT e os participantes sem esse diagnóstico, através do teste *U* de Mann-Whitney [$Z(21) = -0,58$; $p = 0,603$].

Quanto aos diagnósticos psiquiátricos, foi possível constatar, através da M.I.N.I. Plus, que 81% dos participantes preencheram critérios diagnósticos para ao menos uma

psicopatologia. Especificamente, 14,3% preencheram critérios para um transtorno, 23,8% para dois e 42,9% possuíam três ou mais diagnósticos. Entre esses, 57,1% preencheram critérios para Transtorno Depressivo Maior, 33,3% para Agorafobia, 23,8% para TEPT, 23,8% para Transtorno de Ansiedade Generalizada, 19% revelaram uso de substâncias, 14,3% Transtorno Bipolar I, 14,3% Fobia Social, 9,5% Transtorno de Pânico, 9,5% Fobia Específica, 4,8% Transtorno Obsessivo-Compulsivo, 4,8% Transtorno de Estresse Agudo (TEA), 4,8% Transtorno de Somatização e 4,8% Transtorno Conversivo.

Entre os participantes com diagnóstico formal de TEPT, todos apresentaram ao menos algum transtorno em comorbidade, entre os quais os Transtornos de Humor estiveram presentes em todos os indivíduos. Outros transtornos que apareceram em comorbidade com o TEPT foram: Fobia Social, Fobia Específica, Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Abuso de Substâncias.

Com relação aos resultados sobre risco de suicídio, obtidos através da entrevista sobre o trauma, do BDI-II e da M.I.N.I Plus, foi possível constatar que 28,6% dos participantes apresentaram risco de suicídio ao longo da vida, entre os quais 50% apresentaram risco de suicídio atual alto (último mês). No momento da avaliação, 19% dos indivíduos apresentaram ideação suicida em relação às duas últimas semanas. Além disso, o risco de suicídio esteve presente em 80% dos indivíduos com TEPT e, dentre esses, um participante já teve uma tentativa de suicídio após o trauma.

Fatores Pós-traumáticos

Ao analisar as cognições pós-traumáticas, verificou-se que as cognições negativas sobre o mundo foram as mais apontadas, conforme pode ser visualizado na Tabela 4. As diferenças observadas entre os fatores mostraram-se significativas, $\chi^2(21; 2) = 32,00; p < 0,001$.

Tabela 4. *Cognições Pós-traumáticas*

Instrumento	<i>M</i> ± <i>DP</i>	Min	Max
PTCI	2,79 ± 1,22	1,28	5,83
<i>Self</i>	2,40 ± 1,46	1,00	6,14
Mundo	4,54 ± 1,33	1,71	7,00
Auto-responsabilização	1,58 ± 0,99	1,00	4,80

Notas. PTCI = Inventário de Cognições Pós-Traumáticas.

Os resultados correlacionais entre as cognições e os sintomas pós-traumáticos podem ser visualizados na Tabela 5. Como pode ser observado, foi encontrada uma forte associação entre estas variáveis.

Tabela 5. *Correlações entre Cognições e Sintomas Pós-traumáticos*

Instrumentos	PTCI	<i>Self</i>	Mundo	Auto-responsabilização
SPTSS	0,86**	0,88**	0,68**	0,13
Reexperiência	0,76**	0,79**	0,58**	0,02
Evitação/Entorpecimento	0,82**	0,76**	0,66**	0,37
Excitabilidade aumentada	0,71**	0,77**	0,58**	-0,07

Notas. PTCI = Inventário de Cognições Pós-Traumáticas; SPTSS = Instrumento de Rastreio para Sintomas de Estresse Pós-Traumático. Correlações por Postos de Spearman. * $p < 0,05$. ** $p < 0,001$

Com relação à percepção de apoio social, 75% dos participantes acreditam ter recebido apoio de alguém e 86,7% avaliam que este apoio os ajudou. Quando questionados sobre o fato de culparem alguém pelo trauma, 33,3% culpam o governo, 14,3% culpam o(s) assaltante(s), 14,3% culpam o(s) assaltante(s) e a empresa e 9,5% não culpam ninguém. Além disso, 66,7% dos participantes obtiveram pontuação mínima (escore = 1) na subescala de “auto-responsabilização” do PTCI.

De um modo geral, entre as estratégias de *coping* mais apontadas, é possível citar, em ordem decrescente: Fuga e esquiva ($M = 1,95$), Resolução de problemas ($M = 1,49$) e Reavaliação positiva ($M = 1,22$). As estratégias menos apontadas foram: Confronto ($M = 0,54$) e Aceitação da responsabilidade ($M = 0,81$). Entre os

participantes com o diagnóstico formal de TEPT, as estratégias mais frequentes foram: Fuga e esquiva ($M = 2,3$), Afastamento ($M = 1,3$) e Resolução de problemas ($M = 1,2$) e as menos presentes foram: Suporte social ($M = 0,7$) e Confronto ($M = 0,77$). Ao correlacionarmos o escore médio do SPTSS com as estratégias de *coping*, o único fator que apresentou correlação significativa com os sintomas pós-traumáticos foi o fator “Suporte social” [$r_s(21) = - 0,37$; $p < 0,05$].

Não foram observadas diferenças significativas entre os sexos com relação às seguintes variáveis: cognições pós-traumáticas [$Z(21) = - 0,87$; $p = 0,38$], sintomas de ansiedade [$t(21) = 0,17$; $p = 0,87$], sintomas de depressão [$t(21) = - 0,62$; $p = 0,54$] e sintomas de estresse pós-traumático [$t(21) = - 0,51$; $p = 0,61$]. Quanto ao número de eventos traumáticos experienciados, também não foram observadas diferenças entre os sexos [$Z(21) = - 0,44$; $p = 0,70$].

Discussão

Conforme pôde ser visto nos achados deste estudo, a maioria dos participantes vivenciou mais de um evento traumático ao longo de sua vida. Dentre estes, a maioria das situações traumáticas foram experienciadas no ambiente de trabalho. Em contrapartida, numa pesquisa realizada com 57 australianos vítimas de assalto à mão armada, apenas 28% dos participantes haviam vivenciado traumas prévios (Harrison & Kinner, 1998). De certa maneira, a discussão sobre a prevalência de eventos traumáticos entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento já foi abordada em estudos anteriores, nos quais ressalta-se que indivíduos oriundos de países em desenvolvimento estão em risco elevado de experienciar eventos traumáticos, como as situações envolvendo violência interpessoal, que são ainda mais comuns nesses países (De Girolamo & McFarlane, 1996; Keane et al., 2006; Kessler, 2000). Por exemplo, numa pesquisa desenvolvida no México, a taxa de exposição a eventos traumáticos foi estimada em 76% e a prevalência de TEPT em 11,2% (Norris et al., 2003). Além disso, estudos apontam evidências que a prevalência do TEPT e de consequências adversas físicas e emocionais decorrentes desse diagnóstico são maiores em lugares em que há mais conflitos armados violentos (Kessler, 2000).

Com relação à vivência de traumas prévios, grande parte dos estudos aponta que este fator aumenta o risco para o desencadeamento do TEPT e está relacionado a uma sintomatologia pós-traumática mais severa (Delahanty, Raimonde, Spoonster, &

Cullado, 2003; Green et al., 2010; O'Donnell, et al., 2009). Por outro lado, alguns autores apontam que o efeito de um trauma prévio sobre o desenvolvimento posterior do TEPT pode variar conforme o tipo de trauma vivenciado e a resposta psicológica do indivíduo nestas experiências anteriores (Cogle, Resnick, & Kilpatrick, 2009). Desse modo, ter vivenciado um trauma sem o desenvolvimento de TEPT não aumentaria o risco de desenvolver o transtorno frente a um trauma subsequente (Breslau & Peterson, 2010; Breslau, Peterson, & Shultz, 2008). Nos resultados do presente estudo, não foram encontradas correlações entre o número de eventos traumáticos experienciados e o diagnóstico de TEPT. No entanto, não é possível afirmar que essa ausência de associação justifica-se pela ausência de sintomas de TEPT nas experiências traumáticas anteriores, pois essa informação não foi obtida durante o processo de avaliação.

No presente estudo, todos os participantes com o diagnóstico formal de TEPT avaliaram o grau de sofrimento do ataque a banco mais traumático vivenciado como insuportável. Também foi possível observar uma associação significativa entre a sintomatologia pós-traumática e o grau de sofrimento percebido, corroborando hipóteses baseadas na literatura (Ehlers & Clark, 2000; Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001; Halligan, Michael, Clark, & Ehlers, 2003). Em uma pesquisa realizada com vítimas de assaltos a bancos, a forte percepção de ameaça, bem como a experiência de outros eventos estressores foram positivamente associados com o desenvolvimento subsequente do TEPT (Kamphuis & Emmelkamp, 1998).

A partir da análise dos resultados, foi possível identificar que, de maneira geral, os participantes apresentaram uma sintomatologia pós-traumática significativa, com predomínio dos sintomas de excitabilidade aumentada. Tais achados podem ser justificados pelo fato de que, como a maioria dos participantes está trabalhando, eles estão continuamente sendo expostos aos estímulos ansiogênicos. Numa pesquisa com bancários vítimas de assalto no ambiente de trabalho, estes apresentaram níveis moderadamente elevados de sintomatologia pós-traumática (Jones, 2002). Além disso, em outro estudo com vítimas de assalto, foi observado que, mesmo após seis meses da experiência do evento, os participantes continuaram a apresentar sintomas significativos de estresse pós-traumático (Harrison & Kinner, 1998).

Ademais, 42,9% dos sujeitos do presente estudo apresentaram sintomatologia pós-traumática significativa compatível com o diagnóstico de TEPT, quando avaliados pela medida de rastreio. Em contrapartida, a partir dos resultados da M.I.N.I. Plus, 23,8% dos bancários preencheram o diagnóstico formal do TEPT segundo os critérios

propostos no DSM-IV-TR (APA, 2002). Essa divergência em termos de constatação diagnóstica vem sendo amplamente discutida na literatura, repercutindo, inclusive, em propostas de mudanças nos critérios diagnósticos para o TEPT já para a 5ª edição do DSM (APA, 2010; Friedman, 2010). Essa foi uma das justificativas para a inclusão, no presente estudo, de um instrumento que mensurasse os sintomas pós-traumáticos em um *continuum*, através da identificação da severidade e da frequência da sintomatologia e não apenas na constatação formal da presença ou não do diagnóstico de TEPT, conforme critérios diagnósticos propostos na edição vigente do DSM (APA, 2002). Apesar disso, a prevalência de TEPT encontrada na amostra deste estudo foi semelhante ao resultado obtido numa pesquisa realizada com vítimas de crimes, na qual foi identificada uma prevalência de TEPT de 20% (Brewin, Andrews, Rose, & Kirk, 1999).

Ainda, é importante enfatizar que foi encontrada uma alta prevalência de sintomas pós-traumáticos indicativos de diagnóstico de TEPT, se comparado a outros estudos brasileiros com vítimas de trauma utilizando o mesmo instrumento. Por exemplo, em vítimas de queimaduras, a prevalência de sintomas clínicos de TEPT foi de 21,7% (Medeiros, Kristensen, & Almeida, 2010). Já em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica, a prevalência foi de 39,5% (Porto, 2010) e, em pacientes internados em unidades de terapia intensiva, 24,4% reportaram sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT (Rovatti, 2010).

No que diz respeito ao uso de medicação psiquiátrica, 61,9% da amostra utilizavam esse tipo de medicação, entre as quais os antidepressivos foram as mais frequentes. Esse dado é corroborado por um estudo canadense com sujeitos com TEPT que vivenciaram traumas no contexto do trabalho, em que o índice de uso de medicação psiquiátrica foi de 63%, sendo que as mais administradas eram os ansiolíticos/hipnóticos e os antidepressivos (MacDonald et al., 2003). Em relação à busca por tratamento psicológico e/ou psiquiátrico anteriormente em virtude do trauma, 47,6% dos sujeitos da amostra buscaram esse tipo de auxílio. Em contrapartida, no estudo citado anteriormente, 93% dos sujeitos com TEPT receberam esse tipo de tratamento. Muito possivelmente, essa divergência de resultados pode ser justificada pelas diferenças entre os tipos de serviços prestados a vítimas de trauma/acidentes de trabalho entre o Brasil e o Canadá.

Ainda, os presentes resultados apontam que a maioria dos participantes avaliaram a própria saúde física como média ou ruim, além de que aproximadamente um quarto da amostra já foi hospitalizada por causa de uma condição médica geral. Um

estudo com vítimas de trauma constatou que o histórico de trauma foi associado com doenças físicas em homens e mulheres. Também foi observado que a exposição ao trauma gerou desgastes provocados pelo estresse, aumentando o risco para o desenvolvimento de doenças físicas (Norman et al., 2006). Em consonância com estes achados, uma pesquisa realizada na população geral concluiu que a relação entre a vivência de experiências traumáticas e a presença de doenças físicas são mediadas pelo TEPT (Spitzer et al., 2009). Um estudo com policiais brasileiros indicou que, entre aqueles que preencheram critérios para TEPT, 64% avaliaram sua saúde física como precária e tiveram mais consultas médicas nos últimos 12 meses (Maia et al., 2007).

Quando identificados os transtornos psiquiátricos da amostra, verificou-se que a maioria dos participantes preencheram critérios diagnósticos para, ao menos, uma psicopatologia. Entre essas, o Transtorno Depressivo Maior apresentou as maiores taxas de prevalência, e o TEPT foi o terceiro transtorno mental mais comum entre os participantes do estudo. A literatura ressalta que, entre os indivíduos que passaram por alguma situação traumática, o TEPT é o transtorno mental mais comum desencadeado após um trauma (Keane et al., 2006). Entretanto, particularmente neste estudo, todos os bancários foram avaliados posteriormente à experiência traumática e, possivelmente, muitos transtornos mentais já estavam presentes em alguns participantes anteriormente ao trauma, dificultando o acesso assertivo do histórico psiquiátrico de cada indivíduo para corroborar esse dado. Por outro lado, as informações relativas aos diagnósticos psiquiátricos da população em estudo são extremamente válidas, pois, apesar de não haver indicativos precisos sobre a origem desses transtornos ser pré ou pós-traumática, estudos apontam que a presença de diagnósticos psiquiátricos prévios, sobretudo de depressão, vulnerabilizam o indivíduo ao desenvolvimento de TEPT em algum momento de suas vidas, podendo influenciar tanto na resposta ao trauma como ao tratamento (Brewin et al., 2000; Carlson & Dutton, 2003; Ozer et al., 2003; Yehuda, 1999).

Neste estudo, foi possível observar que 42,9% dos participantes preencheram critérios diagnósticos para ao menos três psicopatologias. No *National Comorbidity Survey (NCS)* (Kessler et al., 1995), realizado com indivíduos com TEPT da população geral norte-americana, foi constatado que 59% dos homens e 43,6% das mulheres possuíam ao menos três diagnósticos em comorbidade com o TEPT. Especificamente, todos os participantes do presente estudo que preencheram critérios para o diagnóstico formal de TEPT apresentaram outro transtorno em comorbidade, sendo que os

Transtornos de Humor foram diagnosticados em todos os portadores do TEPT e o risco de suicídio apareceu em 80% desses indivíduos. A partir de resultados do *NCS* (Kessler et al., 1995), identificou-se que 88,3% do sexo masculino e 79% do sexo feminino também foram diagnosticados com outro transtorno mental em comorbidade, entre os quais a depressão maior e o uso de substâncias foram os mais prevalentes para ambos os grupos. Em um estudo realizado com pessoas que desenvolveram TEPT em decorrência de um trauma de trabalho, 45% também foram diagnosticadas com pelo menos outra psicopatologia, sendo que a depressão foi a mais prevalente, seguida por outros transtornos de ansiedade (MacDonald et al., 2003). Com relação ao risco de suicídio, os resultados do presente estudo corroboram os dados de uma pesquisa internacional multicêntrica, em que o TEPT estava entre os transtornos mais associados a tentativas de suicídio nos países em desenvolvimento, juntamente com os transtornos de conduta e o uso de substâncias (Nock et al., 2009).

Além disso, esta pesquisa corroborou hipóteses prévias de que uma sintomatologia pós-traumática significativa é acompanhada por altos níveis de sintomas de ansiedade e depressão (Dennis, 2009; Ginzburg, Ein-Dor, & Solomon, 2009; Peirce et al., 2008). Do mesmo modo, conhecer a relação entre essas variáveis é fundamental, pois existem indicadores de que indivíduos com TEPT possuem risco aumentado para um primeiro episódio depressivo maior e, ao mesmo tempo, a depressão vulnerabiliza para a exposição a eventos estressores traumáticos (Breslau, Davis, Peterson, & Schultz, 2000). Em um estudo com vítimas de roubo à mão armada, por exemplo, quase 50% dos indivíduos avaliados apresentavam comorbidade entre TEPT ou TEA e depressão, e 40% dos participantes que foram primeiramente diagnosticados com TEPT ou TEA já tinham histórico de depressão ou tiveram este transtorno desencadeado e diagnosticado durante a realização do estudo (St-Hilaire & Marchand, 2002). Além disso, também foram identificadas comorbidades com outros transtornos de ansiedade, como Transtorno de Pânico com Agorafobia, Fobia Social, Fobia Específica e Transtorno de Ansiedade Generalizada (St-Hilaire & Marchand, 2002), corroborando os presentes resultados.

Com relação às cognições pós-traumáticas, as cognições negativas sobre o mundo foram as mais intensas e as cognições sobre auto-responsabilização foram pouco intensas. Ao serem questionados sobre a quem atribuíam a culpa do evento, a maioria dos sujeitos atribuíram-na a um fator externo e, de forma paralela, a maioria dos sujeitos não atribuiu a culpa a si mesmo e avaliou o mundo como um lugar perigoso, conforme

constatado no PTCI. Uma das possíveis explicações para esse dado pode ser o fato de que os ataques a bancos são eventos vivenciados, na maioria das vezes, conjuntamente pelos bancários, diminuindo o senso de culpa e auto-responsabilização, ao contrário do que ocorre, por exemplo, com vítimas de estupro, que tendem a se culpar pelo evento vivenciado (Ullman, Filipas, Townsend, & Starzynski, 2007). Além disso, a alta ocorrência de ataques a bancos e a frequente exposição na mídia podem contribuir para a percepção do mundo como um lugar perigoso e de que as pessoas não são confiáveis (Foa et al., 1999; O'Donnell, Elliott, Wolfgang, & Creamer, 2007).

A associação encontrada entre as cognições e os sintomas pós-traumáticos sugere que a sintomatologia pós-traumática significativa está diretamente relacionada com as avaliações negativas sobre si e o mundo, corroborando hipóteses teóricas de que, após a experiência do trauma, ficam evidenciadas diferenças significativas nas crenças de indivíduos com TEPT em comparação àqueles que não desenvolvem o transtorno (Foa et al., 1999; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989; Sbardelloto, 2010). Devido à escassez de estudos realizados com populações semelhantes, não foi possível comparar estes resultados. No entanto, uma pesquisa com bombeiros que avaliou os fatores de risco para o TEPT, o único preditor encontrado para os sintomas pós-traumáticos foram as cognições disfuncionais avaliadas pelo PTCI (Bryant & Guthrie, 2005).

Também foi possível identificar, neste estudo, que as estratégias de *coping* mais empregadas pelos bancários diante o evento mais traumático foram: Fuga e esquivas e Resolução de problemas e as menos utilizadas foram: Confronto e Aceitação da responsabilidade. Além disso, verificou-se que os bancários que apresentaram níveis elevados de sintomatologia pós-traumática empregavam menos estratégias de *coping* relacionadas a suporte social. Estudos anteriores apontam que indivíduos que utilizam estratégias de *coping* desadaptativas, como fuga e esquivas, estão mais propensos a apresentar reações de estresse após a ocorrência de eventos traumáticos (Dunmore et al., 2001; Harrison & Kinner, 1998; Littleton & Henderson, 2009). Paralelamente, numa pesquisa realizada com 51 vítimas de assalto à mão armada, os altos níveis de sintomas pós-traumáticos estiveram diretamente relacionados com uma rede de apoio social precária (Richards, 2000), corroborando os achados encontrados. De maneira geral, a literatura ressalta que a percepção de falta de apoio social é um fator de risco fortemente associado ao TEPT, ou seja, aqueles indivíduos que não buscam ou não avaliam a presença de apoio social estariam mais vulneráveis a desenvolver o transtorno (Andrews, Brewin, & Rose, 2003; Brewin et al., 2000).

Num estudo brasileiro realizado com bancários, apenas um terço da amostra utilizou o apoio social como estratégia de enfrentamento, sendo que 75% dos participantes dessa pesquisa utilizavam a estratégia de isolamento (Chamon, 2006). Em outra pesquisa com vítimas de assaltos a bancos ficou constatado que as estratégias de *coping* estavam fortemente associadas com a resposta de estresse psicológico posterior à experiência do trauma. Especificamente, encontrou-se que os sintomas pós-traumáticos estavam diretamente relacionados com estratégias de *coping* do tipo evitação (Kamphuis & Emmelkamp, 1998). Em virtude das pesquisas utilizarem instrumentos com denominações diferentes para cada fator, foram encontradas dificuldades na comparação dos resultados desta variável, conforme já discutido em estudos prévios (Littleton & Henderson, 2009).

Quando analisadas as diferenças entre os sexos, não foram observadas diferenças na sintomatologia e cognições pós-traumáticas e nem nos sintomas de depressão e de ansiedade. De maneira semelhante, em estudos com vítimas de assaltos, não foram encontradas diferenças quanto ao sexo como preditor da sintomatologia pós-traumática (Harrison & Kinner, 1998; Kamphuis & Emmelkamp, 1998). Ao controlar o tipo de trauma, uma pesquisa constatou que não há diferença entre os sexos na suscetibilidade ao desenvolvimento de TEPT (Stein, Walker, & Forde, 2000). Contudo, a maioria dos estudos conduzidos na população geral indicam que as mulheres apresentam maior prevalência de TEPT do que os homens (Breslau, 2009; Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995).

Considerações Finais

Experienciar eventos traumáticos ao longo da vida é algo bastante comum e inclui situações das mais diversas, que envolvem sensação de medo, impotência ou horror (APA, 2002). O trauma resultante de um ato violento realizado pelos próprios seres humanos pode dificultar ainda mais o processamento cognitivo das vítimas em comparação àquelas que experienciam desastres naturais (Creamer, Burgess, Buckingham, & Pattison, 1993). No estudo de Fran, Rimmö, Aberg e Fredrikson (2005), por exemplo, foi encontrado que o maior risco de TEPT estava associado a eventos traumáticos como abuso físico e sexual, assalto e experiências traumáticas múltiplas.

Apesar da resposta imediata a um trauma vivenciado no local de trabalho ser

semelhante à de eventos traumáticos experienciados em outros contextos, existem peculiaridades importantes na manifestação sintomática de vítimas de traumas específicos, como por exemplo, em bancários que sofreram ataques a bancos. A partir dos resultados deste estudo, foi possível observar que grande parte dos bancários apresentou sintomatologia pós-traumática significativa, com predomínio de sintomas de excitabilidade aumentada, bem como níveis expressivos de ansiedade e depressão. Por outro lado, não é possível atribuir, exclusivamente ao assalto a banco, as origens desses sintomas, visto que as variáveis deste estudo foram mensuradas posteriormente ao evento traumático vivenciado, faltando informações prévias para comparar a sintomatologia pré e pós-traumática.

Ainda, foi possível constatar que os sintomas pós-traumáticos estavam significativamente relacionados com a visão dos bancários sobre si e o mundo. Especificamente sobre as crenças pós-traumáticas, verificou-se que as crenças negativas sobre o mundo foram as mais intensas. Tal aspecto parece refletir a sensação constante de medo presente no ambiente de trabalho, acompanhado por alta prevalência de ataques a bancos. Quando os sintomas pós-traumáticos foram correlacionados com as estratégias de *coping*, observou-se que aqueles participantes que apresentaram uma sintomatologia mais intensa, utilizavam menos a estratégia de suporte social, corroborando hipóteses já descritas na literatura sobre a importância desse fator de proteção para o TEPT (Andrews et al., 2003; Brewin et al., 2000; Richards, 2000).

As altas taxas de sintomatologia pós-traumática compatíveis com o diagnóstico de TEPT encontradas na amostra deste estudo podem ser justificadas pelo fato de que, provavelmente, a maioria dos bancários que procuraram participar da pesquisa estava em sofrimento. Por outro lado, pode-se pensar que muitos bancários com TEPT não buscaram participar do estudo devido à alta relutância que indivíduos com este transtorno apresentam em buscar serviços de saúde mental (Bucasio et al., 2005). Tal dado também pode ser uma das justificativas para o tamanho reduzido da amostra, sendo essa uma das limitações deste estudo, uma vez que dificulta a generalização dos resultados para toda a população bancária, além de impossibilitar cálculos de análises de regressão múltiplas, o que auxiliaria na identificação dos fatores preditores para o TEPT. Ademais, a falta de estudos no Brasil com objetivos semelhantes aos desta pesquisa dificultou a comparação dos achados, visto que é bem descrito na literatura que diferenças culturais podem influenciar na resposta do indivíduo ao trauma (Belfer & Rhode, 2005; Keane et al., 2006; Taylor, 2006).

Ainda, outros impasses foram constatados, como por exemplo, a dificuldade em se avaliar vítimas com múltiplos traumas, a diferença temporal entre a experiência do assalto mais traumático e a data da avaliação clínica, entre outros. Possivelmente, o estudo teria obtido ganhos metodológicos caso houvesse um controle dessa última variável, porém, muito provavelmente, a amostra teria sido significativamente reduzida e os participantes com TEPT crônico não teriam sido incluídos. Em virtude disso, depois de terem sido constatados os eventos estressores traumáticos que os participantes vivenciaram, optou-se por focalizar naquele evento avaliado pelo indivíduo como o mais traumático. Também foi verificado, entre os participantes com TEPT, que o início da sintomatologia coincidiu com o período da vivência do evento mais traumático. Embora não seja possível determinar uma relação direta de causa e efeito entre estas variáveis, devido às especificidades do método de pesquisa adotado, a causalidade entre elas deve ser considerada.

De forma geral, esses resultados apontam para a insegurança que acompanha a rotina dos bancários, a qual desempenha um papel na manifestação sintomática, bem como no processamento cognitivo e nas estratégias de *coping* desses trabalhadores que, ao retornarem diariamente ao local de trabalho, podem experienciar um nível de estresse psicológico contínuo, ficando, muitas vezes, na expectativa de um novo assalto (Jones, 2002). Além disso, é descrito na literatura que os bancários estão entre os grupos profissionais com as maiores taxas de estresse, não somente pelo alto número de ataques a bancos, como também pelas frequentes pressões por metas abusivas, assédio moral, aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), etc. (Chamon, 2006; Jacques & Amazarray, 2006). Enfim, é importante refletir que, em muitos casos, os ataques a bancos ocorrem em um contexto previamente desfavorável à saúde dos trabalhadores, somando-se a uma realidade de medo nas agências.

A partir das repercussões dos ataques a bancos constatadas nesta pesquisa, sugere-se, para estudos futuros, a investigação das reações pós-traumáticas em diferentes grupos, a fim de que sejam realizados cálculos de diferenças entre grupos para as variáveis de interesse. Também é recomendada a inclusão de instrumentos específicos na identificação de fatores amplamente discutidos na literatura sobre o TEPT, como: percepção de apoio social, dissociação peritraumática, crenças e sentimentos específicos como raiva, culpa e vergonha após o trauma. Convém ressaltar

que são poucos os instrumentos traduzidos e adaptados para a realidade brasileira e voltados para o estudo e a avaliação das reações pós-traumáticas, sendo esse, portanto, um desafio metodológico que necessita ser priorizado.

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2010). Proposed draft revisions to DSM disorders and criteria. Acesso em 02 de Junho, 2010, em <http://www.dsm5.org/>.
- Amorin, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-115.
- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 421-427.
- Beavan, V., & Stephens, C. (1999). The characteristics of traumatic events experienced by nurses on the accident and emergency ward. *Nursing Praxis in New Zealand*, 14, 201-205.
- Beck J. G., Coffey S. F., Palyo S. A., Gudmundsdottir B., Miller L. M., & Colder C. R. (2004). Psychometric properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A replication with motor vehicle accident survivors. *Psychological Assessment*, 16, 289-298.
- Beck, A., & Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II Manual*. Psychological Corporation: San Antonio.
- Belfer, M. L., & Rohde, L. A. (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: Problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18, 359-365.
- Brasil. (1991). Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da Previdência da República do Brasil*. Brasília.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence & Abuse*, 10, 198-210.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48, 902-909.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996

- Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Breslau, N., & Peterson, E. L. (2010). Assaultive violence and the risk of posttraumatic stress disorder following a subsequent trauma. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1063-1066.
- Breslau, N., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2008). Second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, 65, 431-437.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S., & Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156, 360-366.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Bryant, R. A., & Guthrie, R. M. (2005). Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: A study of trainee firefighters. *Psychological Science*, 16, 749-752.
- Bucasio, E., Vieira, I., Berger, W., Martins, D., Souza, C., Maia, D., et al. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: Relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 86-89.
- Carlier, I. V. E., Lamberts, R. V., & Gersons, B. P. R. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 498-506.
- Carlson, E. B. (2001). Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Assessment*, 8, 431-441.
- Carlson, E. B., & Dutton, M. A. (2003). Assessing experiences and responses of crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 133-148.
- Chamon, E. M. Q. O. (2006). Estresse e estratégias de enfrentamento: O uso da escala Toulousaine no Brasil. *Revista psicologia: organizações e trabalho*, 6(2), 43-64.
- Cougle, J. R., Resnick, H., & Kilpatrick, D. G. (2009). A prospective examination of PTSD symptoms as risk factors for subsequent exposure to potentially traumatic events among women. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 405-411.
- Creamer, M., Burgess, P., Buckingham, W., & Pattison, P. (1993). Posttrauma reactions following a multiple shooting: A retrospective study and methodological

- inquiry. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 201-212). New York: Plenum Press.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De Girolamo G., & McFarlane A. C. (1996). The epidemiology of PTSD: A comprehensive review of the international literature. In: A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity, & R. M. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications* (pp. 33-85). Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.
- Delahanty, D. L., Raimonde, A. J., Spoonster, E., & Cullado, M. (2003). Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *Anxiety Disorders, 17*, 149-164.
- Dennis, M. F., Flood, A. M., Reynolds, V., Araujo, G., Clancy, C. P., Barefoot, J. C., et al. (2009). Evaluation of lifetime trauma exposure and physical health in women with posttraumatic stress disorder or major depressive disorder. *Violence Against Women, 15*, 618-626.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1063-1084.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11*, 303-314.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotion processing of traumatic experiences*. New York: Oxford.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155-176.
- Frans, O., Rimmö, P-A., Aberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 291-299.
- Friedman, M. J. (2010). PTSD revisions proposed for *DSM-5*, with input from array of experts. *Psychiatric News, 45*(10), 8-33.

- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders, 123*, 249-257.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, p. A., Gruber, M. J., Sampsom, N. A., Zaslavsky, A. M., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry, 67*, 113-123.
- Halligan, S., Michael, T., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 419-431.
- Harrison, C. A., & Kinner, S. A. (1998). Correlates of psychological distress following armed robbery. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 787-798.
- Jacques, M. G., & Amazarray, M. R. (2006). Trabalho bancário e saúde mental no paradigma da excelência. *Boletim da Saúde, 20*, 93-105.
- Jones, C. A. (2002). Victim perspective of bank robbery trauma and recovery. *Traumatology, 8*(4), 191-204.
- Kamphuis, J. H., & Emmelkamp, P. M. G. (1998). Crime-related trauma: Psychological distress in victims of bankrobbery. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 199-208.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 161-197.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to the society. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 4-12.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- 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*, 1048-1060.

- Kristensen, C. H. (2005). *Estresse pós-traumático: Sintomatologia e funcionamento cognitivo*. Tese de Doutorado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Kristensen, C. H., Monheim, C. J., Peru, R. L., & Kaszniak, A. W. (2002). Screening for posttraumatic stress symptoms in a college sample. *Proceedings: Posttraumatic Stress Disorder - Biological, Clinical and Cultural Approaches to Trauma's Effects* (p. 21). Los Angeles: University of California.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. M. P., & Kaszniak, A. W. (2005). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. In: R. M. Caminha (Org.), *Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): Da neurobiologia à terapia cognitiva* (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A. M. P., & Kaszniak, A. W. (2006). Transtorno de estresse pós-traumático e funções cognitivas. *Psico USF, 11*, 17-23.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lilly, M. M., Pole, N., Best, S. R., Metzler T., & Marmar, C. R. (2009). Gender and PTSD: What can we learn from female police officers? *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 767-774.
- Littleton, H., & Henderson. (2009). If she is not a victim, does that mean she was not traumatized? Evaluation of predictors of PTSD symptomatology among college rape victims. *Violence Against Women, 15*, 148-167.
- MacDonald, H. A., Colotla, V., Flamer, S., & Karlinsky, A. H. (2003). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: A descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *Journal of Occupational Rehabilitation, 13*, 63-77.
- Maia, D. B., Marmar, C. R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M. V. et al. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders, 97*, 241-245.
- Medeiros, L. G., Kristensen, C. H., Almeida, R. M. M. (2010). Estresse pós-traumático, ansiedade e depressão em vítimas de queimaduras. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 62*, 148-158.
- Miller-Burke, J., Attridge, M., & Fass, P. M. (1999). Impact of traumatic events and

- organizational response: A study of bank robberies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *41*, 73-83.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, *6*(8), 1-17.
- Norman, S. B., Means-Christensen, A. J., Craske, M. G., Sherbourne, C. D., Roy-Byrne, P. P., & Stein, M. B. (2006). Associations between psychological trauma and physical illness in primary care. *Journal of Traumatic Stress*, *19*, 461-470.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. H., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. J. G. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, *112*, 646-656.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Elliott, P., Bryant, R., McFarlane, A., & Silove, D. (2009). Prior trauma and psychiatric history as risk factors for intentional and unintentional injury in Australia. *The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, *66*, 470-476.
- O'Donnell, M. L., Elliott, P., Wolfgang, B. J., & Creamer, M. (2007). Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, *20*, 173-182.
- Oquendo, M. A., Friend, J. M., Halberstam, B., Brodsky, B. S., Burke, A. K., Grunebaum, M. F. et al. (2003). Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 580-582.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*, 52-73.
- Ozer, E. J., & Weiss, D. S. (2004). Who develops posttraumatic stress disorder? *Current Directions in Psychological Science*, *13*, 169-172.
- Peirce J. M., Kindbom, K. A., Waesche, M. C., Yuscavage, A. S. E., & Robert K. Brooner, R. K. (2008). Posttraumatic stress disorder, gender, and problem profiles in substance dependent patients. *Informa Healthcare*, *43*, 596-611.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*, 46-59.

- Porto, L. S. (2010). Avaliação de vivência de quase-morte em doença pulmonar obstrutiva crônica grave através do teste de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Dissertação de Mestrado não-publicada. Porto Alegre.
- Richards, D. (2000). Brief report symptom severity, personal and social variables after armed robbery. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 415-419.
- Rovatti, K. B. (2010). Recordações mnêmicas do paciente de terapia intensiva: qualidade de vida e prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Dissertação de Mestrado não Publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo.
- Savóia, M. G., Santana, P., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus para o Português. *Revista de Psicologia USP*, 7, 183-201.
- Sbardelloto, G. (2010). Propriedades psicométricas da versão em português do *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI). Dissertação de Mestrado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia/ Cognição Humana, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Lobo, B., Caminha, R. M., & Kristensen, C. H. (2011). Processamento Cognitivo no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Manuscrito em preparação).
- Sheehan D., Lecrubier Y., Sheehan K. H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., et al. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Sher, L. (2004). Recognizing post-traumatic stress disorder. *Q J Med*, 97(1), 1-5.
- SindBancários. (2010). Acesso em 03 de agosto, 2010, em <http://www.bancariospoa.com.br/Institucional/seguranca.asp>.
- SindBancários. (2011). Acesso em 10 de janeiro, 2011, em http://www.sindbancarios.org.br/site2007/cms/php/site_monta.php?tabela=site_agencia_segurancas&area=agencia_cidada.
- Spitzer, A., Barnow, S., Volzke, H., John, U., Freyberger, H. j., & Grabe, H. J. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: Findings from the general population. *Psychosomatic Medicine*, 71, 1012-1017.

- Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (2000). Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 619-628.
- St-Hilaire, M.-H., & Marchand, A. (2002). La prévalence du trouble de dépression majeure et du trouble de stress post-traumatique chez des victimes de vol à main armée. *Revue québécoise de psychologie*, 23, 219-234.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Ullman, S. E., Townsend, S. M., Filipas, H. H., & Starzynski, L. L. (2007). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame, and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 31, 23-37.
- Wagner, D., Heinrichs, M., & Ehler, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 1727-1732.
- Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 34-39.

Considerações Finais

O presente estudo teve como principal objetivo investigar a manifestação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos. Conforme abordado ao longo desta dissertação, a frequente ocorrência de ataques a bancos torna os bancários um dos principais grupos de risco para o desenvolvimento de quadros pós-traumáticos. Ao mesmo tempo, na medida em que a vivência de situações traumáticas no ambiente de trabalho suscita o desenvolvimento de lesão corporal ou perturbação funcional, temporária ou permanente, tais acontecimentos podem ser categorizados como acidente de trabalho (Brasil, 1991).

Embora a constatação do acidente de trabalho seja mais evidente nos casos em que há prejuízos físicos, sabe-se que os transtornos psiquiátricos são igualmente perturbadores e, até mesmo, incapacitantes em alguns casos. Em virtude disso, optou-se por incluir esta discussão no artigo teórico intitulado “Transtorno de Estresse Pós-Traumático decorrente de acidente de trabalho: Implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas”, enfatizando, sobretudo, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que está entre os transtornos mentais mais comuns relacionados ao trabalho (World Health Organization, 1998). A partir da revisão da literatura, ficou evidente que, diante das inúmeras implicações clínicas, socioeconômicas e legais que podem decorrer da vivência de um evento traumático, um julgamento assertivo sobre as reais condições do trabalhador demonstra-se imprescindível. Portanto, com a elaboração desse artigo, constatou-se a necessidade de revisar aspectos relativos à avaliação clínica de vítimas de traumas, tendo em vista que tal procedimento demonstra-se fundamental tanto para a determinação de um diagnóstico assertivo, quanto para auxiliar, posteriormente, na elaboração de estratégias eficazes de prevenção e tratamento.

Em consequência disso, este assunto foi discorrido no segundo artigo teórico, denominado “Reações pós-traumáticas em adultos: Como, por que e quais aspectos avaliar?”. Nesse estudo, ficou constatado que, a partir dos procedimentos utilizados na avaliação, deverá ser possível identificar não somente os sintomas e transtornos desencadeados pela situação traumática vivenciada, como também os possíveis fatores de risco e de proteção, a fim de que tais aspectos possam ser trabalhados em termos de prevenção e/ou tratamento. Além disso, incluir variáveis que influenciam no desencadeamento, na manutenção e no agravamento dos sintomas pós-traumáticos é um

dos procedimentos básicos que viabiliza um entendimento profundo sobre o curso, a intensidade e a frequência dos sintomas (Keane, Marshall, & Taft, 2006; Ozer & Weiss, 2004; Sbardelloto, Schaefer, Lobo, Caminha, & Kristensen, 2011).

Em consonância com a revisão teórica acerca dos principais métodos e instrumentos empregados na avaliação de vítimas de traumas, foi proposto um protocolo de avaliação para a investigação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos, cujos resultados foram apresentados no artigo empírico “Avaliação de reações pós-traumáticas em bancários vítimas de ataques a bancos”. Tomados em conjunto, avalia-se que os resultados deste estudo foram fundamentais na investigação da sintomatologia e cognições pós-traumáticas, diagnósticos psiquiátricos, estratégias de *coping*, experiências traumáticas, entre outros fatores, possibilitando um extenso conhecimento sobre uma população específica, cujo evento mais traumático vivenciado possuía características semelhantes. A partir disso, diferentes hipóteses acerca dos fatores de risco e de proteção para quadros pós-traumáticos puderam ser levantadas.

A carência de pesquisas no Brasil sobre a avaliação das reações pós-traumáticas, de maneira geral, evidencia que este assunto ainda está sendo pouco explorado, apesar da prevalência de eventos estressores traumáticos assumir proporções relevantes, com significativas repercussões clínicas, econômicas, sociais e ocupacionais. Conseqüentemente, a falta de estudos sobre esta temática reflete no comum despreparo dos profissionais e da população em geral para lidar com situações traumáticas, contribuindo para o agravamento dos sintomas e do sofrimento das vítimas, muitas vezes submetidas a um tratamento equivocado.

A frequente sensação de desamparo e o grau de sofrimento evidenciados em grande parte dos bancários durante a realização das entrevistas reforçam a necessidade de uma atenção especial voltada para estes trabalhadores. Estratégias de prevenção primária e secundária, bem como o encaminhamento para tratamento especializado àqueles que apresentam repercussões significativas no ambiente de trabalho são algumas das principais providências que podem ser tomadas a fim de minimizar o sofrimento desses trabalhadores. Conseqüentemente, há um aumento da motivação para o trabalho e da qualidade de vida, além da diminuição de gastos relativos ao absenteísmo, rotatividade de funcionários, afastamento do trabalho para tratamento de saúde e aposentadoria precoce, já que estudos revelam que o TEPT é um dos transtornos

cujos custos despendidos por paciente em serviços de saúde estão entre os mais elevados (Boscarino, 2004; Kessler, 2000; Olatunji et al., 2007; Walker et al., 2003).

Pesquisas realizadas em outros países revelam que diferenças culturais podem repercutir em divergências quanto ao número de eventos estressores traumáticos experienciados, bem como na manifestação sintomática, no apoio social recebido e na interpretação do trauma e da resposta do indivíduo a ele (Belfer & Rhode, 2005; Keane et al., 2006; Taylor, 2006). Portanto, fica evidente que estudos com vítimas de determinados tipos de traumas em populações e culturas específicas são extremamente válidos, pois essas peculiaridades podem influenciar não somente o impacto atribuído a determinado tipo de evento, como também o processamento cognitivo e as estratégias de *coping* empregadas, repercutindo no curso, na intensidade e na prevalência dos sintomas pós-traumáticos (Keane et al., 2006). Consequentemente, ressalta-se a necessidade de estudos futuros sobre avaliação, prevenção e tratamento para vítimas de diferentes tipos de traumas.

Referências

- Belfer, M. L., & Rohde, L. A. (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: Problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18, 359-365.
- Boscarino, J. A. (2004). Posttraumatic stress disorder and physical illness: Results from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 141-153.
- Brasil. (1991). Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da Previdência da República do Brasil*. Brasília.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161-197.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to the society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Supl. 5), 4-12.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.
- Ozer, E. J., & Weiss, D. S. (2004). Who develops posttraumatic stress disorder? *Current Directions in Psychological Science*, 13, 169-172.
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Lobo, B., Caminha, R. M., & Kristensen, C. H. (2011). Processamento Cognitivo no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Manuscrito em preparação).
- Taylor, S. (2006). *Clinician's guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Walker, E., Katon, W., Russo, J., Ciechanowski, P., Newman, E., & Wagner, A. (2003). Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Archives of General Psychiatry*, 60, 369-374.
- World Health Organization. (1998). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Edición española. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Anexos

Anexo A

ENTREVISTA SOBRE O TRAUMA

Paciente: _____ Data: _____
 Entrevistador: _____

1. Algumas coisas que podem acontecer na vida das pessoas são extremamente perturbadoras. Você já presenciou, se deparou ou viveu algum evento estressante em algum momento da sua vida?

Sim () Não ()

Se sim, especificar quais:

Eventos intencionais provocados pelo homem	Eventos não-intencionais provocados pelo homem	Eventos provocados pela natureza
1 – () guerra civil	15 – () incêndios	22 – () enchentes
2 – () incesto	16 – () explosões	23 – () epidemias
3 – () estupro	17 – () queda de pontes e viadutos	24 – () erupção vulcânica
4 – () sedução	18 – () acidentes automobilísticos	25 – () ataques de animais
5 – () tortura física ou emocional	19 – () acidentes aéreos e/ou aquáticos	26 – () terremoto
6 – () assalto	20 – () perda ou mutilação de parte do corpo decorrente de acidente de trabalho	27 – () furacão
7 – () agressão física	21 – () desabamentos	28 – () avalanche
8 – () crime violento sofrido pela própria pessoa ou por pessoas afetivamente significativas		29 – () tornado
9 – () seqüestro		
10 – () participação em atrocidades violentas		
11 – () alcoolismo e/ou uso de drogas		
12 – () suicídio de alguém próximo		
13 – () mutilação provocada por outro indivíduo		
14 – () terrorismo		

2.1 Evento (especificar número): _____
 2.2 Episódio único () Episódio Repetido ()
 2.3 Início : __/__/____ 2.4 Término: __/__/____ Obs: _____
 2.5 Duração (especificar unidade tempo):
 Anos: ____ Meses: ____ Dias: ____ Horas: ____ Minutos: ____
 2.6 Sofrimento ou intensidade percebida:
 Leve () Moderada () Grave () Insuportável ()

3.1 Evento (especificar número): _____
 3.2 Episódio único () Episódio Repetido ()
 3.3 Início : __/__/____ 3.4 Término: __/__/____ Obs: _____
 3.5 Duração (especificar unidade tempo):
 Anos: ____ Meses: ____ Dias: ____ Horas: ____ Minutos: ____
 3.6 Sofrimento ou intensidade percebida:
 Leve () Moderada () Grave () Insuportável ()

4.1 Evento (especificar número): _____
 4.2 Episódio único () Episódio Repetido ()
 4.3 Início : __/__/____ 4.4 Término: __/__/____ Obs: _____
 4.5 Duração (especificar unidade tempo):
 Anos: ____ Meses: ____ Dias: ____ Horas: ____ Minutos: ____
 4.6 Sofrimento ou intensidade percebida:
 Leve () Moderada () Grave () Insuportável ()

5.1 Evento (especificar número): _____
 5.2 Episódio único () Episódio Repetido ()
 5.3 Início : __/__/____ 5.4 Término: __/__/____ Obs: _____
 5.5 Duração (especificar unidade tempo):
 Anos: ____ Meses: ____ Dias: ____ Horas: ____ Minutos: ____
 5.6 Sofrimento ou intensidade percebida:
 Leve () Moderada () Grave () Insuportável ()

6.1 Evento (especificar número): _____
 6.2 Episódio único () Episódio Repetido ()
 6.3 Início : __/__/____ 6.4 Término: __/__/____ Obs: _____
 6.5 Duração (especificar unidade tempo):
 Anos: ____ Meses: ____ Dias: ____ Horas: ____ Minutos: ____
 6.6 Sofrimento ou intensidade percebida:
 Leve () Moderada () Grave () Insuportável ()

7.1 Evento (especificar número): _____
 7.2 Episódio único () Episódio Repetido ()
 7.3 Início : __/__/____ 7.4 Término: __/__/____ Obs: _____
 7.5 Duração (especificar unidade tempo):
 Anos: ____ Meses: ____ Dias: ____ Horas: ____ Minutos: ____
 7.6 Sofrimento ou intensidade percebida:
 Leve () Moderada () Grave () Insuportável ()

8.1 Evento (especificar número): _____
 8.2 Episódio único () Episódio Repetido ()

8.3 Início : __/__/____ 8.4 Término: __/__/____ Obs: _____

8.5 Duração (especificar unidade tempo):

Anos: ____ Meses: ____ Dias: ____ Horas: ____ Minutos: ____

8.6 Sofrimento ou intensidade percebida:

Leve () Moderada () Grave () Insuportável ()

9.1 Evento (especificar número): _____

9.2 Episódio único () Episódio Repetido ()

9.3 Início : __/__/____ 9.4 Término: __/__/____ Obs: _____

9.5 Duração (especificar unidade tempo):

Anos: ____ Meses: ____ Dias: ____ Horas: ____ Minutos: ____

9.6 Sofrimento ou intensidade percebida:

Leve () Moderada () Grave () Insuportável ()

[Caso seja relatado mais de um evento traumático, DIZER AO PACIENTE: De todas essas situações que você relatou, qual delas foi a mais traumática, a mais estressante para você?]

10 - Pior evento: (ex.: 5.1, 5.2, 5.3)

11 - Pedir para o paciente contar o evento estressor traumático da forma mais detalhada possível.

DIZER AO PACIENTE: Vou te fazer algumas perguntas sobre o trauma e como você tem se sentido recentemente ou desde o acontecimento do trauma. Algumas coisas que nós vamos conversar podem ser difíceis para você falar a respeito. Se tiver alguma coisa que eu possa fazer para tornar a conversa menos dolorosa me fale. Você tem alguma pergunta antes de começarmos?

INDENTIFICAÇÃO DO TRAUMA EM QUESTÃO

DIGA AO PACIENTE: De todas estas coisas que lhe ocorreram durante a situação traumática (*exemplificar brevemente*), qual que te incomodou mais? Qual causou mais estresse? (*se o paciente não identificar, fazer perguntas do tipo: Qual vem mais a sua mente, qual te deixa mais chateado, de qual você tem mais medo?*)

12 - Especificar o trauma em questão:

13 - DIGA AO PACIENTE: Você lembra o que você estava pensando ou sentindo no momento?

Sim Não

14 - O que? _____

15 - Quando estava acontecendo, você pensou que ia morrer ou se machucar seriamente?

Sim Não

16 - Explique: _____

17 - Durante o _____ (inserir trauma identificado), você se sentiu com medo, aterrorizado ou vulnerável?

Sim Não

18 - Explique: _____

19 - Se alguém causou o trauma, quem foi (foram)?

1- um Estranho	7- Mãe	13- Empresa
2- um Conhecido	8- Irmão	14- Parente
3- um Inimigo	9- Membro da Igreja	15- Vizinho
4- um Terrorista	10- Namorado(ada)	16- Outro
5- um Amigo	11- Marido/esposa/parceiro	17- Não Sabe
6- Pai	12- Figura autoritária	

20 - Onde ocorreu o trauma?

1- Residência	8- Campo de batalha
2- Casa de quem causou o trauma	9- Local Público
3- Casa de um amigo/familiar	10- Propriedade abandonada
4- Parque, rua ou avenida	11- Carro, ônibus, trem, avião
5- Estacionamento/garagem	12- Ambiente de trabalho
6- Escola	13- Outro
7- Instituição	

21 - Você sofreu alguma lesão? Sim Não

22 - Qual?

23 - Esta lesão te atrapalha atualmente? Sim Não

24 - Você recebeu tratamento médico/psicológico? Sim Não

25 - Ele te ajudou? Sim Não

26 - Você continua recebendo acompanhamento médico/psicológico por causa da lesão ou outro problema? Sim Não

27 - Você processou alguém após o trauma? Sim Não

28 - Quem? _____

29 - Se SIM, como está este processo?

(1) Em andamento (2) Concluído Favorável (3) Concluído Desfavorável

30 - O processo te afeta de alguma maneira? Sim Não

31 - Se, SIM, como?

32 - Você recebeu algum apoio? Sim Não

33 - De quem?

1 - Pai	7 - Figura autoritária
2 - Mãe	8 - Empresa
3 - Irmão	9 - Parente
4 - Membro da Igreja	10 - Vizinho
5 - Namorado (ada)	11 - Outro
6 - Marido/Esposa/Parceiro	

34 - Acha que ajudou? Sim Não

DIGA AO CLIENTE: Vou te fazer algumas perguntas a respeito de quem, se houver alguém, que você culpa pelo trauma ter acontecido. Quero que você saiba que não existe resposta correta ou errada e nem a necessidade de que você culpe alguém. Vou fazer estas perguntas para que eu possa entender melhor como VOCÊ enxerga este evento traumático e como você responde a ele. Ok?

35 – Quem, se houver alguém, que você culpa pelo trauma?

1- Eu	5- Amigo ou conhecido
2- Assaltante	6- A natureza
3- Uma empresa	7- O acidente
4- O governo	8- Outro

36 - Por que você culpa ele/ela/isto?

O quanto você tem experienciado os seguintes sentimentos em relação ao trauma:

37 - Culpa:

() nunca () poucas vezes () às vezes () muitas vezes () sempre/o tempo todo

38 - Raiva

() nunca () poucas vezes () às vezes () muitas vezes () sempre/o tempo todo

39 - Vergonha

() nunca () poucas vezes () às vezes () muitas vezes () sempre/o tempo todo

40 - Outro

() nunca () poucas vezes () às vezes () muitas vezes () sempre/o tempo todo

SAÚDE MENTAL E FÍSICA DESDE O TRAUMA

41 - Como está sua saúde física desde o trauma?

Boa Média Ruim

42 - Você tem algum problema de saúde? Sim Não

43 - Qual?

44 - Ele é relacionado ao trauma? Sim Não

45 - Como está seu grupo de ajuda?

46 - Com quem você pode conversar ou passar um tempo?

47 - Você tem mantido contato com seus amigos ou família?

48 - Você apresentou mudanças de humor depois do trauma? Sim Não

Quais?

49 - Cansaço Sim Não

50 - Humor deprimido/desânimo Sim Não

51 - Perda de interesse em atividades que antes eram prazerosas Sim Não

52 - Irritabilidade Sim Não

53 - Outro Sim Não

OBS.: Mesmo se o paciente não apresentar humor deprimido, faça as seguintes perguntas sobre idéias e comportamento suicida.

54 - Desde o trauma, você já sentiu que não vale a pena viver ou pensou sobre suicídio?

Sim Não

55 - Com que frequência?

() nunca

() poucas vezes

() às vezes

() muitas vezes

() sempre / o tempo todo

56 - Você já chegou a ponto de fazer planos de como iria se matar?

Sim Não

57 - Você já tomou iniciativa (comprou arma, conseguiu pílulas, marcou um dia)?

Sim Não

58 - Você planeja botar o plano em prática ou se machucar?

Sim Não

59 - Você já tentou o suicídio desde o trauma?

Sim Não

60 - Você já se feriu de alguma maneira desde o trauma?

Sim Não

61 - Como você se feriu?

62 - Quando foi a última vez que você se feriu?

63 - O que você faz para não se matar?

64 - Você já se consultou com um psiquiatra ou psicólogo antes a respeito do trauma?

Sim Não

65 - Já ocorreu uma intervenção de crise?

Sim Não

66 - Sim? Descreva:

67 - Você foi hospitalizado após o trauma? () Sim () Não

68 - Se sim, por qual destes motivos?

() condição emocional

() tentativa de suicídio

() drogas ou álcool

() condição médica geral

69 - Descreva brevemente o que foi recomendado para não ocorrer de novo:

ABUSO DE ALCOOL OU DROGAS

Agora vou te perguntar sobre uso de medicamentos ou drogas. Desde o trauma, você já usou:

70 - Medicamentos prescritas: () Sim () Não

71 - Medicamento: _____

72 - Dosagem: _____

73 - Frequência: _____

74 - Drogas: () Sim () Não

75 - Droga: _____

76 - Frequência: _____

77 - Abuso de medicamentos: () Sim () Não

78 - Medicamento: _____

79 - Frequência: _____

80 - Consome álcool? () Sim () Não

81 - O quanto de bebida você consome por dia?

82 - Quais? (lata de cerveja, coquetel, taça de vinho,...).

83 - Sua frequência de consumo mudou após o trauma?

Sim Não

84 - Você já teve problemas no trabalho, nas relações sociais ou com a justiça por causa da bebida ou drogas?

Sim Não

85 - Você se considera um viciado ou com problemas com drogas ou álcool?

Sim Não

86 - Você acha que tem algo mais sobre sua vida ou sobre o TEPT que eu deveria saber?

Anexo B



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Faculdade de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Ofício 002/2010 – SGL

Porto Alegre, 06 de janeiro de 2010.

Senhor(a) Pesquisador(a)

A Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo intitulado **"AVALIAÇÃO DE REAÇÕES PÓS-TRAUMÁTICAS EM VÍTIMAS DE ATAQUE E BANCO"**

Sua investigação está autorizada a partir da presente data, sem a necessidade de passar pelo Comitê de Ética, devido a características específicas da pesquisa, explicitadas no parecer final.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Margareth da Silva Oliveira
Coordenadora da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia

Ilmo(a) Sr(a)

Prof. Orientador: Christian Haag Kristensen

Pesquisador(as): Luiziana Souto Schaffer

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6681 – P. 11 – 9º andar – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3500 – Fax (51) 3320 – 3633
E-mail: psicologia-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/psipos

Anexo C

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1271/09

Porto Alegre, 01 de outubro de 2009.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04338 intitulado **“Uso de realidade virtual no tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático”**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Christian Haag Kristensen
FAPSI
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

Anexo D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FASE 2

Prezado(a) participante:

Sou membro do Grupo de Pesquisa Cognição, Emoção e Comportamento da Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob coordenação do Professor Orientador Christian Kristensen, cujo objetivo é verificar o efeito da Terapia de Exposição com Realidade Virtual (VRE) na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em bancários vítimas de assaltos a bancos.

Se você consentir em participar da pesquisa, poderá ser colocado em um dos dois grupos para tratamento psicológico. O grupo 1 será submetido a tratamento psicológico dentro da abordagem cognitivo-comportamental (TCC) para TEPT. O grupo 2 receberá, também, tratamento psicológico dentro da abordagem cognitivo-comportamental (TCC), e complementarmente sessões de exposição aos elementos que causam ansiedade utilizando a tecnologia de realidade virtual.

Antes do tratamento psicológico ter início, será feita uma avaliação de sintomas de ansiedade através de questionários de múltipla escolha. Essas avaliações ocorrerão ao longo e ao término do tratamento, a fim de comparar os níveis de ansiedade antes, durante e após as sessões de psicoterapia.

Os custos com deslocamento são de sua responsabilidade. As sessões de terapia terão um custo de R\$ 10,00 (dez reais) que também são de sua responsabilidade.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a). Se, contudo, em algum momento durante a pesquisa, você apresentar risco grave de causar dano a si mesmo ou a outra pessoa, a confidencialidade de seus dados será quebrada e algum familiar/responsável por você será contatado e informado sobre sua condição, a fim de assegurar seu bem estar. Para tanto, solicitamos que você preencha os dados de seu familiar/responsável no espaço correspondente ao final deste Termo de Consentimento.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador fone 3320 3633 ramal 7741 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345.

Atenciosamente,

Nome e assinatura do pesquisador

Matrícula: _____

Local e data

Nome e assinatura do professor orientador

Matrícula: _____

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Nome do familiar/responsável: _____

Local e data

Telefone para contato: _____