UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

VANESSA FERNANDES FIORESI

Associações entre traumas emocionais precoces, traços de personalidade e reconhecimento de expressões faciais em indivíduos diagnosticados com transtorno de estresse pós traumático, ansiedade social e ansiedade generalizada

RIBEIRÃO PRETO

2017

VANESSA FERNANDES FIORESI

Associações entre traumas emocionais precoces, traços de personalidade e reconhecimento de expressões faciais em indivíduos diagnosticados com transtorno de estresse pós traumático, ansiedade social e ansiedade generalizada

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre

Área de concentração: Saúde Mental

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Flávia de Lima Osório

**Ribeirão Preto
2017**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Fernandes-Fioresi, Vanessa

Associações entre traumas emocionais precoces, traços de personalidade e reconhecimento de expressões faciais em indivíduos diagnosticados com transtorno de estresse pós traumático, ansiedade social e ansiedade generalizada

115 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Mental.

Orientadora: Osório, Flávia de Lima.

1. Transtornos de Ansiedade 2. Traumas emocionais precoces. 3. Traços de personalidade. 4. Reconhecimento de expressões faciais de emoção.

Folha de Aprovação

FERNANDES-FIORESI, Vanessa

Associações entre traumas emocionais precoces, traços de personalidade e reconhecimento de expressões faciais em indivíduos diagnosticados com transtorno de estresse pós traumático, ansiedade social e ansiedade generalizada

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre

Área de atuação: Saúde Mental

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha avó Antônia e aos meus pais, Neide e Léo, que me ensinaram que o Amor e o Conhecimento modificam o mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e aos espíritos de luz pelo amparo diário que fortaleceram meu foco e dedicação na superação das adversidades.

Ao meu marido, Lucas, por ser companheiro e compreensivo, especialmente nos meus momentos de ausência e cansaço. Obrigada por me ensinar o que é amar.

Aos meus pais, Neide e Léo, e aos meus sogros, Nilva e Luiz, pelo amor, força, e confiança depositados à mim e ao meu trabalho, incentivando meu crescimento pessoal e profissional.

À minha amiga Laís, por ouvir meus desabafos, me auxiliar na resolução dos problemas e me fortalecer.

À minha querida orientadora Prof. Dra. Flávia de Lima Osório, pela amizade, disponibilidade, confiança, escuta e paciência, me ensinando a confiar em minhas habilidades e aprimorando-as. Obrigada pelas inúmeras correções me mostrando o melhor caminho a seguir e por me fornecer a auto confiança necessária para minha vida pessoal e profissional.

Aos pacientes e voluntários de pesquisa, que confiaram neste projeto dividindo sua história de vida e seu tempo a fim de auxiliar tantas outras vidas futuramente.

Aos meus colegas de Laboratório e de pós graduação, em especial Taciana, Aline, Ana Paula, Karina, Lívia e Mariana, pela amizade, companhia, escutas, conselhos, orientações, risadas, especialmente por deixarem a vida acadêmica mais leve.

À Marilene e Rachel, secretárias do serviço de psicologia, sempre com uma palavra amiga e um abraço caloroso.

À Marcela, secretária do laboratório, sempre disponível, sorridente e doce, auxiliando na organização das coletas, materiais e dividindo experiências.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPQ), pelo auxílio financeiro.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA REFERENTE À DISSERTAÇÃO

- **Artigos completos publicados em periódicos indexados**

FERNANDES, V. & OSÓRIO, F. L. **Are there associations between early emotional trauma and anxiety disorders? Evidence from a systematic literature review and meta-analysis.** European Psychiatry, Vol. 30, N. 6, p.756-764, 2015. (APÊNDICE A)

Autoria: Vanessa Fernandes Fioresi

Título: Associações entre traumas emocionais precoces, traços de personalidade e reconhecimento de expressões faciais em indivíduos diagnosticados com transtorno de estresse pós traumático, ansiedade social e ansiedade generalizada

Este trabalho foi subvencionado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, no período de agosto de 2014 a julho de 2017.

Número do Processo FAPESP: 2012/02260-7

Número do Processo CNPQ: 442303/2014-9

Ribeirão Preto – SP
2017

RESUMO

FERNANDES-FIORESI, V. Associações entre traumas emocionais precoces, traços de personalidade e reconhecimento de expressões faciais em indivíduos diagnosticados com transtorno de estresse pós traumático, ansiedade social e ansiedade generalizada. 2017. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Com o advento da psiquiatria, a ansiedade, quando propicia prejuízo do bem estar físico, social e emocional do indivíduo, passou a ser categorizada por específicos tipos de transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma. Modelos etiológicos atuais apontam que tais transtornos se desenvolvem, com maior facilidade, em indivíduos com histórico de traumas na primeira infância, sendo estes considerados fatores de risco importantes, bem como, se correlacionariam à presença e desenvolvimento de traços de personalidade do indivíduo e a um déficit de discriminação ambiental do mesmo, em especial quanto ao reconhecimento das expressões de emoções faciais. Assim, objetivou-se verificar as possíveis associações entre os traumas emocionais precoces (TEP), traços de personalidade e o reconhecimento de expressões de emoções faciais (REFE) em sujeitos diagnosticados com transtornos de ansiedade social (TAS), ansiedade generalizada (TAG), e estresse pós traumático (TEPT), utilizou-se como parâmetro um grupo controle com sujeitos saudáveis. Participaram deste estudo 120 sujeitos que foram alocados em quatro grupos distintos, de 30 participantes cada, sendo três clínicos (TAS, TAG, TEPT) e um não clínico (NC). Como instrumentos de coletas de dados foram utilizados: a) Escala do transtorno de ansiedade generalizada (GAD7); b) Inventário de fobia social (SPIN); c) Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-IV) – versão clínica; d) Formulário Sociodemográfico e Clínico; e) Early Trauma Inventory Self Report – Short Form (ETISR-SF); f) Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9); g) Escala de ansiedade de Beck (BAI); h) Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool (FAST); i) Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (FTND); j) Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado (NEO-FFI-R – versão reduzida); k) Tarefa de Reconhecimento de Expressões Faciais. A coleta de dados dos grupos clínicos ocorreu em duas etapas, sendo: a) fase de rastreio: identificação e confirmação diagnóstica dos possíveis participantes; b) fase de avaliação de desfecho: confirmados os diagnósticos, os participantes eram convidados para a coleta em si. Como resultados, verificou-se que o grupo TEPT possuía um maior número de TEP gerais e totais, em especial eventos de ocorrência abrupta, enquanto que o grupo TAG apresentou significativamente mais TEP emocionais, sexuais e totais. Quanto às características de personalidade, verificaram-se que o fator de neuroticismo foi significativamente presente nos grupos clínicos. Sobre a tarefa de reconhecimentos faciais, verificou-se que o grupo TEPT apresentou significativa acurácia reduzida para a emoção de nojo e surpresa, bem como para faces masculinas, além de um maior tempo de resposta para o julgamento da emoção de surpresa. Por fim, através de análise de regressão, verificou-se para o TEPT, associações expressivas entre presença de traços de neuroticismo e reduzida acurácia da emoção surpresa; para o TAG, ocorreram associações significativas entre a presença de TEP emocional e sexual e maior acurácia para emoção de nojo; e para o TAS destacou-se a associação com traço de personalidade neuroticismo. Desta forma, os achados corroboram os dados prévios da literatura, indo além e explorando especificidades entre os diferentes transtornos. Acredita-se que a identificação de tais correlações proporcionam uma compreensão de forma integrada favorecendo condutas terapêuticas e preventivas.

Palavras chave: Transtornos de Ansiedade. Traumas Emocionais Precoces. Traços de Personalidade. Reconhecimento de expressões faciais de emoção.

ABSTRACT

FERNANDES-FIORESI, V Associations between early emotional traumas, personality traits and recognition of facial expressions in individuals diagnosed with posttraumatic stress disorder, social anxiety and generalized anxiety. 2017. 115 p. Dissertation – Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2017.

Anxiety, when it damages the individual's physical, social and emotional well-being, has been categorized by specific types of anxiety and stress disorders, as a result of the advent of psychiatry. Current etiologic models point out that such disorders develop easier in individuals with a history of early childhood traumas, which are considered as important risk factors, as well as, if they correlate with the presence and development of personality traits of the individual and to a deficits of environmental discrimination, especially regarding the recognition of expressions of facial emotions. The aim of this study was to verify possible associations between early emotional traumas (EET), personality traits and recognition of facial expressions (REFE) in individuals diagnosed with social anxiety disorder (SAD), generalized anxiety disorder (GAD), and post-traumatic stress disorder (PTSD). A control group was used as a parameter including healthy individuals. A total of 120 individuals were randomly assigned to four groups of 30 participants, three of whom were clinicians (SAD, GAD, PTSD) and one non-clinical (NC). The instruments used to collect data were: a) Scale of generalized anxiety disorder (GAD7); B) Social phobia inventory (SPIN); C) Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV) - clinical version; D) Sociodemographic and Clinical Form; E) Early Trauma Inventory Self-Report - Short Form (ETISR-SF); F) Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); G) Beck's Anxiety Scale (BAI); H) Rapid Alcohol Abuse Identification Test (FAST); I) Fagerström Nicotine Dependence Test (FTND); J) Revised NEO Five Traits Inventory (NEO-FFI-R - reduced version); K) Facial Expression Recognition Task. The data collection of the clinical groups occurred in two stages: a) phase of screening: identification and diagnostic confirmation of the possible participants; b) phase of evaluation of outcomes: once the diagnosis was confirmed, the participants were invited to the data collection. The results showed that the PTSD group had a greater number of general and total EET, specially events of abrupt occurrence, whereas the GAD group showed significantly more emotional, sexual and total EET. Regarding personality traits, it was verified that the neuroticism trait was significantly present in the clinical groups. As the task of facial recognition, it was possible to verify that the PTSD group had a significantly reduced accuracy for the emotion of disgust and surprise, as well as for male faces, and a bigger response time for judgment of the surprise emotion. Finally, through regression analysis, there were significant associations between the presence of neuroticism traits and the low accuracy of the surprise emotion for PTSD; for TAG, there were noticeable associations between the presence of emotional and sexual EET and greater accuracy for the emotion of disgust; end for the SAD the association with personality trait neuroticism was highlighted. Thus, the findings of this research corroborate the previous literature data and also explore specificities between the different disorders. It can be assumed that the identification of such correlations can provide an integrated understanding, improving therapeutic and preventive behaviors.

Keywords: Anxiety Disorders. Early emotional trauma. Personality trait. Recognition of facial expressions of emotion.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio demográficas e clínicas da amostra	47
Tabela 2 - Indicadores clínicos da amostra em função dos diferentes grupos.....	50
Tabela 3 - Média, desvio padrão, número mínimo e máximo e porcentagem de frequência de cada subtipo de traumas emocionais precoces vivenciados pela amostra, em função dos grupos TEPT, TAG, TAS e NC.....	52
Tabela 4 - Percentual de frequência dos diferentes eventos traumáticos categorizados como “traumas gerais” em função dos diferentes grupos.....	54
Tabela 5 - Percentual de frequência dos diferentes eventos traumáticos categorizados como “traumas físicos” em função dos diferentes grupos.....	55
Tabela 6 - Percentual de frequência dos diferentes eventos traumáticos categorizados como “traumas emocionais” em função dos diferentes grupos.....	56
Tabela 7 - Percentual de frequência dos diferentes eventos traumáticos categorizados como “traumas sexuais” em função dos diferentes grupos	57
Tabela 8 - Média e desvio padrão dos diferentes grupos em relação à pontuação nas subescalas do Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado – Versão Reduzida	58
Tabela 9 – Média, desvio padrão e percentual de acerto na Tarefa de Reconhecimento de Expressões Faciais de Emoção, em função dos diferentes grupos	60
Tabela 10 - Média e desvio padrão da intensidade de emoção necessária para julgamento da emoção na tarefa de reconhecimento de expressões faciais de emoção em função dos diferentes grupos.....	62
Tabela 11 - Média e desvio padrão do tempo de resposta necessário para julgamento da expressão facial na tarefa de reconhecimento de expressões faciais de emoção	63
Tabela 12 - Viés de resposta na tarefa de reconhecimento de expressões faciais de emoção em função dos diferentes grupos.....	65
Tabela 13 - Correlação entre vivência de Traumas emocionais precoces, traços de personalidade e desempenho da tarefa de reconhecimento de expressões faciais de emoções nos diferentes grupos.....	68
Tabela 14 - Modelo Final de Regressão Logística dos diferentes grupos clínicos.....	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma relativo ao procedimento de composição amostral dos grupos clínicos e controle.....	41
Figura 2 - Ilustração do procedimento relativo à Tarefa de Reconhecimento de Expressões Faciais de Emoção. Uso autorizado por Donadon (2015).....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA: Associação de Psiquiatria Americana.

BAI: Inventário de Ansiedade e Beck

DP: Desvio Padrão.

DNA: Ácido desoxirribonucleico

DSM – III: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – terceira edição.

DSM – III - R: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – terceira edição revisada.

DSM – IV: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – quarta edição.

DSM – IV - TR: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – quarta edição revisada.

DSM - V: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – quinta edição.

ETISR- SF: Inventário de auto Avaliação de traumas precoces – versão reduzida.

FAST: Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool

FMRP-USP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

FTND: Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström

GAD-7: Questionário do Transtorno de Ansiedade Generalizada – GAD-7

HCFMRP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

HPA: Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal

IC: Intervalo de confiança

Mín.: Mínimo

Máx.: Máximo

NC: Grupo não clínico

NEOFFI-R: Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado

ONG: Organização não governamental

PHQ-9: Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9

PROVE: Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência da Universidade Federal de São Paulo

REFE: Reconhecimento de Expressões Faciais de Emoção

SCID-I: Entrevista Clínica Estruturada baseada em DSM-IV

SPIN: Inventário de Fobia Social

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

TAS: Transtorno de ansiedade social

TAG: Transtorno de ansiedade generalizada

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEP: Traumas Emocionais Precoces

TEPT: Transtorno de estresse pós traumático

TP: Transtorno de Pânico

USP: Universidade de São Paulo

TG: Traumas Gerais

TF: Traumas Físicos

TE: Traumas Emocionais

TR: Tempo de Resposta

TS: Traumas Sexuais

TT: Traumas Totais

REFE: Reconhecimento de expressões faciais de emoção

LISTA DE SÍMBOLOS

$\geq$	Maior ou igual
$<$	Menor
%	Porcentagem
*	Significante
B	Distribuidor Beta
d	Coeficiente D de Cohen
F	Teste ANOVA
N	Frequência
N^o	Número
N^2p	Effect Size
$ODDS$	Odds Ratio, fator preditivo
p	Nível de Significância
r	<i>Post-Hoc</i>
X	Média
X^2	Teste Qui-quadrado

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1. Transtornos de Ansiedade e relacionados ao Estresse/Trauma.....	17
1.2. Transtorno de Estresse Pós Traumático.....	18
1.3. Transtorno de Ansiedade Social.....	20
1.4. Transtorno de Ansiedade Generalizada	22
1.5. Traços de personalidade e Transtornos de Ansiedade e relacionados ao Estresse/trauma	23
1.6. Traumas Emocionais Precoces e Transtornos de Ansiedade e relacionados ao Estresse/trauma.....	25
1.7. Reconhecimento de Expressões Faciais e Transtornos de Ansiedade e relacionados ao Estresse/trauma.....	28
2. OBJETIVOS.....	33
2.1. Objetivo geral	33
2.2. Objetivos específicos.....	33
2.3. Hipóteses	33
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
3.1. Participantes	35
3.2. Instrumentos.....	35
3.3. Fontes de Recrutamento	38
3.4. Coleta de Dados	39
3.5. Aspectos Éticos	43
3.6. Análise dos dados.....	44
4. RESULTADOS	46
4.1 Caracterizações sociodemográfica e clínica da amostra.....	46
4.2 Caracterização da vivência de Traumas Emocionais Precoces	51
4.3. Caracterização dos traços de personalidade.....	57
4.4. Caracterização do desempenho na Tarefa de Reconhecimento de Expressões Faciais de Emoção	59
4.5. Análise conjunta das variáveis.....	67
5. DISCUSSÃO.....	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
7. APÊNDICES.....	103
APÊNDICE A – Produção científica	103
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
APÊNDICE C - Questionário Sociodemográfico e clínico	106
8. ANEXOS.....	108
ANEXO A – Escala Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD7)	108
ANEXO B – Inventário de Fobia Social (SPIN)	109
ANEXO C - Inventário de Auto-Avaliação de Traumas Precoces– Versão Reduzida (ETISR-SF):	110
ANEXO D – Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9).....	111
ANEXO E – Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool (FAST)	112
ANEXO F – Teste de Dependência de Nicotina de Fargerström (FTND)	113
ANEXO G – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital I.....	114
ANEXO H – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital II	115

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1. Transtornos de Ansiedade e relacionados ao Estresse/Trauma

A ansiedade é considerada uma resposta comum aos seres humanos e a outros mamíferos frente a situações de estresse e de perigo iminente. Devido à presença deste sentimento na espécie, o homem desenvolveu modos de fuga e enfrentamento adequados a seu ambiente, desde seus tempos primórdios (SCHMITT; KAPCZINSKI, 2004).

Com o transcorrer do desenvolvimento da civilização, o conceito de ansiedade se ampliou, e esta passou a ser considerada, em casos específicos, uma patologia, uma vez que seu excesso e a preocupação exacerbada favorecem prejuízos físicos, sociais e emocionais ao indivíduo e interferem em sua qualidade de vida, bem como em seu desempenho e rotina diários (ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2004).

Segundo Pereira (2004), os sintomas ansiosos já eram mencionados antes do século XIX, entretanto, em sua maioria, os mesmos eram tratados de modo isolado, sendo reunidos de modo nosológico por volta de 1890 com as publicações de Brissaud, Morel, Hecker e Freud. Com o início da “revolução psicofarmacológica”, a partir da década de 50, começaram a surgir os sistemas classificatórios, os quais passaram a agrupar sintomas, caracterizando-os em transtornos específicos.

Com as publicações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM - versões III, III-R, IV, IV-TR e V), novas categorias dos transtornos ansiosos foram constituídas e revisadas para que se mantivesse uma ênfase em uma abordagem empírica a fim de proporcionar progressos nos campos da neurobiologia, epidemiologia e psicofarmacologia além de auxiliar no desenvolvimento de técnicas psicoterapêuticas específicas e eficazes (APA, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013).

Até o DSM-IV-TR (APA, 2000), a categoria Transtornos de Ansiedade envolvia os transtornos de pânico com e sem agorafobia, agorafobia sem histórico de transtorno de pânico, fobia específica, fobia social, obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático, estresse agudo, ansiedade generalizada, e por fim, ansiedade devido à condição médica geral.

Com o advento do DSM-V (APA, 2013), novos ajustes foram realizados sobretudo no que tange a este grupo de transtornos. As mudanças relacionaram-se ao fato de que os transtornos de estresse pós traumático e estresse agudo passaram a ser classificados na

categoria “Transtornos relacionados ao estresse e trauma”, e o transtorno obsessivo-compulsivo passou a ser classificado na categoria “Transtornos relacionados ao espectro obsessivo-compulsivo”. A categoria “Transtornos de ansiedade” ficou composta pelos transtornos restantes.

Atualmente, os transtornos de ansiedade e os relacionados ao estresse/trauma, estão entre as psicopatologias mais prevalentes na população geral e em serviços de saúde, atingindo taxas entre 20 e 40%. Estes índices elevados se associam a altas taxas de incapacitação e sofrimento (MERCADANTE, 2007; ANDRADE et al., 2012).

Diante deste contexto, cada vez mais, os pesquisadores procuram compreender e minimizar o impacto deste grupo de transtornos, além de ampliar o entendimento de suas bases etiológicas, o que pode contribuir ainda mais para o desenvolvimento de novas linhas de intervenção e tratamento.

Em função dos objetivos do presente estudo, destacar-se-á, a seguir, algumas especificidades do transtorno de estresse pós traumático (TEPT), transtorno de ansiedade social (TAS) e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG)

1.2. Transtorno de Estresse Pós Traumático

O TEPT foi considerado uma categoria diagnóstica pela primeira vez no DSM-III (APA, 1980). Este transtorno passou a abranger o que antes era conhecido como diagnósticos sindrômicos de ocasião. Com a nova classificação abordou-se o sofrimento de pacientes que possuíam um trauma em sua história de vida, e passou a validar o impacto deste a partir de então (CAMARA FILHO; SOUGEY, 2001). Com o advento do DSM-IV (APA, 1994), o TEPT passou a ser reconhecido como um transtorno ansioso, uma vez que seus portadores apresentavam respostas ansiosas e prejuízos funcionais importantes a partir da (re)vivência do trauma. Com a elaboração do DSM V (APA, 2013), apesar dos critérios diagnósticos serem mantidos, o transtorno passou a uma categoria nomeada de “Transtornos relacionados a trauma e a estressores”, no qual optou-se, a fim de facilitar a classificação nosológica, agrupar transtornos nos quais a exposição a um evento traumático ou estressante é listada como critério diagnóstico.

Estima-se que cerca de 80% da população vá passar por algum trauma ao longo da vida, contudo espera-se que somente 10% deste total desenvolva sintomas do transtorno (DE VRIES; OLFF, 2009). De acordo com o DSM-V (APA, 2013) o TEPT se caracteriza pela

exposição repetida e/ou extrema do indivíduo a situações de morte ou ameaça, ferimentos graves ou violência sexual, seja enfrentando-as diretamente ou até mesmo testemunhando-as. Os principais sintomas que acompanham tal quadro são a intrusão de pensamentos angustiantes, recorrentes e involuntários e a vivência de sonhos aflitivos sobre o evento; reações dissociativas (*flashbacks* ou perda da consciência do momento presente); evitação de estímulos e/ou dificuldade de recordar aspectos importantes associados ao trauma; crenças negativas; perda de interesse em atividades importantes; distanciamento social e perda do reconhecimento de emoções positivas (APA, 2013).

Devido ao desenvolvimento de comportamentos auto-destrutivos, irritabilidade, agressão verbal ou física, hipervigilância, baixa concentração, distúrbios do sono, entre outros, verifica-se que o TEPT está associado a um sofrimento clinicamente significativo, e um prejuízo importante no funcionamento social, familiar e profissional. Além disso, destaca-se o desenvolvimento de comorbidades importantes com outros transtornos ansiosos, abuso de substâncias, transtornos de humor, tentativas de suicídio, transtorno dissociativo e somatoforme (MARGIS, 2003; FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003; APA, 2013).

Horner e Hamner (2002), chamam a atenção também para alteração neurocognitivas, sobretudo nas funções de memória, de atenção verbal e visual e funções executivas.

O TEPT é considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum entre a população, favorecendo implicações socioeconômicas importantes para a sociedade, além dos prejuízos individuais (YEHUDA; HALLIGAN; GROSSMAN, 2001; BALLENGER et al., 2004).

Quanto aos aspectos etiológicos, existem estressores mais favoráveis ao desenvolvimento de um quadro de TEPT. O tipo de trauma sofrido pelo indivíduo poder ser considerado um fator de risco importante para tanto, principalmente quando associa-se a fatores individuais biopsicossociais e ao próprio significado subjetivo que o indivíduo possui relacionado ao trauma. Traumas emocionais na infância, transtornos psiquiátricos anteriores ao trauma, presença de menor nível socioeconômico, baixo grau de instrução e baixa rede de suporte no pré trauma, são citados como fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT (KAPLAN; SADOCK, 1997; FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003; SBARDELLOTO et al., 2011; APA, 2013; BIELAS et al, 2016).

Ainda, segundo Schneider (2011), características de personalidade como baixa autoestima, dificuldades interpessoais e baixo afeto, bem como o modo de enfrentamento de cada indivíduo, influenciariam na predisposição para o desenvolvimento do TEPT após a experiência do trauma.

1.3. Transtorno de Ansiedade Social

O TAS, também conhecido como fobia social, é caracterizado como um medo excessivo que o indivíduo possui em agir de modo inadequado durante situações sociais, sobretudo de performance, experimentando medo em ser humilhado ou embaraço. Desta forma, o indivíduo passa a evitar os contatos e/ou situações sociais de exposições específicas consideradas ansiogênicas e/ou vivenciá-las com intenso sofrimento, implicando em prejuízo funcional (WITTCHEN; STEIN; KESSLER, 1999; NARDI, 2004; APA, 2013).

O TAS difere da timidez devido gravidade e impacto dos prejuízos funcionais e ocupacionais associados. É considerado como o mais comum dos transtornos de ansiedade presentes na população geral, sendo considerado um problema de saúde pública (SCHNEIER et al., 1994; SCHNEIER, 2006; APA, 2013).

O TAS, geralmente, se inicia na infância ou na adolescência levando o indivíduo a estruturar sua rotina de vida em função do transtorno, o que prejudica seu potencial de realizações, bem como sua qualidade de vida. Destaca-se ainda, que as dificuldades experimentadas nas interações sociais, e muitas vezes sua evitação, tem um impacto negativo no desenvolvimento das habilidades sociais, estas entendidas como a capacidade do indivíduo em se comportar adequadamente em um dado ambiente a fim de obter reforços sociais (BARROS; LOTUFO-NETO, 1995; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; NARDI, 2004).

Um possível déficit nestas habilidades também contribui para o prejuízo acadêmico, amplo uso de substâncias psicoativas, baixa interação social, prejuízos profissionais, baixo repertório de lazer, entre outros, ampliando as consequências negativas do TAS (KESSLER, 2003; NARDI, 2004; MATHEW; HO, 2006; LEVITAN; RANGE; NARDI, 2008).

As taxas de prevalência variam entre 2,5% a 13,5% na população geral, sendo mais comum em indivíduos do sexo feminino. Independentemente da idade, estes indivíduos têm um maior risco para desenvolver comorbidades com outros transtornos mentais, em geral depressão, transtornos de ansiedade, como o TAG e abuso de álcool. Pesquisas indicam que o transtorno depressivo é a comorbidade mais comum ao transtorno, chegando a acometer cerca de um terço dos pacientes fóbicos sociais, sobretudo em função dos prejuízos vivenciados (KESSLER et al., 1994.; COX et al., 1994; LECRUBIER; WEILLER, 1997; KAPLAN; SADOCK, 1997; KESSLER et al., 1999; BARROS NETO, 2000; BURATO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009; DALRYMPLE et al., 2014).

Em seu estudo, Hetem et al. (2010) referem a existência de taxas de comorbidades superiores em indivíduos com TAS (71,6%), quando comparado a um grupo de indivíduos saudáveis (28,7%). Os sujeitos com TAS também apresentavam um funcionamento psicossocial prejudicado em vários domínios de sua rotina de vida.

Outro aspecto interessante ligado ao sujeito portador de TAS refere-se ao fato de que, além de possuir medo acentuado de ser criticado, possui elevada auto avaliação negativa de seus comportamentos sociais, evidenciando uma personalidade negativista. No geral, a atenção destes indivíduos é autofocada e seletiva, pela crença de que estão sob a avaliação do outro e pela atenção centrada aos próprios sintomas ansiosos decorrentes. Estes indivíduos tendem a guardar mais lembranças negativas dos eventos, as quais são derivadas de interpretações distorcidas de seus comportamentos e das expressões emocionais emitidas pelo interlocutor (SALABÉRRIA; ECHEBURUA, 1998).

Para Gilboa-Schechtman et al. (2008), indivíduos com TAS perceberiam fisionomias de medo e tristeza com maior facilidade, uma vez que tais emoções teriam uma maior identificação com o estado emocional da situação pessoal vivenciado pelo indivíduo. Nesta direção, modelos cognitivos-comportamentais buscam explicar o mecanismo do TAS, sugerindo haver uma atenção excessiva e auto-centrada que discrimina o ambiente como ameaçador, vinculado aos temores de avaliação negativa de terceiros (HEIMBERG et al, 1995; HIRSCH; CLARK, 2004).

No que diz respeito à etiologia, acredita-se na hipótese de um modelo multicausal. Haveria não somente fatores ambientais, mas também, uma significativa parcela de pré-disposição genética para desenvolvimento do transtorno (STEIN, 1998; REINELT et al., 2014).

Em especial, quanto aos fatores ambientais, sugere-se que a presença de pais com repertórios comportamentais menos acolhedores, superprotetores e/ou religiosos, poderia atuar como fator de risco, bem como a presença de abuso emocional na infância. Por outro lado, a presença de um suporte social adequado seria um fator de proteção importante (BRUCH, 1989; BRUCH; CHEEK, 1995; MICHELE; MICK; TELSH, 1998).

1.4. Transtorno de Ansiedade Generalizada

O TAG passou a ser considerado como uma classificação nosológica a partir do DSM-IV. Antes disso, era entendido como um diagnóstico residual e considerado uma ansiedade adaptativa após eventos aversivos (MOCHCOVITCH; CRIPPA; NARDI, 2010).

Os principais sintomas presentes neste transtorno são ansiedade e preocupação excessivas e multifocais (ou seja, frente a diversos eventos e atividades rotineiras), com baixo controle sob as mesmas. Geralmente, por se preocuparem excessivamente com questões de rotina, os indivíduos com este transtorno passam a temer catástrofes e sofrer por antecipação, vivenciando uma ansiedade crônica, associada a sintomas somáticos como agitação, nervoso, fadiga, insônia, entre outros (SCHMITT, 2003; POSSENDORO, 2011; APA, 2013).

O TAG apresenta uma prevalência durante a vida de cerca de 5,1% sendo mais comum no gênero feminino e comumente ocorrendo durante três fases da vida (infância, adulto jovem e terceira idade). Quanto à sua etiologia, segundo a hipótese cognitiva, pacientes com TAG estariam respondendo de maneira inadequada frente aos perigos que percebem, uma vez que possuiriam uma atenção seletiva, geralmente propensa a detalhes negativos, distorcendo as informações ambientais, e mantendo uma visão negativa da própria habilidade de discriminar (KESSLER et al., 1994; KAPLAN; SADOCK, 1997; MOCHCOVITCH; CRIPPA; NARDI, 2010; STEIN; SAREEN, 2015).

Tal preocupação favorece uma dificuldade na tomada de decisões, nos relacionamentos interpessoais e na qualidade de vida do indivíduo. Estes prejuízos podem contribuir para um modo ineficiente de enfrentamento frente aos estímulos aversivos, aumentando o risco para o abuso de substâncias ou para o desenvolvimento de outras comorbidades, principalmente quadros de depressão maior (GRANT ET AL., 2005; STEIN; SAREEN, 2015).

Ser do sexo feminino, ter um nível socioeconômico baixo, possuir familiares com o transtorno, sofrer traumas emocionais/negligências na infância, presenciar situações de violências, possuir um repertório de comportamentos de inibição comportamental, afetividade negativa, preocupação excessiva, pessimismo, timidez, medo, entre outros, são características consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de TAG (HETTEMA et al., 2006; AFIFI et al, 2012; MORENO-PERAL et al., 2014).

Haveria ainda dois constructos psicológicos que respaldariam o desenvolvimento de TAG. O primeiro diz respeito a uma associação com a superproteção parental e presença de

adversidades na infância, as quais facilitariam o desenvolvimento dessa psicopatologia, sobretudo se associadas à predisposição genética. Tal contexto favoreceria o indivíduo a discriminar seu ambiente de forma constantemente ameaçadora, mantendo-se em alerta. O segundo constructo estaria relacionado à teoria da intolerância de incerteza, na qual define-se que indivíduos que tendem a reagir negativamente a situações de incerteza têm maior propensão a desenvolverem sintomas de TAG, uma vez que tal característica seria a base para o transtorno (MIDDELDORP et al., 2005; GENTES; RUSCIO, 2011; APA, 2013; BOMYEA et al, 2015).

Deve-se destacar que, recentes estudos, evidenciam que estes fatores não são exclusivos ao desenvolvimento de TAG, podendo também serem associados à presença de outros transtornos de humor e de ansiedade (APA, 2013; MORENO-PERAL et al., 2014).

1.5. Traços de personalidade e Transtornos de Ansiedade e relacionados ao Estresse/trauma

A personalidade é compreendida como um conjunto de características que assinalam padrões de comportamentos, tanto encobertos (como o pensar/sentir), quanto os comportamentos públicos do indivíduo, tornando-o único (SKINNER, 1953; SKINNER, 1981; FEIST; FEIST, 2008). Compreende-se que a formação da personalidade ocorre durante toda a vida do sujeito, partindo de características filogenéticas (selecionadas por meio da evolução da espécie), ontogenéticas (selecionadas pela interação entre indivíduo e seu meio) e culturais (particularidades fornecidas por cada sociedade), ou seja, a personalidade é considerada, pela análise do comportamento, como o conjunto destas seleções comportamentais (SKINNER, 1953; SKINNER, 1966; BECK; FREEMAN; DAVIS, 2005).

Contudo, uma forma de analisar a personalidade do indivíduo é verificar seus padrões comportamentais em um dado momento; isto ocorre através do estudo dos traços de personalidade, os quais permitem uma mensuração qualitativa destes comportamentos-padrão (CLONINGER, 2003). Digman (1990) iniciou tal estudo de modo empírico, propondo que a personalidade seria composta por cinco fatores distintos, e cada um por sua vez, agregaria classes de comportamento. Os fatores são denominados de neuroticismo, extroversão, abertura, amabilidade e conscienciosidade (DIGMAN, 1990; HUTZ et al, 1998).

O traço do neuroticismo possui classes comportamentais associadas à tendência do indivíduo em discriminar no ambiente as emoções de forma negativa, provocando ansiedade,

raiva, impulsividade e afetos negativos em geral, podendo favorecer sofrimento contínuo significativo ao sujeito. O traço da extroversão engloba os comportamentos ligados à sociabilidade do indivíduo, compondo a habilidade de assertividade, de ser ativo socialmente, comunicativo, demonstrando interesse no ambiente e nas pessoas, e se mantém pelo reforço positivo gerado pelo bem estar geral trazido por suas respostas adequadas ao meio. Quanto ao traço da abertura, este também é composto por comportamentos adaptados ao meio tais quais a curiosidade, presença de imaginação, flexibilidade com regras, independência, autonomia, com disposição a expor-se ao meio que está inserido. O traço de amabilidade, contempla os comportamentos ligados ao coletivo, ou seja, o indivíduo apresenta habilidades para se comportar de modo cooperativo, altruísta e empático. Por fim, o traço da conscienciosidade, considera os comportamentos do sujeito associados à organização, disciplina e presença de auto controle (SKINNER, 1953; COSTA; MCCRAE, 1985).

O modo que o indivíduo discrimina seu ambiente e se comporta exerce a base de sua personalidade, e isto também se reflete frente a seu adoecimento físico (hábitos negativos e exposição a ambientes de risco) e psicológico. Aiken-Morgan et al (2014), detectaram em seu estudo que sujeitos com traços de neuroticismo marcados na personalidade tendem a ter maiores problemas de saúde de maneira geral, em comparação a sujeitos nos quais predominam traços de extroversão, amabilidade e conscienciosidade, estes sendo considerados fatores de proteção para a prevenção de adoecimentos.

A literatura ainda aponta, especificamente quanto a associação de traços de personalidade e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, que os transtornos depressivos e ansiosos são mais recorrentes em sujeitos com traços importantes de neuroticismo, sendo este então um fator de risco a ser observado. Por outro lado, os traços de conscienciosidade, abertura e amabilidade seriam os menos frequentes em tais pacientes restringindo seu repertório comportamental (LAHEY, 2009; ROSELLINI; BROWN, 2011; ALDINGER; STOPSACK; ULRICH, 2014).

Quanto aos transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma, especificamente, a literatura aponta a presença de traços de conscienciosidade, bem como de neuroticismo, em pacientes com TAG (ROSELLINI; BROWN, 2011; ALDINGER; STOPSACK; ULRICH, 2014; SPINHOVEN et al., 2014). Considerando que os traços de conscienciosidade correspondem a um repertório relacionado a comportamentos de disciplina e organização, acredita-se que a maior intensidade de tais comportamentos podem ser promotores de um estado ansioso uma vez que este repertório reforçaria a necessidade de controle ambiental pelo indivíduo (SKINNER, 1966).

Vale salientar que além dos altos traços de neuroticismo, pacientes com TAS também apresentariam reduzidos traços de abertura, extroversão e conscienciosidade, ou seja, déficits associados aos comportamentos sociais do indivíduo (BIENVENU et al., 2004; RECTOR et al., 2012; SPINHOVEN et al., 2014). Enquanto que pacientes com TEPT, exibiriam baixos traços de abertura com traços bem marcados de neuroticismo, associados a repertórios comportamentais de baixa exposição e aprendizagem ambiental (RECTOR et al., 2012; LIND et al., 2016; SCHENK et al., 2016).

Por fim, é importante destacar a correlação encontrada no estudo de Spinhoven et al (2016) relacionada à gravidade dos maus tratos durante a infância (em especial abuso emocional) e à presença de níveis mais elevados de estresse, transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma, e risco de desenvolvimento de traços de personalidade mal adaptativos, sobretudo neuroticismo que, como já destacado, aparece de forma mais evidente nestes sujeitos.

1.6. Traumas Emocionais Precoces e Transtornos de Ansiedade e relacionados ao Estresse/trauma

Os Traumas Emocionais Precoces (TEP) se caracterizam por experiências aversivas significativas sofridas durante a infância, associadas à impactos emocionais que perduram pela vida do indivíduo. De maneira geral, são vinculados à violência física, emocional, sexual, separações de cuidadores, violência familiar, divórcio parental, maltrato infantil, entre outros. São classificados em quatro subtipos, a saber: físico, sexual, emocional e traumas gerais (BROWN; SCHRAG; TRIMBLE, 2005; FRAZZETTO et al., 2007; OSWALD et al, 2014).

Estes subtipos de traumas são caracterizados segundo suas especificações. O trauma físico é relacionado ao ato de contato violento com intenção de ferir, humilhar, confinar ou ainda de coagir; o trauma sexual é o trauma gerado por contato sexual contra a vontade da vítima com degradação da mesma; o trauma emocional está vinculado a humilhações e violências verbais sofridas e por fim, os traumas gerais, que caracterizam-se pela vivência de estressores envolvendo desde desastres naturais, perdas abruptas, morte de cuidadores até alterações na dinâmica familiar de modo repentino (divórcio, hospitalização, entre outros) (MELLO et al., 2010).

Apesar de não se conhecer a fundo a relação entre TEP e transtornos ansiosos e relacionados ao estresse/trauma em adultos, modelos etiológicos indicam que estes

transtornos se desenvolvem com maior facilidade em indivíduos que possuem histórico de traumas na primeira infância. Modelos biológicos indicam que os maus tratos na infância seriam um novo subtipo de classificação neurobiológica nomeada de “fenótipo-eco”, no qual, devido ao início precoce de sintomas relacionados ao trauma, estes alterariam a reatividade no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), reduzindo o volume do hipocampo e a reatividade da amígdala, bem como, alterando a metilação do ácido desoxirribonucleico (DNA) (SZYF, 2011; TEICHER; SAMSON, 2013; ANACKER; O'DONNELL; MEANEY, 2014; BIELAS et al, 2016).

É importante destacar, que em uma metanálise realizada por Fernandes e Osório (2015), foi evidenciado que o TEP é um fator de risco para o desenvolvimento de diferentes transtornos de ansiedade na vida adulta, ampliando de 2,6 a 3,6 a chance de ocorrência. Entre os traumas, o risco associado foi maior para a presença de traumas de ordem geral.

Quando se estuda os diferentes transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma em suas individualidades, observam-se algumas especificidades, como as encontradas no estudo de Mancini; Ameringen e MacMillan (1995), o qual ilustra a associação entre TEP e TAG. Estes autores pesquisaram sobre a taxa de presença de TEP em pacientes com diagnóstico de TAG, e verificaram que 23,4% e 44,9% dos participantes relataram respectivamente presença de abuso sexual e físico na infância.

Na mesma direção, Bulik; Prescott e Kendler (2001) encontraram maior vivência de trauma sexual no TAG, quando comparou-se a amostra a um grupo com Transtorno de Pânico (TP), embora Torgersen (1986), tenha verificado, também em uma amostra comparativa entre TP e TAG, um maior número de vivência de traumas gerais nos participantes com TAG. Porém, quando a comparação ocorreu entre pacientes com TAG e um grupo de controles saudáveis, em estudos mais recentes (CASSIDY et al, 2009; SOENKE et al., 2010; COUGLE et al., 2010), verificou-se que os sujeitos com TAG possuíam, nestas amostras, maiores traumas físicos, sexuais e emocionais.

Vale ressaltar que o número de estudos relacionados à associação entre a presença de TAG e histórico de TEP é ainda relativamente pequena, sendo necessário, desta forma, maiores investimentos na área (FERNANDES; OSÓRIO, 2015).

Em relação ao TEPT, acredita-se que traumas na infância podem predispor a uma série diversificada de sintomas do transtorno do que propriamente às experiências traumáticas que ocorrem na idade adulta (CLOITRE et al, 2009). Corroborando com tal hipótese, um estudo realizado por Hubbard et al (1995), apontou que a vivência de uma situação de violência na infância associou-se ao aumento da prevalência da TEPT na vida adulta, com taxas que

variam de 24% (episódio atual) a 55% (ao longo da vida). O mesmo pode ser destacado no estudo de Acierno et al (1999) que verificou a maior probabilidade de ocorrência de TEPT nas mulheres que tiveram experiências traumáticas na infância, tais como abuso sexual ou violência física. Estes achados são reforçados pelos estudos de Schumm; Briggs Phillips e Hobfoll (2006) que verificaram que a presença de traumas na infância, em mulheres, pode proporcionar um risco de até seis vezes maior para desenvolverem TEPT em sua vida adulta. Já Ballard et al. (2015) constataram que sujeitos do sexo masculino que foram expostos a violência, são mais propensos a desenvolver um quadro de TEPT na vida adulta bem como o transtorno de personalidade anti-social, enquanto que Wangel et al (2016) destacam a presença de traumas físicos, emocionais e sexuais, modo significativo, em sujeitos com TEPT.

Indo além, Yehuda, Halligan e Grossman (2001) apontam que o convívio com pais portadores de TEPT, influencia o desenvolvimento do transtorno em seus filhos, uma vez que tais crianças podem ser expostas a traumas de infância tais como abuso emocional ou negligência parental, em função das próprias limitações dos pais, associadas à presença do transtorno, apresentando um possível reação em cadeia. Contudo, Brewin, Andrews e Valentine (2000) destacam em sua metanálise, sobre fatores de risco para o TEPT, que a influência de TEP no desenvolvimento do transtorno aparece de modo significante apenas para o sexo feminino, com um risco ampliado em 3,61 vezes.

Quanto ao TAS, o estudo realizado por Bandelow (2004) destacou os principais traumas vivenciados por estes indivíduos na infância, a saber: abuso sexual genital, violência familiar e separação precoce. Salientou-se que estes traumas eram mais prevalentes no grupo com TAS quando comparado com sujeitos saudáveis, apontando para possíveis fatores de risco.

Kuo et al. (2011) apresentam dados na mesma direção, já que apontaram que indivíduos com TAS apresentavam maior prevalência de traumas na infância, em especial, abuso emocional e negligência, sendo os mesmos associados, no momento de avaliação, à depressão, traços de ansiedade geral e alteração na auto estima.

Ainda na mesma direção, Binelli et al. (2012) concluem que há uma associação positiva entre TEP, especialmente violência familiar na infância, e o desenvolvimento de TAS na vida adulta, sendo a mesma considerada um fator de risco importante. Por outro lado, para Gibb, Chelminski e Zimmerman (2007) e Lochner et al. (2010) são essencialmente os traumas emocionais os mais presentes no histórico de pacientes com ansiedade social.

Em estudo de revisão, Fernandes; Osório (2015), reiteraram a presença de maiores índices de TAS em pacientes com histórico de TEP, sendo os mais frequentes neste grupo de sujeitos a separação precoce do contato parental, o abuso de substâncias por cuidadores, a presença de transtorno mental, a violência familiar, bem como a hospitalização na infância. Estes autores, evidenciaram ainda, por meio de uma metanálise, que a presença de TEP amplia o risco para o desenvolvimento do TAS em 2,4 a 3,4 vezes.

Diante do exposto, constata-se, que a presença de TEP constitui como fator de risco importante para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma, independentemente dos subtipos de trauma vivenciados. Contudo, há indícios da existência de especificidades em relação aos diferentes transtornos, os quais devem ser melhor explorados (PYNOS; STEINBERG; PIANCENTINI, 1999; SAFREN ET AL., 2002; KUO ET AL., 2011; FERNANDES; OSÓRIO, 2015).

1.7. Reconhecimento de Expressões Faciais e Transtornos de Ansiedade e relacionados ao Estresse/trauma

Os seres humanos manifestam/expressam suas emoções através de comportamentos verbais e não verbais. Entre as manifestações não verbais destacam-se as expressões faciais de emoção, que se caracterizam por movimentos musculares da face que auxiliam na transmissão de uma mensagem emocional ao observador. O adequado reconhecimento de tais expressões assume grande importância para a vida social dos indivíduos, permitindo que os mesmos compreendam o que o outro sente e vivencia naquele momento. Tal habilidade auxilia o observador na leitura de informações do ambiente, sinalizando sobre algo positivo ou negativo que possa estar ocorrendo (PHILLIPS ET AL., 2003; EKMAN, 2011).

Por outro lado, a falha nesta capacidade favorece prejuízos importantes relacionados à cognição social, esta entendida como a interpretação que o indivíduo possui dos signos sociais, emitidos por si e pelos outros. Quando estes signos são discriminados erroneamente, o indivíduo passa a ter uma interação social empobrecida, que interfere em seu bem estar pessoal e funcional e com isto amplia a possibilidade de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

Estudos prévios tem apontado que o prejuízo na cognição social, em especial no reconhecimento de expressões faciais de emoção (REFE), tem uma associação com o desenvolvimento e/ou manifestação de transtornos de ansiedade e relacionados ao

estresse/trauma (ADOLPHS; BARON-COHEN; TRANEL, 2001; BUTMAN; ALLEGRI, 2001; FREWEN et al., 2008; NIETLISBACH et al., 2010). Por exemplo, Yoon et al. (2015) apontam que pacientes com transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma possuem uma acurácia reduzida para reconhecer emoções faciais básicas, o que pode contribuir para prejuízos importantes na interação, bem estar social e funcional.

Frente a isto, a seguir, será dada maior atenção aos estudos que investigaram a associação do REFE com os transtornos TAS, TAG e TEPT, visando identificar as especificidades relacionadas a cada um deles.

Quanto ao TAS, a literatura aponta que seus portadores possuem uma maior acurácia frente a fisionomias que expressem sentimentos negativos, tais como desaprovação ou ameaça; isto estaria associado à percepção ambiental, construída durante sua história de vida, uma vez que estes indivíduos estariam mais sensíveis a estímulos associados a cobranças e julgamentos negativos advindos de terceiros (VELJACA; RAPEE, 1998; COLES; HEIMBERG, 2005; LANGE et al, 2012).

Reeb-Sutherland et al (2015) ressaltaram que adolescentes com TAS, e histórico de inibição social, possuíam menor acurácia para expressões de medo e maior para a expressões de raiva. Neste caminho, Avery et al. (2015) vão adiante e afirmam que os pacientes com TAS, por terem desenvolvido ao longo de suas vidas uma alta inibição social, e desta forma, maior condicionamento à exposição de emoções aversivas, teriam uma menor inclinação a memorizarem adequadamente o reconhecimento facial correto, mesmo quando expostos repetidamente a isto, prejudicando seu aprendizado e seu convívio social, o que contribuiria para a identificação errônea das faces emocionais.

Em complemento a isto, observa-se que portadores de TAS além de interpretarem erroneamente as expressões faciais, também possuiriam um viés de interpretação de faces neutras e/ou positivas como faces negativas, com destaque à emoções de raiva e ameaça (BELL et al., 2011 e ALVES et al., 2012).

Já quanto ao tempo de resposta necessária, Arrais et al. (2010), identificaram em seu estudo que indivíduos do sexo feminino que possuem TAS, necessitariam de um menor tempo para reconhecer faces sobretudo de medo, apontando para uma hiper-reatividade diante desta emoção.

Quanto ao TAG, observa-se no estudo de Bradley et al. (1999), que sujeitos com TAG possuiriam uma maior atenção por rostos com expressão ameaçadora, quando comparado aos rostos de emoção neutra. Além disso, indivíduos com TAG seriam mais sensíveis às faces de medo, em comparação às faces neutras, além de direcionarem seu olhar mais rapidamente

em direção a rostos de ameaça, ao invés de afastar deles, verificando-se assim um possível viés de atenção para ameaça, o qual teria um papel primário na ansiedade, uma vez que o sujeito seria hipervigilante ao seu meio (MOGG; NEIL; BRENDAN, 2000).

Na mesma direção, Waters et al. (2008) apontam que crianças e adultos com TAG severo também teriam um viés atencional para as faces de raiva, sendo que para esta face o viés estaria associado ao aumento de severidade do transtorno ou mesmo à comorbidade com fobia social. Deve-se destacar que esta hipervigilância parece ampliar a percepção inadequada de perigo e interpretações negativas de estímulos ambientais, incluindo o REFE, colaborando para o agravamento do transtorno.

Quanto ao TEPT, Poljac; Montagne e Haan (2011) observaram que sujeitos com TEPT teriam uma acurácia reduzida para reconhecimento de emoções negativas, em especial medo e tristeza, estando isto associado a alterações no sistema límbico, na amígdala e no hipocampo.

Nesta direção, outros grupos de estudos com TEPT (SCHMIDT; ZACHARIAE, 2009; MAZZA et al., 2012) destacam que estes indivíduos teriam habilidades menos requintadas para o reconhecimento das emoções faciais gerais, uma vez que não conseguiriam, apenas pela leitura do olhar/região ocular, detectar tais emoções. Segundo os autores, isso ocorre, possivelmente, devido as limitações trazidas pelos sintomas do transtorno, como paralisia e retraimento emocional, sendo a base da inabilidade para REFE.

Neste âmbito de estudos é importante destacar ainda, uma possível associação entre a presença de TEP e o prejuízo de REFE, uma vez que a literatura (POLLAK et al., 2000; SHENK; PUTNAM; NOLL, 2013) aponta que maus tratos na infância, independentemente do tipo, interferem no desenvolvimento da precisão de reconhecimento facial, em especial frente às emoções de medo, indicando possíveis déficits na percepção do afeto. Isto ocorre uma vez que tais experiências aversivas podem condicionar respostas comportamentais e com isso alterar a percepção ambiental, em especial no REFE.

Desta forma, verificou-se a presença de possíveis peculiaridades entre REFE de acordo com os diferentes transtornos ansiosos e relacionados ao estresse/trauma discutidos, bem como um possível impacto dos TEP nesta habilidade. Por outro lado, também se observou um número restrito de estudos que foquem seus objetivos em esclarecer tais especificidades, mostrando-se, atualmente, um campo limitado de conhecimento.

Diante do exposto, observam-se associações entre os diferentes transtornos ansiosos e relacionados ao estresse/trauma, o processo de REFE, a presença de TEP e as características

de personalidade no curso de cada transtorno. Nota-se contudo, que os achados não são unânimes e há indícios da existência de especificidades as quais necessitam ser melhor exploradas, visando obter um melhor entendimento de tais associações, de forma a contribuir na compreensão na prevenção e intervenção dos mesmos.

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Verificar as possíveis associações entre os TEP, traços de personalidade e o REFE, em sujeitos diagnosticados com transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma a saber: TEPT, TAS, TAG, tendo-se como parâmetro um grupo controle de indivíduos saudáveis da população geral.

2.2. Objetivos específicos

- 1) Verificar as possíveis associações entre os diferentes tipos de TEP e os diferentes transtornos aqui estudados.
- 2) Verificar e comparar as peculiaridades no processo de REFE (acurácia, tempo e intensidade de emoção necessária para o reconhecimento) entre sujeitos com TAS, TEPT, TAG e controles saudáveis.
- 3) Verificar as associações entre REFE, TEP e traços de personalidade em função dos diferentes transtornos.

2.3. Hipóteses

Como hipóteses acredita-se que:

- 1) Indivíduos com diferentes transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma vivenciarão mais TEP, possuirão mais traços de personalidade pouco adaptativos e apresentarão peculiaridades no REFE.
- 2) Haverá diferenças específicas entre os achados para cada transtorno estudado.

Métodos

3. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo realizado adotou metodologia observacional do tipo caso-controle, retrospectivo/transversal, sendo sua amostra composta por conveniência.

3.1. Participantes

Participaram deste estudo 120 sujeitos, adultos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que foram alocados em quatro grupos distintos, sendo três clínicos e um não clínico, com critérios específicos de inclusão.

Os três grupos clínicos foram compostos, cada um, por 30 sujeitos, com diagnóstico atual, confirmado pela Entrevista Clínica Estruturada para o DSM – IV (SCID-I), de TAG, TEPT e TAS, respectivamente.

O quarto grupo, denominado não clínico (NC), foi caracterizado como um grupo de comparação, sendo composto por 30 sujeitos, selecionados por conveniência, entre alunos/funcionários de instituições de ensino e saúde e frequentadores de uma organização não governamental da cidade de Ribeirão Preto/SP, que não possuíam qualquer diagnóstico psiquiátrico avaliado por meio da SCID-I.

Procurou-se parear os grupos em função do sexo, escolaridade e idade. Para os sujeitos do grupo clínico, aceitou-se como comorbidade apenas a presença de depressão prévia. Para todos os grupos foram adotados os seguintes critérios de exclusão: menores de 18 anos, não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e preenchimento incompleto dos instrumentos e/ou da tarefa REFE.

3.2. Instrumentos

3.2.1. Instrumentos da fase de rastreio

1) Questionário do Transtorno de Ansiedade Generalizada - GAD-7: desenvolvido por Spitzer; Kroenke e Williams (2006) e validado por Kroenke et al. (2007), de acordo com critérios diagnósticos presentes no DSM-IV. A tradução para a língua portuguesa

(Brasil), foi realizada pela *Pfizer* (Copyright © 2005 *Pfizer Inc.*, New York), com registro de evidência de validade brasileira por Moreno et al (2016). Tem como objetivo de rastrear sintomas associados à presença de TAG, através de sete itens, pontuados de 0 (“nunca”) a 3 (“quase todos os dias”). Possui como nota de corte o valor 10 pontos determinada através do estudo de Kroenke et al. (2007) (Anexo A).

2) Inventário de Fobia Social (SPIN): desenvolvido por Connor et al. (2000) e traduzido e validado para o Brasil por Osório (2008). Objetiva a mensurar sintomas fisiológicos de medo e evitação associados ao TAS por meio de 17 itens pontuados numa escala likert de 0 “nunca” a 4 “extremamente” com pontuação máxima de 68 pontos, sendo que um escore maior ou igual a 19 pontos é indicativo de presença de TAS (Anexo B).

3) Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV– versão clínica (SCID-I): Instrumento proposto por First et al. (1997), sendo traduzido e adaptado para o português, em 2001, por Del-Ben et al. É utilizado para a elaboração de diagnósticos clínicos psiquiátricos baseados no DSM-IV, sendo composto por dez módulos, que podem ser aplicados, de acordo com os objetivos, de modo independente ou combinado. No presente estudo foram utilizados todos os módulos. Considerando-se que, desde o final de 2013, passou a vigorar as diretrizes do DSM 5, e que não havia ainda, no momento da realização do estudo, um instrumento padronizado específico para realização de diagnósticos psiquiátricos segundo estes novos critérios, optou-se por utilizar a SCID-I (DSM-IV) e verificar conjuntamente a presença/ausência das novas especificidades relativas ao diagnóstico dos transtornos estudados.

3.2.1. Fase de avaliação de desfecho

1) Formulário sociodemográfico e Clínico: desenvolvido para os objetivos do presente estudo, visa caracterizar os sujeitos do ponto de vista sociodemográfico, clínico e familiar, sendo composto por 24 itens (Apêndice C);

2) Inventário de Auto-avaliação de Traumas Precoces – Versão Reduzida (ETISR-SF): desenvolvido por Bremner, Bolus e Mayer (2007), objetiva avaliar a ocorrência de traumas durante a infância. É um instrumento de auto aplicação composto por 27 itens, aos quais o participante responde “sim” ou “não”. É subdividido em quatro subescalas (traumas gerais, castigo físico, abuso emocional e eventos sexuais) cujo o escore total é obtido com o somatório das respostas, sendo que quanto maior a pontuação, maior o número de traumas

vivenciados. A versão utilizada foi traduzida e validada para o português do Brasil por Osório et al. (2013) (Anexo C);

3) Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9): desenvolvido por Spitzer, Kroenke e Williams (1999), é um instrumento auto aplicado, composto por nove itens pontuados de 0 (“nunca”) a 3 (“quase todos os dias”), com escore total que varia de zero a 54 pontos, que destina-se a avaliar a presença de sintomas depressivos. Foi utilizada a versão traduzida e validada para o português do Brasil por Osório et al. (2009), cujo estudo psicométrico indicou a nota de corte igual ou superior a 10 pontos como indicativa de sintomas depressivos. (Anexo D);

4) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): Desenvolvido por Beck et al. (1988), com o objetivo de avaliar diferentes sintomas de ansiedade. É composto por 21 itens auto aplicados, pontuados de 0 (“ausente”) a 4 (“quase diariamente”), com escore total que varia de zero a 84 pontos. Foi utilizada a versão traduzida e validada para o português do Brasil por Cunha (2001). Adotou-se como ponto de corte, para a presença de sintomas de ansiedade moderada e grave, o valor superior ou igual a 20 pontos, sugerido pelo referido estudo.

5) Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool (FAST): instrumento desenvolvido por Hodgson et al. (2001), auto-aplicado e composto por quatro itens pontuados de 0 (“nunca”) a 4 (“quase diariamente”), com escore total que varia de 0 a 16 pontos, que objetiva avaliar indicadores de abuso/ dependência de álcool. Utilizou-se a versão traduzida e validada, por Meneses-Gaya et al. (2010), que sugere a nota igual ou superior a sete pontos como ponto de corte. (Anexo E);

6) Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (FTND): Desenvolvido por Heatherton et al. (1991), composto por seis itens, auto aplicáveis, com questões de múltipla escolha ou avaliadas em “sim” e “não”, que propõem-se a mensurar o grau de dependência física da nicotina. Pontuações acima de seis apontam para indicadores de elevada dependência de tabaco, segundo estudo de Carmo e Pueyo (2002), que também traduziram e adaptaram o instrumento para o português do Brasil. (Anexo F);

7) Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado (NEO-FFI-R – versão reduzida): É composto por 60 itens, de auto aplicação, pontuados em uma escala *likert* de 0 (“discordo fortemente”) a 5 (“concordo fortemente”). É dividida em cinco subescalas que avaliam os fatores de extroversão, amabilidade, conscienciosidade, neuroticismo e abertura. Quanto maior a pontuação em cada subescala, maior a presença de tais traços de personalidade. Foi utilizada a versão traduzida, adaptada e validada para o português do Brasil por McCrae e Costa Junior (2004).

8) Tarefa de Reconhecimento de Expressões Faciais de Emoção: Tarefa computadorizada dinâmica que consiste na apresentação de uma série de 24 estímulos compostos por fotografias de atores, desconhecidos, de ambos os sexos, representando expressões de seis emoções básicas (alegria, tristeza, medo, nojo, raiva e surpresa), as quais deverão ser reconhecidas pelos participantes. Os estímulos utilizados na tarefa foram os propostos por Ekman & Friesen (1976) e o procedimento padronizado por Arrais (2010). A escolha por esta tarefa justifica-se em função de sua validade ecológica. A coleta foi realizada com o auxílio do software Superlab 4.0 (produzido por Cedrus Corporation®), sendo apresentada em tela touch screen.

3.3. Fontes de Recrutamento

O recrutamento de sujeitos para composição dos grupos clínicos ocorreu entre os anos de 2013 e 2015, junto a: a) serviços psiquiátricos terciários (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP e Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência da Universidade Federal de São Paulo - PROVE); b) consultórios particulares da cidade de Ribeirão Preto; c) estudantes universitários do campus da Universidade de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto.

Os sujeitos recrutados a partir dos serviços terciários, bem como dos consultórios particulares, foram indicados pelo médico de referência, a partir da confirmação do diagnóstico psiquiátrico.

Para os estudantes universitários, após aceite da instituição, os mesmos foram contatados em sala de aula e convidados a participar da pesquisa.

No que diz respeito aos sujeitos que compuseram o grupo NC, utilizou-se os dados arquivados em um banco relativo a um estudo maior denominado “Traumas emocionais precoces: validação de instrumento, estudo da prevalência e da associação com características da personalidade, transtornos psiquiátricos e reconhecimento facial”. Neste estudo os dados foram coletados no período de 2011 a 2015, na cidade de Ribeirão Preto junto a funcionários e alunos de uma instituição de ensino, funcionários de uma instituição de saúde e frequentadores de uma organização não governamental (ONG).

3.4. Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu em duas fases distintas a saber: rastreio e desfecho, as quais serão detalhadas a seguir.

3.4.1. Fase de rastreio

Esta fase ocorreu de forma distinta nos diferentes grupos em função da fonte de recrutamento. Para a composição dos grupos clínicos, buscou-se junto aos serviços de saúde (hospitais e consultórios), sujeitos com possíveis indicações diagnósticas relativas aos transtornos estudados. Estes sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e em caso de aceite, os critérios de inclusão/exclusão eram verificados. A confirmação diagnóstica era realizada através da aplicação da SCID-I e, em caso positivo, prosseguia-se com a coleta de dados da fase de avaliação de desfecho.

No contexto dos estudantes universitários, aqueles que, em sala de aula, que aceitaram participar do estudo, responderam no local aos instrumentos GAD-7 e SPIN, com o objetivo de rastrear indicadores de TAG e TAS respectivamente. Os estudantes com nota de corte igual ou superior ao preconizado nos estudos psicométricos, foram selecionados para participar da próxima fase desta pesquisa. Nesta fase, por telefone, aplicou-se os diferentes módulos da SCID-I (OSÓRIO, CRIPPA E LOUREIRO, 2012). Aqueles que apresentaram diagnóstico confirmado para o transtorno de interesse, e ausência de comorbidades, foram selecionados e convidados a participar da fase de coleta de dados, relativa à avaliação dos desfechos.

Para a composição do grupo NC, os sujeitos foram abordados nos locais de recrutamento e aqueles que aceitaram o convite para participação do estudo, responderam aos questionários e realizaram a tarefa de REFE. Para a inclusão neste estudo, procurou-se selecionar, dentre os incluídos no banco de dados, àqueles com características sócio demográficas equivalentes aos grupos clínicos, a saber idade, sexo e escolaridade, visando a maior homogeneidade da amostra. Os sujeitos selecionados foram contatados por telefone, para participar no presente estudo, sendo avaliados por meio da SCID-I. Aqueles que se adequaram aos critérios de inclusão foram inseridos no estudo.

3.4.2. Fase de desfecho

Os sujeitos selecionados para esta nova fase de coleta de dados (grupos clínicos) foram convidados a comparecer ao Laboratório de Psicofarmacologia do HCFMRP ou ao PROVE e, de forma individual, responderam aos instrumentos ETISR-SF, PHQ-9, BAI, FAST, FTND, NEO-FFI-R e realizaram a tarefa de REFE, conforme protocolo de coleta de dados.

Como referido anteriormente, os sujeitos do grupo NC realizaram esta fase da coleta previamente à avaliação dos critérios de inclusão e exclusão. Contudo, os mesmos procedimentos foram adotados para este grupo.

O fluxograma da composição amostral pode ser visualizado na Figura 1, a seguir.

Figura 1 - Fluxograma relativo ao procedimento de composição amostral dos grupos clínicos e controle.

GAD= Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada; HCFMRP= Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; NC= Grupo não clínico; SPIN= Inventário de Fobia Social; PROVE= Universidade Federal de São Paulo - Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência; SCID= Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – versão clínica; TAG= Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= Transtorno de Ansiedade Social; TEPT= Transtorno de Estresse Pós Traumático

3.4.2.1 Protocolo de coleta de dados

Adotou-se o seguinte protocolo para coleta de dados da fase de desfecho:

1) No dia agendado para a coleta da fase de desfecho, foram explicados os objetivos do estudo e o processo de aplicação dos instrumentos, o que ocorreu após a concordância livre do participante e sua assinatura ao TCLE;

2) Os participantes receberam um caderno de aplicação que continha os instrumentos descritos anteriormente de acordo com a ordem a seguir: Questionário Sociodemográfico e Clínico, ETISR-SF, PQH-9, BAI, FAST, FTND e NEO-FFI-R, os quais foram respondidos, individualmente, estando o pesquisador disponível para esclarecer eventuais dúvidas e/ou dificuldades.

3) Na sequência, prosseguiu-se com a tarefa de REFE, na qual o participante foi submetido à apresentação de 24 filmes, com 1000 imagens cada e duração de 10 segundos. Foram apresentadas seis emoções (alegria, tristeza, medo, nojo, raiva e surpresa) quatro vezes, através de quatro atores desconhecidos diferentes (dois do sexo masculino e dois do sexo feminino), sendo a ordem de apresentação aleatória. Os filmes foram apresentados em tela *touch screen* e ao ser capaz de reconhecer a emoção, o participante parava o avanço do vídeo, tocando a tela, e dava a resposta da emoção reconhecida. Para isto, foi fornecida a seguinte instrução:

“Após tocar na tela do monitor começará a apresentação de filmes de pessoas representando alguma emoção em sua expressão facial. Você deverá identificar esta emoção. São possíveis as seguintes respostas: alegria, tristeza, nojo, raiva, surpresa e medo. Serão apresentados dois filmes como treino antes de começar a tarefa em si para que você possa se adaptar e posteriormente serão exibidos 24 filmes de imagens que farão parte da tarefa. Para a conclusão da tarefa você deverá emitir 26 respostas. A primeira imagem que aparecerá é a face neutra dos indivíduos. Ou seja, sem esboçar nenhuma emoção. Conforme o filme for avançando o indivíduo aparecerá com um pouco mais de emoção e, assim, gradativamente a imagem se aproximará da emoção plena. Quando você for capaz de identificar a emoção apresentada, deverá tocar com o dedo na tela do monitor, este ato fará com que o filme pare de ser apresentado e então aparecerá uma tela com as seis possíveis respostas, então você deverá tocar com o dedo na tela do monitor sobre a emoção que você reconheceu. Após tocar sobre a emoção correspondente, iniciará o próximo filme automaticamente. Você deverá repetir este procedimento até que apareça uma tela agradecendo sua participação. Cada

filme tem duração de 10 segundos, não é necessário esperar o avanço de todo o filme, pois a intenção é que você nos diga qual emoção reconheceu no momento exato em que a reconheceu. No entanto, passado o tempo de duração do filme aparecerá uma tela solicitando que você responda qual emoção foi apresentada, você deverá então dar uma resposta necessariamente. Caso contrário, não conseguirá avançar na tarefa. Uma mensagem aparecerá lhe informando quando isto ocorrer. Você terá tempo livre para a realização desta tarefa".

Figura 2 - Ilustração do procedimento relativo à Tarefa de Reconhecimento de Expressões Faciais de Emoção.

Fonte: Uso autorizado por Donadon (2015).

Importante salientar que a pesquisadora responsável manteve-se próxima à atividade a fim de disponibilizar acolhimento às possíveis angústias, trazidas durante e após realização da tarefa.

3.5. Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (Processo HCRP nº3378/2015) (Anexo G) e é parte de um estudo maior denominado “Traumas emocionais precoces: validação de instrumento, estudo da prevalência e da associação com características da personalidade, transtornos psiquiátricos e reconhecimento facial”, que vem sendo desenvolvido e coordenado pela da Profª Drª Flávia de Lima Osório junto ao programa de Pós Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão

Preto (FMRP-USP). Destaca-se que este estudo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (Processo HCRP nº 2054/2011) (Anexo H).

Os sujeitos foram convidados para participação voluntária, sendo informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. Foi lido e entregue o TCLE a todos os participantes visando protegê-los quanto a seus direitos de acordo com as resoluções da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e a participação aconteceu após assinatura do mesmo. Quando alguma demanda de cunho psicológico e/ou psiquiátrico foi identificada entre os participantes não clínicos os mesmos foram orientados e, se necessário, foram encaminhados para tratamento nas instituições HCFMRP e PROVE.

3.6. Análise dos dados

Os dados obtidos foram codificados de acordo com as normas específicas dos instrumentos, e posteriormente foram inseridos em banco de dados. A partir disto, passaram a ser avaliados através dos programas estatísticos SPSS - versão 13.0 (SPSS-INCORPORATION, 2001) e MINITAB - versão 17 (MINITAB - INCORPORATION, 2016) utilizando-se de estatística paramétrica.

Para análise dos dados sociodemográficos e clínicos, foi utilizado estatística descritiva. Para a comparação de grupos, utilizou-se do teste do Qui-Quadrado e também do teste para a comparação de duas proporções, com correção de Bonferroni quando da comparação dos grupos dois a dois. Utilizou-se também de Análise de Variâncias (ANOVA) e de Análise de Covariância (ANCOVA).

A avaliação do tamanho do efeito das diferenças, foi realizada por meio da medida η^2 parcial (N^2p), tendo-se como parâmetro de classificação: $\leq 0,05$: pequeno; $0,05 \leq N^2p \leq 0,25$: médio; $0,25 \leq N^2p \leq 0,50$: elevado; $> 0,50$: muito elevado (MAROCO, 2007). Quando comparou-se o tamanho de efeito entre dois grupos específicos utilizou-se da medida d de Cohen, tendo-se como parâmetro de classificação: $\leq 0,02$: pequeno; $0,02 \leq d \leq 0,5$: médio; $0,5 \leq d \leq 1$: elevado; > 1 : muito elevado (MAROCO, 2007).

Para as análises de correlação de variáveis, foi utilizado o Teste de Correlação de Pearson e para as análises de regressão, utilizou-se da técnica de Regressão Logística através do método *Backward*, incluindo-se no modelo inicial as variáveis com $p \leq 0,05$ nas análises de comparações de grupos.

Para todas as análises estatísticas adotou-se como nível de significância $p < 0,05$.

Resultados

4. RESULTADOS

4.1 Caracterizações sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra do estudo (N=120), foi composta por quatro grupos distintos, sendo três grupos clínicos (TEPT, TAG e TAS), e um grupo controle (NC). Todos os grupos foram compostos por sujeitos de ambos os sexos, maiores de 18 anos. As principais características sócio demográficas e clínicas dos quatro grupos, são apresentadas na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra

VARIÁVEIS		TEPT (N=30)		TAG (N=30)		TAS (N=30)		NC (N=30)		ESTATÍSTICA	
		N	%	N	%	N	%	N	%		
SEXO	Masculino	8	26,6	11	36,7	8	26,6	12	40,0	$X^2=1,94$	$p=0,59$
	Feminino	22	73,4	19	63,3	22	73,4	18	60,0		
IDADE	X (DP)	42,20 (12,68)		36,03 (12,15)		26,26 (7,03)		35,96 (11,23)		$F(3,116)=10,7$	$p<0,01^*$
ESCOLARIDADE	Até 11 anos	16	53,4	9	30,0	6	20,0	15	50,0		
	>11 anos	14	46,6	21	70,0	24	80,0	15	50,0	$X^2= 9,73$	$p=0,021^*$
ESTADO CIVIL	Sem companheiro ^a	17	56,7	10	66,7	30	100,0	12	40,0	$X^2= 33,11$	$p <0,001^*$
	Com companheiro	13	43,3	20	33,3	0	0	18	60,0		
FILHOS	Sim	20	66,7	19	63,4	1	3,4	16	53,4	$X^2=31,33$	$p <0,001^*$
	Não	10	33,3	11	36,6	29	96,6	14	46,6		
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	Ativo	14	46,6	20	66,7	28	93,3	14	46,6	$X^2= 18,95$	$p <0,001^*$
	Não Ativo	16	53,4	10	33,3	2	6,7	16	53,4		
TRATAMENTO PSQUIÁTRICO ATUAL	Sim	26	86,6	26	86,6	6	20,0	0	0	$X^2= 73,01$	$p <0,001^*$
	Não	4	13,4	4	13,4	24	80,0	30	100,0		
MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA	Sim	21	70,0	24	80,0	6	20,0	0	0	$X^2= 54,93$	$p <0,001^*$
	Não	9	30,0	6	20,0	24	80,0	30	100,0		
DOENÇAS FÍSICAS	Sim	15	50,0	12	40,0	4	13,4	7	23,4	$X^2= 11,24$	$p =0,10$
	Não	15	50,0	18	60,0	26	86,6	23	76,6		

NC= Grupo de sujeitos controle; TAG= Grupo de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= Grupo de Transtorno de Ansiedade Social; TEPT= Grupo de Transtorno de Estresse Pós Traumático; DP= desvio-padrão; N= frequência; ^a= solteiros, divorciados e viúvos p= nível de significância; X= média; X^2 = teste Qui-quadrado; F= teste ANOVA; *=significância estatística; %= porcentagem

Segundo a Tabela 1, observa-se que a amostra total foi composta predominantemente por sujeitos do sexo feminino, sem diferenças entre os grupos quanto a esta variável. Para as demais características sociodemográficas, os grupos apresentaram algumas diferenças entre si, apesar da tentativa de pareamento. Assim, quanto à idade, os grupos apresentaram média entre 26 e 42 anos, sendo os sujeitos do grupo TAS mais jovens que os demais. Quanto à escolaridade, observou-se o grupo TAS apresentou maior escolaridade em comparação aos sujeitos do grupo TEPT, sendo que os demais grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre si. Quanto ao estado civil e filhos, a diferença encontrada também relaciona-se ao grupo TAS, que é composto somente por sujeitos solteiros e em sua grande maioria sem filhos. Do ponto de vista laboral, observou-se também um maior percentual de sujeitos do grupo TAS ativos, sendo eles, em sua maioria, estudantes. Para os demais grupos não se observaram diferenças estatisticamente significativas, sendo equilibrado o percentual de sujeitos ativos e não ativos.

Quanto ao tipo de trauma vivenciado que ocasionou o TEPT, verificou-se que 11 participantes referiram ter presenciado a morte de terceiros, 12 afirmaram terem sofrido situações de violência como assaltos ou sequestros, 4 relataram ocorrência de abuso sexual, 1 referiu acidente automobilístico, e 2 afirmaram terem sofrido mais de trauma simultâneo, sendo estes: presenciar a morte no momento do assalto e ter sido sequestrado durante assalto.

No que se refere à caracterização clínica da amostra, como era de se esperar, devido aos critérios de inclusão, nenhum sujeito do grupo NC apresentou histórico ou uso de medicação psiquiátrica. Nos grupos TEPT e TAG, a grande maioria dos sujeitos realizava tratamento psiquiátrico e encontrava-se em uso de alguma medicação no momento da coleta de dados, sendo as mais frequentes, inibidor seletivo da recaptação da serotonina e/ou noradrenalina (cerca de 80%) e benzodiazepínicos (cerca de 33%). O grupo TAS, apresentou, por sua vez, apenas 20% dos sujeitos nesta situação, estando a grande maioria, também em uso de inibidor seletivo da recaptação da serotonina (cerca de 60%). Esta diferença no percentual de sujeitos em uso de medicação nos grupos clínicos, deve-se ao fato do grupo TAS ser composto predominantemente por sujeitos da população geral, enquanto que os grupos TAG e TEPT foram em sua maioria compostos por sujeitos clínicos.

Quanto a presença de doenças físicas, observa-se uma diferença entre os grupos TEPT e TAS, já que o primeiro grupo apresentou indicadores mais elevados e o segundo menos elevados.

Outros indicadores clínicos da amostra, avaliados por meio dos instrumentos PHQ-9, BAI, FAST e FTND, que mensuram respectivamente sintomas depressivos, ansiosos, abuso de álcool e de tabaco são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Indicadores clínicos da amostra em função dos diferentes grupos.

INDICADORES		TEPT N=30	TAG N=30	TAS N=30	NC N=30	ESTATÍSTICA
DEPRESSÃO (PHQ-9)	Média (DP)	16,03 (7,99)	12,47 (7,03)	8,63 (4,53)	5,27 (3,51)	F(3,116)= 17,85 p< 0,001*
						n ² p = 0,31
	N= SIM ^a	22	18	12	5	X ² = 22,02 p< 0,001*
ANSIEDADE (BAI)	Média (DP)	29,27 (15,90)	22,80 (16,70)	10,80 (6,52)	8,40 (7,79)	F(3,116)=18,50 p< 0,001*
						n ² p =0,32
	N= SIM ^b	23	15	3	2	X ² = 44,18 p< 0,001*
ABUSO DE ÁLCOOL (FAST)	Média (DP)	0,60 (1,43)	2,00 (2,79)	1,30 (1,95)	1,43 (1,98)	F(3,116)=2,26 p= 0,08
						n ² p =0,06
	N= SIM ^c	0	4	1	0	X ² = 3,79 p= 0,28
CONSUMO DE TABACO (FTND)	Média (DP)	6,33 (3,05)	6,00 (4,28)	1 (-)	3,17 (3,25)	F(3,116)=1,13 p= 0,37
						n ² p =0,05
	N= SIM ^d	3	7	1	6	X ² = 6,13 p= 0,10

NC= Grupo de sujeitos controle; TAG= Grupo de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= Grupo de Transtorno de Ansiedade Social; TEPT= Grupo de Transtorno de Estresse Pós Traumático; ^a= Sujeitos com pontuação acima da nota de corte segundo Osório et al. (2009); ^b= Sujeitos com pontuação acima da nota de corte segundo Cunha (2001); ^c= Sujeitos com pontuação acima da nota de corte segundo Meneses-Gaya (2010); ^d= Sujeitos com pontuação acima da nota de corte segundo Carmo & Pueyo (2002); DP= desvio-padrão; N= frequência; n²p=tamanho de efeito; p= nível de significância; X²= teste Qui-quadrado; F= teste ANOVA; *=significância estatística.

Observa-se um número significativo de sujeitos com indicativos de depressão nos grupos clínicos, embora o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior atual tenha sido descartado quando da seleção do sujeito. Da mesma forma, os indicativos de ansiedade também são elevados, em especial nos grupos TEPT e TAG, enquanto que os indicativos de abuso de álcool e tabaco são pouco expressivos em todos os grupos.

Observou-se diferenças entre os grupos quanto aos indicativos de depressão e ansiedade, uma vez que o grupo TEPT e TAG diferiram do NC e do grupo TAS, contudo estes dois últimos grupos não apresentaram diferenças entre si.

4.2 Caracterização da vivência de Traumas Emocionais Precoces

Os principais tipos de TEP vivenciados pelos sujeitos, avaliados através do instrumento ETISR-SF, serão destacados a seguir em função de cada subtipo de TEP e dos diferentes grupos amostrais.

Na Tabela 3 poderá ser observado, que quase a totalidade dos sujeitos vivenciaram algum tipo de TEP (>96,6%). Contudo, a quantidade de vivências traumáticas, avaliada pelo escore médio total, foi diferente entre os grupos, com um tamanho de efeito médio, apontando para maior reincidência de TEP nos grupos TEPT e TAG em relação ao grupo NC ($d=0,86$ e $1,15$ respectivamente). Observou-se também que a média de vivências traumáticas no grupo TAG é também estatisticamente superior ao do grupo TAS ($p=0,03$; $d=0,69$).

Quanto aos subtipos de TEP, observa-se que os traumas gerais foram os mais prevalentes em todos os grupos. Comparativamente, em termos de percentual, o grupo do TEPT apresentou maior número de sujeitos (100%) com este tipo de traumas em relação ao grupo NC (73,3%). Em termos de número de eventos, o grupo TEPT apresentou quantidade superior ao grupo TAS com tamanho de efeito elevado ($p=0,02$; $d=0,79$).

Tabela 3 – Média, desvio padrão, número mínimo e máximo e porcentagem de frequência de cada subtipo de traumas emocionais precoces vivenciados pela amostra, em função dos grupos TEPT, TAG, TAS e NC.

TIPOS DE TRAUMAS		TEPT N=30	TAG N=30	TAS N=30	NC N=30	ESTATÍSTICA
TRAUMAS GERAIS	Sim= N/%	30/100%	27/90%	25/83,3%	22/73,3%	$X^2= 9,80$ $p< 0,02^*$
	Média (DP)	3,4 (2,14)	2,8 (1,54)	1,9 (1,54)	2,1 (1,83)	$F(3,116)=3,76$ $p= 0,01^*$
	Nº Mín.-Máx.	1-9	0-9	0-5	0-5	$n^2p = 0,89$
TRAUMAS FÍSICOS	Sim= N/%	21/70%	22/73,3%	19/63,3%	21/70%	$X^2= 0,74$ $p= 0,863$
	Média (DP)	1,9 (1,66)	1,9 (1,60)	1,5 (1,43)	1,3 (1,30)	$F(3,116)=1,27$ $p= 0,29$
	Nº Mín.-Máx.	0-5	0-5	0-4	0-5	$n^2p = 0,03$
TRAUMAS EMOCIONAIS	Sim= N/%	22/73,3%	23/76,6%	20/66,6%	12/40%	$X^2= 10,84$ $p< 0,013^*$
	Média (DP)	1,7 (1,63)	2,6 (1,95)	1,7 (1,75)	0,6 (1,10)	$F(3,116)=7,46$ $p< 0,001^*$
	Nº Mín.-Máx.	0-5	0-5	0-5	0-5	$n^2p = 0,16$
TRAUMAS SEXUAIS	Sim= N/%	6 (20%)	17 (56,6%)	6 (20%)	2 (6,6%)	$X^2= 19,43$ $p< 0,001^*$
	Média (DP)	0,6 (1,54)	1,4 (1,94)	0,5 (1,14)	0,1 (0,43)	$F(3,116)=4,79$ $p= 0,004^*$
	Nº Mín.-Máx.	0-6	0-6	0-5	0-2	$n^2p = 0,11$
TOTAL	Sim= N/%	30 (100%)	30 (100%)	29 (96,6%)	29 (96,6%)	$X^2= 2,03$ $p= 0,565$
	Média (DP)	7,7 (5,0)	8,8 (4,89)	5,7 (4,08)	4,2 (2,90)	$F(3,116)=6,95$ $p< 0,001^*$
	Nº Mín.-Máx.	1-25	2-25	0-16	0-12	$n^2p = 0,15$

NC= Grupo de sujeitos controle; TAG= Grupo de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= Grupo de Transtorno de Ansiedade Social; TEPT= Grupo de Transtorno de Estresse Pós Traumático; DP= desvio-padrão; Nº Mín.-Máx.= número de respostas mínimas e máximas dadas ao instrumento; N= frequência; n^2p =tamanho de efeito; p = nível de significância; X^2 = teste Qui-quadrado; F = teste ANOVA; *=significância estatística; % = porcentagem da amostra com a presença de trauma.

Quanto aos Traumas Físicos, verificou-se que não houve diferença significativa entre os grupos estudados, seja ao nível de frequência ou de reincidência. Para os traumas do tipo emocional, observou-se diferenças significativamente expressivas entre os grupos TAG e NC, seja em termos de frequência ou de número de eventos ($p < 0,001$; $d = 1,26$). Por fim, para os traumas sexuais, a maior frequência de ocorrência foi observada no grupo TAG (56,6%), sendo este percentual superior os demais grupos. O grupo TAG também apresentou a maior média de eventos, diferindo estatisticamente dos grupos TAS e NC com tamanhos de efeito elevados ($d = 0,61$ e $0,92$ respectivamente).

Considerando-se as diferenças entre os grupos em função dos subtipos de traumas, realizou-se análises para cada item individual do ETISR-SF, de forma a verificar para quais eventos traumáticos os grupos diferiram. Nas tabelas de 4 a 7, o percentual de ocorrência de eventos em função dos grupos será apresentado.

Tabela 4 – Percentual de frequência dos diferentes eventos traumáticos categorizados como “traumas gerais” em função dos diferentes grupos

TRAUMAS GERAIS IDENTIFICADOS NO INSTRUMENTO ETISR-SF	TEPT N=30 (%)	TAG N=30 (%)	TAS N=30 (%)	NC N=30 (%)	ESTATÍSTICA
EXPOSIÇÃO A DESASTRE NATURAL	26,7	10,0	6,7	0	$X^2= 11,99$ $p=0,007^*$
ACIDENTE GRAVE	16,7	16,7	10,0	16,7	$X^2= 0,78$ $p=0,85$
DOENÇA GRAVE	33,3	20,0	26,7	16,7	$X^2= 2,68$ $p=0,44$
MORTE OU DOENÇA DE CUIDADORES	40,0	26,7	13,3	16,7	$X^2= 7,04$ $p=0,07$
DIVÓRCIO PAIS	16,7	20,0	20,0	30,0	$X^2= 1,76$ $p=0,62$
MORTE/FERIMENTO DE IRMÃOS	20,0	13,3	3,3	20,0	$X^2= 4,59$ $p=0,20$
MORTE/FERIMENTO DE AMIGOS	36,7	16,7	26,7	26,7	$X^2= 3,06$ $p=0,38$
VIOLÊNCIA FAMILIAR	60,0	56,7	36,7	30,0	$X^2= 7,88$ $p=0,50$
TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO FAMILIAR	43,3	56,7	33,3	20,0	$X^2= 9,16$ $p= 0,03^*$
ALCOOLISMO/DROGAS	20,0	36,7	16,7	26,7	$X^2= 3,73$ $p=0,29$
PRESENCIAR ASSASSINATO	30,0	10,0	3,3	10,0	$X^2= 10,38$ $p=0,02^*$

TEPT= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de estresse pós traumático; TAG= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social; NC= grupo de sujeitos saudáveis; %= porcentagem de sujeitos; X^2 = Teste Qui Quadrado; p = nível de significância; *= significância estatística.

Segundo a Tabela 4, o evento mais frequente foi a presença de violência familiar, referido por 30 a 60% dos sujeitos, seguido pela presença de transtornos psiquiátricos nos familiares. Observou-se diferenças significativas entre os grupos para três situações: os sujeitos com TEPT vivenciaram mais desastres naturais que o grupo NC, bem como presenciaram mais assassinatos que os sujeitos com TAS. A presença de transtornos psiquiátricos em familiares foi mais frequente no grupo TAG em relação aos NC.

Na Tabela 5, observar-se-á os tipos de traumas físicos vivenciados pelos sujeitos. Destaca-se que o evento mais frequente relaciona-se ao item “já foi empurrado” e o menos frequente “ser queimado por água quente, cigarro, outros”, não havendo diferenças significativas entre os grupos para nenhuma situação avaliada.

Tabela 5 – Percentual de frequência dos diferentes eventos traumáticos categorizados como “traumas físicos” em função dos diferentes grupos

TRAUMAS FÍSICOS	TEPT N=30 (%)	TAG N=30 (%)	TAS N=30 (%)	NC N=30 (%)	ESTATÍSTICA
RECEBER TAPA NO ROSTO	43,3	43,3	26,7	20,0	$X^2= 5,70$ $p=0,13$
SER QUEIMADO POR ÁGUA QUENTE, CIGARRO, OUTROS	13,3	13,3	10,0	3,3	$X^2= 2,22$ $p=0,53$
RECEBER CHUTES/SOCOS	30,0	30,0	33,3	30,0	$X^2= 0,11$ $p=0,99$
SER ATINGIDO POR OBJETO ARREMESSADO	40,0	43,3	26,7	23,3	$X^2= 3,90$ $p=0,27$
JÁ FOI EMPURRADO	63,3	63,3	53,3	53,3	$X^2= 1,23$ $p=0,74$

TEPT= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de estresse pós traumático; TAG= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social; NC= grupo de sujeitos saudáveis; %= porcentagem de sujeitos; X^2 = Teste Qui Quadrado; p = nível de significância.

Na Tabela 6, a seguir, apresenta-se a frequência de ocorrência dos eventos emocionais. Os eventos mais comumente vivenciados, pelos diferentes grupos foram “ser frequentemente colocado para baixo ou ridicularizado” e “não ser compreendido pelos cuidadores”. Para todos os eventos há diferenças significativas entre os grupos TAG e NC, sendo a maior ocorrência para o primeiro grupo. Para as vivências relacionadas a “ser frequentemente ignorado ou tratado como se não fosse importante”, o grupo TAG também apresentou percentual de ocorrência superior aos outros dois grupos clínicos. O grupo TEPT apresentou maior frequência de porcentagem no item “não ser compreendido pelos cuidadores”, com diferença estatisticamente significativa em relação ao NC.

Tabela 6 – Percentual de frequência dos diferentes eventos traumáticos categorizados como “traumas emocionais” em função dos diferentes grupos

TRAUMAS EMOCIONAIS	TEPT N=30 (%)	TAG N=30 (%)	TAS N=30 (%)	NC N=30 (%)	ESTATÍSTICA
SER RIDICULARIZADO /COLOCADO PARA BAIXO	36,7	63,3	43,3	16,7	$X^2= 13,88$ $p=0,03^*$
SER IGNORADO/TRATADO COMO SEM IMPORTÂNCIA	26,7	60,0	33,3	13,3	$X^2= 15,60$ $p=0,01^*$
DIZIAM QUE VOCÊ NÃO ERA BOM	20,0	43,3	26,7	3,3	$X^2= 13,78$ $p=0,003^*$
SER TRATADO COM FRIEZA, FALTA DE CARINHO, NÃO SE SENTIR AMADO	33,3	43,3	36,7	10,0	$X^2= 8,67$ $p=0,03^*$
NÃO SER COMPREENDIDO PELOS CUIDADORES	56,7	53,3	36,7	20,0	$X^2= 10,56$ $p=0,02^*$

TEPT= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de estresse pós traumático; TAG= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social; NC= grupo de sujeitos saudáveis; %= porcentagem de sujeitos; X^2 = Teste Qui Quadrado; p = nível de significância; *= significância estatística.

Por fim, na Tabela 7, que retrata a frequência dos diferentes traumas sexuais nos grupos estudados observar-se-á que os eventos mais frequentes foram aqueles relacionados aos itens “ser alguma vez tocado em parte íntima de um jeito que te surpreendeu ou te fez sentir desconfortável” e “ter a experiência de alguém esfregar genitais”. Para estes dois itens, bem como para o item “fazer sexo contra a vontade” a ocorrência foi significativamente superior no grupo TAG quando comparado ao grupo NC. Especificamente ao item “fazer sexo contra a vontade” este também foi significativamente elevado para o grupo TAG quando comparado com o grupo TAS.

Tabela 7 – Percentual de frequência dos diferentes eventos traumáticos categorizados como “traumas sexuais” em função dos diferentes grupos

TRAUMAS SEXUAIS	TEPT N=30 (%)	TAG N=30 (%)	TAS N=30 (%)	NC N=30 (%)	ESTATÍSTICA
SER ALGUMA VEZ TOCADO EM PARTE ÍNTIMA DE MODO INDESEJADO	16,7	40,0	20,0	6,7	$X^2= 10,66$ $p=0,02^*$
TER A EXPERIÊNCIA DE ALGUÉM ESFREGAR GENITAIS EM VOCÊ	16,7	30,0	10,0	0	$X^2= 11,72$ $p=0,008^*$
SER COAGIDO A TOCAR PARTES ÍNTIMAS DE OUTREM	6,7	20,0	6,7	3,3	$X^2= 5,90$ $p=0,12$
FAZER SEXO CONTRA A VONTADE	13,3	23,3	0	0	$X^2= 13,91$ $p=0,003^*$
SER COAGIDO A FAZER SEXO ORAL	3,3	10,0	3,3	0	$X^2= 3,96$ $p=0,26$
SER COAGIDO A BEIJAR ALGUÉM DE MANEIRA SEXUAL	10,0	20,0	6,7	3,3	$X^2= 5,18$ $p=0,16$

*TEPT= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de estresse pós traumático; TAG= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social; NC= grupo de sujeitos saudáveis; %= porcentagem de sujeitos; X^2 = Teste Qui Quadrado; p = nível de significância; *= significância estatística.*

4.3. Caracterização dos traços de personalidade

Buscou-se caracterizar os traços de personalidade dos sujeitos dos diferentes grupos em função dos cinco fatores avaliados pelo instrumento NEOFFI-R, a saber: abertura, amabilidade, conscienciosidade, extroversão e neuroticismo.

A Tabela 8, a seguir, apresenta a média e o desvio padrão da pontuação em cada subescala do instrumento.

Tabela 8 - Média e desvio padrão dos diferentes grupos em relação à pontuação nas subescalas do Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado – Versão Reduzida.

SUBESCALA NEO-FFI-R		TEPT N=30	TAG N=30	TAS N=30	NC N=30	ESTATÍSTICA
ABERTURA	X	26,7	31,1	28,9	30,5	F(3,116)=2,72 p=0,05*
	(DP)	(6,64)	(6,83)	(5,87)	(6,53)	n ² p =0,07
AMABILIDADE	X	30,3	32,4	34,4	34,2	F(3,116)=2,78 p= 0,04*
	(DP)	(5,74)	(8,33)	(5,39)	(4,88)	n ² p =0,07
CONSCIENCIO- SIDADE	X	29,8	32,2	31,6	33,6	F(3,116)=1,61 p= 1,91
	(DP)	(7,03)	(7,31)	(7,11)	(6,00)	n ² p =0,04
EXTROVERSÃO	X	21,6	25,0	23,5	28,1	F(3,116)=3,80 p= 0,01*
	(DP)	(6,82)	(8,88)	(8,94)	(5,65)	n ² p =0,09
NEUROTICISMO	X	32,3	33,4	33,1	24,7	F(3,116)=9,46 p<0,001*
	(DP)	(6,11)	(9,46)	(7,20)	(6,11)	n ² p =0,20

DP= desvio padrão; TEPT= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de estresse pós traumático; TAG= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social; NC= grupo controle; n²p=tamanho de efeito; F= ANOVA; X= Média; p= nível de significância; *= diferença estatisticamente significativa.

Segundo a Tabela 8, observa-se diferenças significativas entre os grupos em todas as subescalas, exceto conscienciosidade. Contudo ao realizar as análises *post hoc*, verificou-se que tais diferenças não se sustentaram para os traços de abertura e amabilidade.

Entretanto, as diferenças para os traços de extroversão e neuroticismo mantiveram-se. O grupo TEPT apresentou menos indicadores de extroversão quando comparado ao NC, com um tamanho de efeito muito elevado (d=-1,04). Já os grupos TEPT, TAS e TAG, apresentaram características mais expressivas de neuroticismo quando comparados ao NC com tamanho de efeito muito elevado (d= 1,24; 1,09 e 1,25 respectivamente).

4.4. Caracterização do desempenho na Tarefa de Reconhecimento de Expressões Faciais de Emoção

Quanto ao desempenho da amostra na tarefa REFE, o mesmo foi avaliado em função da acurácia/taxa de acerto, tempo de resposta, intensidade da emoção e viés de resposta, resultantes do julgamento dos 24 estímulos exibidos.

Na Tabela 9, apresentar-se-á os dados relativos à acurácia/taxa de acerto.

Tabela 9 – Média, desvio padrão e percentual de acerto na Tarefa de Reconhecimento de Expressões Faciais de Emoção, em função dos diferentes grupos.

EMOÇÕES		TEPT N=30	TAG N=30	TAS N=30	NC N=30	ESTATÍSTICA
ALEGRIA	X	3,53	3,76	3,63	3,86	F(3,116)=1,05 p= 0,37 n ² p = 0,03
	(DP)	(0,77)	(0,50)	(1,03)	(0,73)	
	%	88,2	94,0	90,7	96,5	
TRISTEZA	X	2,70	3,23	2,83	2,80	F(3,116)=1,42 p= 0,24 n ² p = 0,04
	(DP)	(1,02)	(0,93)	(1,23)	(1,09)	
	%	67,5	80,7%	70,7	70,0	
MEDO	X	1,80	2,16	2,23	2,26	F(3,116)=1,26 p= 0,29 n ² p = 0,03
	(DP)	(1,19)	(1,11)	(0,89)	(0,98)	
	%	45,0	54,0	55,7	56,5	
NOJO	X	2,10	3,03	2,50	3,00	F(3,116)=3,85 p= 0,011* n ² p = 0,09
	(DP)	(1,47)	(1,18)	(1,16)	(1,12)	
	%	52,5	75,7	62,5	75,0	
RAIVA	X	2,43	2,83	2,26	2,80	F(3,116)=2,07 p= 0,11 n ² p = 0,05
	(DP)	(1,19)	(0,98)	(1,08)	(0,96)	
	%	60,7	70,7	56,5	70,0	
SURPRESA	X	2,46	3,33	3,00	3,33	F(3,116)=4,82 p= 0,003* n ² p = 0,11
	(DP)	(1,07)	(0,80)	(1,20)	(0,96)	
	%	61,5	83,2	75,0	83,2	
TOTAL	X	15,04	18,37	16,46	18,06	F(3,116)=4,49 p= 0,005* n ² p = 0,10
	(DP)	(4,54)	(3,1)	(4,86)	(3,15)	
	%	62,6	76,5	68,6	75,2	
FEMININO	X	7,63	8,83	7,70	8,77	F(3,116)=2,70 p=0,49 n ² p =0,07
	(DP)	(2,75)	(1,55)	(2,48)	(1,71)	
	%	63,6	73,6	64,2	73,1	
MASCULINO	X	7,40	9,53	8,77	9,30	F(3,116)=5,29 p=0,002* n ² p =0,12
	(DP)	(2,33)	(1,69)	(2,85)	(2,07)	
	%	61,6	80,0	73,1	77,5	

DP= desvio padrão; TEPT= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de estresse pós traumático; TAG= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social; NC= grupo controle; Feminino= faces femininas; Masculino= faces masculinas; n²p=tamanho de efeito; F= ANOVA; p= nível de significância; *= diferença estatisticamente significativa.

Na Tabela 9, as diferenças observadas relacionaram-se especificamente ao grupo TEPT, este apresentou diferenças significativas em relação aos grupos TAG e NC, possuindo tamanhos de efeito médios quanto ao acerto da emoção nojo ($d= 0,69$ e $0,68$ respectivamente); tamanhos de efeito elevado ($d=0,92$ e $0,86$ respectivamente) para a emoção surpresa; tamanhos de efeito elevado e médio ($d=0,86$ e $0,77$ respectivamente), para o acerto geral e por fim, para faces masculinas apresentou efeitos elevado e muito elevado ($d=0,862$ e $1,047$ respectivamente).

Considerando que os grupos não foram homogêneos quanto à idade e escolaridade e, que tais variáveis, sabidamente, interferem no processo de REFE, realizou-se uma análise de covariância (ANCOVA), a fim de verificar o impacto das mesmas na acurácia. Observou-se que as diferenças entre os grupos, apontadas na análise univariada, se mantiveram mesmo ao se controlar estas variáveis, a saber: acerto total de emoções ($F(3,111) = 3,41$; $p=0,20$; $\eta^2p=0,85$), acerto da emoção nojo ($F(3,111)=3,28$; $p=0,24$; $\eta^2p=0,81$), acerto da emoção surpresa ($F(3,111)=3,48$; $p=0,02$; $\eta^2p=0,86$) e acerto das faces masculinas ($F(3,111)=3,94$; $p=0,01$; $\eta^2p=0,96$).

Na Tabela 10 serão apresentados os dados relativos à intensidade de emoção necessária para o julgamento da emoção na tarefa REFE. Os dados desta tabela apontam para a ausência de diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 10 – Média e desvio padrão da intensidade de emoção necessária para julgamento da emoção na tarefa de reconhecimento de expressões faciais de emoção em função dos diferentes grupos.

EMOÇÕES		TEPT N=30	TAG N=30	TAS N=30	NC N=30	ESTATÍSTICA
ALEGRIA	X	78,12	72,29	73,78	65,50	F(3,116)=0,987 p= 0,12
	(DP)	(21,79)	(21,97)	(19,31)	(18,26)	n ² p =0,05
TRISTEZA	X	88,81	86,18	90,59	87,74	F(3,116)=0,337 p= 0,80
	(DP)	(21,81)	(18,54)	(13,51)	(14,78)	n ² p =0,009
MEDO	X	86,76	88,05	84,86	85,33	F(3,116)=0,186 p= 0,91
	(DP)	(22,69)	(17,21)	(16,58)	(16,19)	n ² p =0,005
NOJO	X	86,16	86,01	84,30	87,89	F(3,116)=0,214 p= 0,89
	(DP)	(21,28)	(18,06)	(14,38)	(14,70)	n ² p =0,006
RAIVA	X	88,10	88,28	90,67	92,51	F(3,116)=0,497 p= 0,68
	(DP)	(21,29)	(18,25)	(12,65)	(11,07)	n ² p =0,01
SURPRESA	X	88,24	86,34	82,08	83,27	F(3,116)=0,675 p= 0,57
	(DP)	(20,98)	(18,89)	(18,82)	(16,14)	n ² p =0,02
TOTAL	X	84,57	86,31	85,99	86,40	F(3,116)=0,047 p= 0,99
	(DP)	(21,09)	(17,97)	(15,24)	(15,13)	n ² p =0,001
FEMININO	X	86,31	85,33	85,17	85,39	F(3,116)=0,23 p=0,99
	(DP)	(22,12)	(18,90)	(15,79)	(16,15)	n ² p =0,001
MASCULINO	X	85,05	84,14	82,24	82,26	F(3,116)=0,175 p=0,91
	(DP)	(21,62)	(19,09)	(16,66)	(15,45)	n ² p =0,005

DP= desvio padrão; TEPT= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de estresse pós traumático; TAG= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social; Feminino= faces femininas; Masculino = faces masculinas; NC= grupo controle; n²p=tamanho de efeito; F= ANOVA; p= nível de significância; *= diferença estatisticamente significativa.

Na Tabela 11, os dados relacionados ao tempo de resposta serão apresentados.

Tabela 11 – Média e desvio padrão do tempo de resposta necessário para julgamento da emoção na tarefa de reconhecimento de expressões faciais de emoção.

EMOÇÕES		TEPT N=30	TAG N=30	TAS N=30	NC N=30	ESTATÍSTICA
ALEGRIA	X	86,08	83,04	77,64	67,94	F(3,116)=1,707 p= 0,17
	(DP)	(33,81)	(45,3)	(26,04)	(24,12)	n ² p =0,04
TRISTEZA	X	122,12	106,74	109,55	99,70	F(3,116)=1,313 p= 0,27
	(DP)	(55,07)	(46,71)	(43,85)	(29,50)	n ² p =0,03
MEDO	X	113,42	107,72	98,05	91,81	F(3,116)=1,489 p= 0,22
	(DP)	(55,54)	(46,94)	(40,81)	(23,99)	n ² p =0,04
NOJO	X	108,24	110,05	95,76	101,80	F(3,116)=0,605 p= 0,61
	(DP)	(51,43)	(59,16)	(31,87)	(35,51)	n ² p =0,01
RAIVA	X	113,75	117,65	107,45	110,26	F(3,116)=0,291 p= 0,83
	(DP)	(46,91)	(55,16)	(31,77)	(42,13)	n ² p =0,007
SURPRESA	X	117,65	104,08	95,61	90,02	F(3,116)=2,685 p= 0,05*
	(DP)	(53,13)	(40,11)	(37,27)	(25,28)	n ² p =0,07
TOTAL	X	108,23	104,39	96,21	92,86	F(3,116)=1,090 p= 0,35
	(DP)	(43,17)	(46,76)	(28,96)	(26,01)	n ² p =0,03
FEMININO	X	106,50	103,89	96,50	91,61	F(3,116)=0,62 p=0,46
	(DP)	(45,50)	(51,33)	(33,70)	(25,52)	n ² p =0,02
MASCULINO	X	101,42	97,47	89,04	87,12	F(3,116)=1,18 p=0,32
	(DP)	(40,09)	(42,06)	(25,68)	(25,69)	n ² p =0,03

DP= desvio padrão; TEPT= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de estresse pós traumático; TAG= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social; NC= grupo controle; Feminino= faces femininas; Masculino= faces masculinas; n²p=tamanho de efeito; F= ANOVA; p= nível de significância; *= diferença estatisticamente significativa.

Na Tabela 11, relativa ao tempo de resposta, observa-se uma única diferença estatística entre os grupos, uma vez que o grupo TEPT necessitou de um maior tempo de resposta frente a emoção de surpresa, quando comparado ao grupo NC ($d=0,07$), diferença que não se manteve após análise de covariância ($F(3,111)=2,01$; $p=0,12$; $\eta^2p=0,05$).

Na Tabela 12, será apresentado os vieses de resposta obtidos na tarefa de REFE pelos grupos estudados.

Tabela 12. Viés de resposta na tarefa de reconhecimento de expressões faciais de emoção em função dos diferentes grupos.

Grupos	Estímulo apresentado	Resposta Emitida (%)					
		Alegria	Tristeza	Medo	Nojo	Raiva	Surpresa
TEPT	Alegria	88,3	0,8	1,7	0	2,5	6,7
	Tristeza	2,5	67,5	12,5	6,7	6,7	4,1
	Medo	5,8	7,5	45,0	2,5	10,8	28,3
	Nojo	3,3	15,0	5,8	52,5	21,7	1,7
	Raiva	3,3	10,0	14,3	5,8	60,8	5,8
	Surpresa	2,5	0,8	30,8	0,8	3,3	61,8
	Total	105,7	101,6	110,1	68,3	105,8	108,4
TAG	Alegria	94,2	0	0,8	1,7	0	3,3
	Tristeza	2,5	80,9	10,0	2,5	3,3	0,8
	Medo	0,8	1,7	54,1	1,7	10,0	31,7
	Nojo	2,5	2,5	1,7	75,8	16,7	0,8
	Raiva	0,8	5,8	10,0	4,3	70,8	8,3
	Surpresa	0	0,8	15,9	0	0	83,3
	Total	100,8	91,7	92,5	86,0	100,8	128,2
TAS	Alegria	94,2	0	0,8	0	0,8	4,2
	Tristeza	0,8	72,5	16,7	4,2	5,8	0
	Medo	0	0	55,8	5,0	4,2	35,0
	Nojo	1,7	1,7	5,0	65	26,6	0
	Raiva	0,8	10,8	9,3	10,8	55,8	12,5
	Surpresa	2,5	0,8	15,8	1,7	2,5	76,7
	Total	100	85,8	103,4	86,7	95,7	128,4
NC	Alegria	100	0	0	0	0	0
	Tristeza	0,9	71,5	16,4	5,2	4,3	1,7
	Medo	1,7	1,7	55,3	3,4	2,6	35,3
	Nojo	0	4,3	1,7	75,9	16,4	1,7
	Raiva	0	9,5	9,5	1,7	73,3	6,0
	Surpresa	0	0	15,5	0	0	84,5
	Total	102,6	87,0	98,4	86,7	96,6	129,2

TEPT= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de estresse pós traumático; TAG= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social

Segundo a Tabela 12, observa-se que para a emoção alegria o viés de resposta mais frequente foi com a emoção de surpresa, em todos os grupos exceto NC, mas não se apresentou superior a 7%, sendo mais significativo para os grupos TEPT e TAS quando comparados ao NC ($p < 0,04$).

Já para a emoção tristeza, o maior viés de resposta foi para com a emoção medo em todos os grupos estudados (10 a 16,7%). Contudo nenhum grupo clínico diferiu do grupo NC em relação a este aspecto ($p > 0,18$).

Para a emoção medo, o maior viés de resposta ocorreu com a emoção surpresa (28 a 35,3%), porém, novamente, os grupos clínicos não diferiram do grupo NC ($p > 0,26$).

A emoção nojo teve maior viés de resposta com a emoção raiva (16,4 a 26,6%). Este viés foi significativamente maior no grupo TAS quando comparado ao NC ($p = 0,05$).

Quanto à emoção raiva, observou-se um maior viés de resposta para com a emoção medo no grupo TEPT, TAG e NC (9,5 a 14,3%), sem diferenças significativas entre os grupos ($p > 0,31$). No grupo TAS, o maior viés foi para a emoção surpresa (12,5%).

Por fim, a emoção surpresa foi mais confundida com o medo nos grupos TAG, TAS e NC em cerca de 15% das respostas. No grupo TEPT encontrou-se este mesmo padrão de viés, porém de forma mais expressiva (30,8%) que os controles ($p = 0,006$).

Considerando todos os estímulos analisados, encontrou-se uma tendência da emoção nojo ser a menos referida para todos os grupos sem diferenças estatísticas entre eles a este nível ($p > 0,10$).

4.5. Análise conjunta das variáveis

De forma a se integrar os achados, realizou-se uma análise conjunta das variáveis por meio de teste de correlação para cada grupo estudado separadamente.

As correlações significativamente estatísticas podem ser visualizadas na Tabela 13 que aponta correlação entre o REFE e a presença de TEP nos grupos de TEPT, TAG e NC, bem como correlações entre a REFE e os traços de personalidade a quais são presentes em todos os grupos.

Para o grupo TEPT, há correlação inversa entre a vivência de traumas e a acurácia da emoção raiva, de magnitude moderada. Há ainda, correlação também moderada, mas direta, entre abertura e reconhecimento da emoção de tristeza, entre conscienciosidade e o reconhecimento da emoção de raiva, extroversão com o reconhecimento da emoção tristeza, bem como entre amabilidade e o reconhecimento da emoção medo e das emoções como um todo.

Para o grupo TAG, verificou-se que a vivência de TEP correlacionou-se negativamente com o reconhecimento da emoção de nojo, com magnitude moderada. Observou-se também a existência de correlação positiva entre TEP e maior acurácia para o reconhecimento das emoções de tristeza e nojo. Há ainda correlações moderadas entre os traumas sexuais e a necessidade de maior tempo e intensidade da emoção para o julgamento das emoções. Por fim, observou-se também correlação inversa entre traços de personalidade e a acurácia de algumas emoções.

Para grupo TAS, observou-se apenas correlações entre traços de conscienciosidade e o melhor reconhecimento das emoções alegria e medo.

Quanto ao grupo NC, verificou-se que a vivência de traumas, de diferentes subtipos, correlacionam-se negativamente e de forma moderada, sobretudo com a taxa de acerto das emoções. Observou-se também, associações entre traços de personalidade e reconhecimento das emoções de nojo raiva e tristeza.

Tabela 13 – Correlação entre vivência de Traumas emocionais precoces, traços de personalidade e desempenho da tarefa de reconhecimento de expressões faciais de emoções nos diferentes grupos.

GRUPO	REFE	TEP	PERSONALIDADE
TEPT	Acurácia	TTx Raiva: $r = -0,37$; $p=0,04$	Abertura x Tristeza: $r = 0,40$; $p=0,03$ Conscienciosidade x Raiva: $r = 0,37$; $p=0,44$
	TR	-	Amabilidade x Emoções Totais: $r = 0,38$; $p=0,04$ Extroversão x Tristeza: $r = 0,47$; $p=0,01$ Amabilidade x Medo: $r = 0,38$; $p=0,04$
	Intensidade	-	-
TAG	Acurácia	TE x Nojo: $r = -0,42$; $p=0,02$ TT x Tristeza: $r = 0,38$; $p=0,04$	Extroversão x Medo: $r = -0,37$; $p=0,04$ Neuroticismo x Nojo: $r = -0,52$; $p=0,01$
	TR	TS x Surpresa: $r = 0,38$; $p=0,04$	-
	Intensidade	TS x Emoções Totais: $r = 0,37$; $p=0,04$	-
TAS	Acurácia	-	Conscienciosidade x Alegria: $r = 0,39$; $p=0,03$ Conscienciosidade x Medo: $r = 0,37$; $p=0,04$
	TR	-	-
	Intensidade	-	-
NC	Acurácia	TF x Alegria: $r = -0,39$; $p=0,03$ TE x Nojo: $r = -0,42$; $p=0,02$ TT x Emoções Totais: $r = -0,41$; $p=0,02$ TT x Alegria: $r = -0,38$; $p=0,04$	Abertura x Nojo: $r = 0,37$; $p=0,04$ Amabilidade x Raiva: $r = -0,40$; $p=0,03$ Extroversão x Tristeza: $r = 0,37$; $p=0,04$
	TR	-	-
	Intensidade	TG x Nojo: $r = -0,39$; $p=0,03$ TT x Nojo: $r = -0,42$; $p=0,02$	-

TEPT= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de estresse pós traumático; TAG= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social; NC= grupo de sujeitos saudáveis; TR= Tempo de resposta; TE= Traumas Sexuais; TF= Traumas Físicos; TG= Traumas Gerais; TS= Traumas Sexuais; TT= Traumas Totais; r =Post Hoc; p = nível de significância; *= diferença estatisticamente significativa.

Em relação às análises de regressão, o modelo inicial testado foi composto pelas variáveis que apresentaram significância estatística ($p \leq 0,05$) na comparação de grupos, sendo elas relacionadas aos TEP (traumas gerais, emocionais e sexuais), personalidade (abertura, amabilidade, extroversão e neuroticismo) e REFE (acerto das emoções de nojo, surpresa e tempo de resposta de surpresa)

Para nenhum dos grupos clínicos o modelo inicial se mostrou satisfatório sendo então, por meio da análise *backward*, testados novos modelos. Os modelos finais são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 – Modelo Final de Regressão Logística dos diferentes grupos clínicos.

GRUPOS	VARIÁVEIS	β	p	ODDS	IC (95%)
MODELO FINAL					
TEPT	Neuroticismo	0,22	<0,001	1,25	1,11-1,42
	Acerto Surpresa	1,00	0,005	0,37	0,18-0,73
	Constante	-3,51	0,05	0,030	
TAG	Traumas emocionais	1,12	<0,001	3,06	1,64-5,71
	Traumas Sexuais	1,97	0,009	7,19	1,63-31,54
	Acerto Nojo	0,96	0,029	2,62	1,10-6,24
	Constante	-5,37	0,003	0,005	
TAS	Neuroticismo	0,17	0,000	1,19	1,08-1,30
	Constante	-5,02	0,000	0,01	

TEPT= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de estresse pós traumático; TAG= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada; TAS= grupo de sujeitos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social; β =distribuição beta; p= nível de significância; ODDS= odds ratio, fator preditivo; IC= Intervalo de confiança (95%).

Na Tabela 14 observa-se que para o grupo TEPT há associações mais expressivas entre a presença de traços de personalidade de neuroticismo e a acurácia no reconhecimento da emoção de surpresa. No grupo TAG as associações mais expressivas foram com a vivência de traumas sexuais e emocionais na infância, bem como a maior acurácia para o reconhecimento da emoção de nojo. Por fim, no grupo TAS observou-se apenas associação significativa com traços de personalidade de neuroticismo.

Discussão

5. DISCUSSÃO

O presente estudo foi delineado a fim de investigar associações entre transtornos de ansiedade e aqueles relacionados ao estresse/trauma (TEPT, TAG e TAS), presença de TEP, traços de personalidade e o REFE. Para isto, utilizou-se de três grupos clínicos, representativos de cada transtorno estudado, e um grupo controle com sujeitos saudáveis da população geral.

No que se refere à composição sociodemográfica da amostra, buscou-se parear os sujeitos em relação às variáveis de sexo, idade e escolaridade. Contudo, o grupo TAS apresentou perfil diferente dos demais grupos clínicos, uma vez que, devido suas características clínicas, seu rastreio foi realizado não apenas em contextos clínicos, mas também na população geral. Isto ocorreu, pois o TAS é um transtorno muitas vezes subdiagnosticado, seja pelos clínicos, seja pelo próprio portador, já que este último, muitas vezes, utiliza-se de esquivas ambientais para reduzir o impacto das dificuldades, habituando-se a elas e adaptando-se às limitações associadas à patologia, diminuindo assim, a busca por auxílio médico (BARROS; LOTUFO-NETO, 1995; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; NARDI, 2004; MATHEW; HO, 2006; LEVITAN; RANGE; NARDI, 2008; APA, 2013).

Apesar de tal amostra apresentar proximidade com a realidade clínica do transtorno, parte dos sujeitos com TAS foi recrutado junto a estudantes universitários, o que favoreceu um viés de seleção quanto a idade, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos e situação laboral, com predominância de sujeitos solteiros e ativos, no papel de estudantes. Destaca-se que essas diferenças amostrais foram corrigidas na análise estatística dos dados, por meio de técnica de covariância.

Quanto às características das amostras, verificou-se que sujeitos com TEPT e TAG realizaram mais tratamentos psiquiátricos com uso de medicamentos quando comparados com o grupo TAS. Isto se associa, possivelmente, ao viés de seleção da amostra explicitado acima, uma vez que grande parte dos sujeitos com TAS não tinham conhecimento prévio do diagnóstico do transtorno. Ainda, quanto às características clínicas, o grupo de sujeitos com TEPT apresentou maior frequência de doenças físicas, sendo as mais comuns quadros de hipertensão, hipo/hipertireoidismo e cardiopatias. Estes achados podem ser explicados, inicialmente, devido à idade média dos sujeitos (42,20 anos), idade na qual comumente inicia-se o desenvolvimento de tais patologias. Somado a isto, é sabido que sujeitos que passam por traumas acentuados durante suas vidas, tendem a desenvolver uma maior acurácia para a

percepção de estímulos ambientais, inclusive auto perceptivos, o que contribui para a identificação precoce de sintomas corporais, antes considerados indiferentes, concretizando diagnósticos físicos com maior frequência (ESCOBAR et al, 1994; FRIEDMAN; CHARNEY; DEUTCH, 1995; GURVITS et al, 2000).

No que se refere à presença de sintomas de humor, observou-se, com significância estatística, maior intensidade de sintomas de depressão nos grupos TEPT e TAG, apesar da ausência de diagnóstico de Episódio Depressivo Maior em todos os sujeitos. A presença destes sintomas pode estar associada aos próprios transtornos e sofrimentos advindos das limitações vivenciadas, apresentando-se como sintomas comórbidos (FOA; GILLIHAN; BRYANT, 2013; APA, 2013; PLUCK et al, 2015). Para os sujeitos com TAS, verificou-se uma baixa frequência de sintomas depressivos, o que, da mesma forma, pode estar associado à sua funcionalidade comportamental preservada (STEIN; TORGRUD; WALKER, 2000).

As análises relacionadas à presença de TEP apontaram que quase a totalidade das amostras (incluindo os sujeitos saudáveis) sofreram algum trauma na infância (>96%), com maior prevalência de traumas gerais, seguido por traumas emocionais e traumas físicos. Isto vai parcialmente ao encontro da literatura da área, uma vez que a literatura apresenta-se heterogênea, indicando prevalências de TEP entre cerca de 10% a 91,2% em amostras semelhantes (YUNES, 2002; BROWN, SCHRAG; TRIMBLE, 2005; CIA et al., 2006; FRAZZETTO et al., 2007; OSWALD et al, 2014; FERNANDES; OSÓRIO, 2015). Deve-se salientar, entretanto, que esta acentuada variação de prevalências relaciona-se, possivelmente aos diferentes instrumentos utilizados pelos estudos da área, que avaliam o constructo de forma diversificada.

Outro ponto a se considerar frente a alta incidência encontrada, relaciona-se às práticas histórica e culturalmente disseminadas que envolvem violência como conduta educativa funcional, seja por questões mais amplas, que se destacam em países em desenvolvimento como o Brasil. Nestes países, características socioeconômicas, como a presença de uma significativa desigualdade social, contribuem para um ambiente de maior violência urbana e familiar, e para baixas condições de tratamentos médicos/psiquiátricos, proporcionando um quadro de baixa qualidade de vida para a população, fortalecendo casos de negligência social e agravando a ocorrência de TEP (SCHERER; SCHERER, 2000; YUNES, 2002; CIA et al., 2006).

Contudo, observou-se diferenças estatísticas significativas quanto ao percentual de sujeitos e o número de eventos traumáticos vivenciados em cada grupo clínico analisado e em relação aos sujeitos saudáveis, de acordo com as hipóteses levantadas neste estudo e de

estudos recentes que indicam especificidades no que tange aos TEP vivenciados e o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma específicos na vida adulta (MANCINI; AMERINGEN; MACMILLAN, 1995; BULIK; PRESCOTT; KENDLER, 2001; TEICHER; SAMSON, 2013; ANACKER et al., 2014; OSWALD et al., 2014; FERNANDES; OSÓRIO; 2015).

Especificamente, verificou-se que os grupos clínicos com maior número de vivência de TEP foram o TAG seguido do TEPT, sendo que somente para o TAG, constatou-se também associações importantes e significativas entre o desenvolvimento do transtorno e a vivência de TEP dos tipos emocional e sexual, aumentando o risco para desenvolvimento do mesmo em 3,06 e 7,19 vezes respectivamente. Este achado reforça os dados da literatura prévia (TORGESEN, 1986; MANCINI; AMERINGEN; MACMILLAN, 1995; BULIK; PRESCOTT; KENDLER, 2001; CASSIDY et al., 2003; SOENKE et al., 2010; COUGLE et al., 2010; RAPARIA et al., 2016), porém tem seu diferencial no uso de análises estatísticas mais requintadas, as quais permitem uma avaliação do potencial de risco de tais associações em comportamento com outras variáveis. Fora isto, o presente estudo avança à medida que avalia não apenas as diferentes categorias de TEP, mas também os eventos traumáticos específicos.

Neste sentido, analisando-se mais especificamente as vivências traumáticas sofridas com maior frequência pelo grupo TAG, observou-se a presença de convivência com familiares portadores de transtorno psiquiátrico e a percepção de ser ignorado/tratado como uma pessoa não importante. Esses dados sugerem que a presença de um cenário inóspito e pouco acolhedor durante a infância dos portadores de TAG, associado talvez às limitações sofridas por seus cuidadores (advindas da condição de portador de transtorno psiquiátrico), contribuem para o desenvolvimento de um estado generalizado de ansiedade na vida adulta. Tal fato favorece que tais cuidadores experimentem, provavelmente, uma interação empobrecida com sua prole, com papéis sociais e parentais pouco funcionais e deficitários resultando em um ambiente hostil e negligente à criança, as quais responderiam a esta fragilidade ambiental com a vivência de um estado ansioso constante quando na adolescência e vida adulta, funcionando como um gatilho para o desenvolvimento do TAG (RUTTER; QUINTON, 1984; CRITTENDEN, 1998; JOHNSON et al., 2001; FOSHA, 2003; STEIN; SAREEN, 2015).

Uma outra hipótese para a referida associação pode ser respaldada por estudos específicos da área de Apego (STEVENSON-HINDE, 1990; CRITTENDEN, 1998; FOSHA, 2003, BOWLBY, 2008). Tais estudos indicam que cuidadores com baixa habilidade parental,

emitiriam comportamentos específicos (como por exemplo ignorar seus filhos) visando manter a dependência dos mesmos a si próprios, colocando-os no papel de “figuras de anexo”, estimulando e reforçando a percepção da criança quanto a necessária dependência a seu cuidador, contribuindo para um estado ansioso crescente e generalizado até sua vida adulta.

Observou-se ainda que os sujeitos com TAG apresentaram taxas significativamente superiores de traumas sexuais em relação aos demais grupos, seja na frequência (56,6%), seja na reincidência ($Md = 1,94$), apoiando achados literários prévios que reforçam tal associação (BULIK; PRESCOTT; KENDLER, 2001; CASSIDY et al, 2009; COUGLE et al., 2010; SOENKE, 2010). Para diferentes autores (BOWLBY, 2008; ROMANS et al, 2001; DINWIDDIE et al., 2000; MOLNAR; BUKA; KESSLER, 2001) quanto mais severo e invasivo for o abuso sexual sofrido durante a infância, maiores serão as dificuldades adaptativas enfrentadas pelo sujeito em sua vida adulta. Nesta direção, a vítima deste tipo de TEP, precocemente, perceberia seu ambiente como inseguro, desenvolvendo uma maior sensibilidade frente a isto, respondendo com sintomas ansiosos generalizados.

No que se refere ao grupo de sujeitos com TEPT, verificou-se que os traumas gerais foram os mais comuns e os mais expressivos neste grupo, com taxa de prevalência de 100%, e média de eventos em torno de 3,4 enquanto que a literatura prévia documenta taxa de prevalência em torno de 51,5% nestes tipos de traumas (YEHUDA; HALLIGAN; GROSSMAN, 2001; TRACTENBERG et al, 2012; BIELAS et al, 2016; THAYER et al., 2016). Destaca-se que no presente estudo, as situações mais frequentemente vivenciadas nesta esfera foram aquelas de ocorrência inesperada, tais como a vivência de desastres naturais, de presenciar situações de violência/assassinato e de morte de cuidadores, achados semelhantes ao estudo de Thayer et al. (2016) que também encontrou traumas bastante frequentes de vivência de desastres/acidentes, bem como de presenciar violência a terceiros/familiares.

Uma possível explicação para a associação entre TEPT e as vivências de TEP relaciona-se às desregulações hormonais, ocorridas após as vivências traumáticas, as quais influenciariam na carga alostática e nos níveis de cortisol e de glicocorticoides. Tal fato desencadearia uma habilidade perceptiva diferenciada no indivíduo, deixando-o mais suscetível ao impacto de novos traumas, em especial os de ocorrência abrupta, contribuindo para o desenvolvimento do TEPT na idade adulta (BARTELS et al., 2003; YEHUDA; HALLIGAN; GROSSMAN, 2001; THAYER et al., 2016).

Por fim, no que diz respeito aos sujeitos com TAS, apesar da amostra estudada referir vivências de TEP, em especial daqueles denominados físicos e emocionais, em convergência com estudos da área que destacam esta possível associação (FERNANDES;

OSÓRIO, 2015), não foram encontradas diferenças significativas em relação ao grupo de sujeitos saudáveis. Acredita-se que, para este achado divergente, as características da amostra selecionada para o presente estudo possam ter contribuído, uma vez que grande parte dela é não clínica, reunindo portadores do transtorno que não buscaram tratamento, possivelmente por apresentarem menor nível de gravidade e comprometimento. Assim, pode-se hipotetizar que a ausência de vivências de TEP em nível mais expressivo, pode ser um fator de proteção, sobretudo quanto à gravidade e o nível de comprometimento do TAS na vida adulta (SIMON et al, 2009; SZAJNBERG; GOLDENBERG; HARAI, 2010; BALLARD et al., 2015).

Quanto às associações dos diferentes transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma com os traços de personalidade, sabe-se que fatores de personalidade contribuem ou prejudicam para a adaptação do sujeito frente a seu ambiente, favorecendo ou não o desenvolvimento/manutenção de transtornos psiquiátricos (DIGMAN, 1990; HUTZ et al, 1998; BECK et al, 2005). Entretanto poucos estudos tem explorado a associação de tais fatores, sobretudo no que se refere aos transtornos aqui destacados.

Neste estudo evidenciou-se que o fator de personalidade de extroversão apresentou-se pouco expressivo em sujeitos com TEPT quando comparado aos sujeitos saudáveis e aos demais grupos clínicos. Para Aiken-Morgan et al.(2014), a presença deste fator de personalidade, poderia atuar como um fator de proteção para a prevenção de adoecimentos, uma vez que o indivíduo possuiria um repertório comportamental de maior busca por suporte social para a resolução de possíveis demandas. Nesta direção, o presente achado, de nosso conhecimento inédito, sugere que ao presenciar um trauma abruito, o sujeito, por não possuir, ou possuir de modo deficitário, tal classe de comportamentos sociais funcionais, passaria a ter dificuldades em buscar auxílio e elaborar adequadamente os eventos sofridos, propiciando um quadro TEPT.

Outra característica de personalidade altamente relacionada aos transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma, em especial ao TEPT e TAS foi o neuroticismo, o qual, na regressão logística, mostrou-se com significância estatística. Esta característica de personalidade pode atuar como um fator de risco para o desenvolvimento de tais transtornos, corroborando com as teorias etiológicas que sugerem que classes comportamentais inaptas ao meio, afetos negativos e baixa discriminação ambiental, características estas associadas a este traço de personalidade, contribuem para uma percepção negativa do ambiente, estimulando a vivência de sintomas de ansiedade, impulsividade, entre outros, que colaboram para o desenvolvimento e/ou agravamento destas psicopatologias (SKINNER, 1953; COSTA;

MCCRAE, 1985; RECTOR et al, 2012; APA, 2013; AIKEN-MORGAN et al., 2014; ALDINGER; STOPSACK; ULRICH, 2014).

No que se refere ao REFE, sabe-se que a falha na capacidade de discriminar expressões faciais de emoção traz consigo prejuízos importantes ao indivíduo devido a uma interação social pouco funcional. Neste sentido observou-se maiores prejuízos nesta habilidade nos sujeitos com TEPT, os quais apresentaram reduzida acurácia para as emoções como um todo e, em especial, para emoções nojo e surpresa, e para aquelas representadas por faces masculinas. Também apresentaram maior tempo para julgamento da emoção surpresa.

Tal prejuízo no REFE já fora relatado em estudos recentes que identificaram uma tendência, em sujeitos com TEPT, em possuírem uma percepção ambiental mais empobrecida. Estudos prévios também destacam que estes indivíduos tendem a apresentar um viés atencional no REFE negativas, o que no presente estudo foi evidenciado especificamente em relação à emoção surpresa, a qual foi mais interpretada como medo. Este tipo de viés, apesar de relativamente comum (SCHMIDT; ZACHARIAE, 2009; MAZZA et al., 2012; NILSEN et al., 2016) foi bem mais expressivo no grupo TEPT se comparado aos demais grupos clínicos e aos controles, caracterizando-se como uma peculiaridade deste grupo. Para alguns autores, este prejuízo ocorre em função de alterações no sistema límbico, amígdala e hipocampo, somados a um possível déficit atencional advindos dos sintomas do próprio transtorno tais como retraimento emocional e paralisia (SCHMIDT; ZACHARIAE, 2009; POLJAC, 2011; MAZZA et al., 2012; NILSEN et al., 2016).

Curiosamente, Bryant e Harvey (1997) identificaram em seu estudo que sujeitos com TEPT tendem a perceber, com maior facilidade, estímulos associados a uma ameaça leve, em detrimento de estímulos com ameaça potencialmente mais significativa, isto ocorreria em função de um viés atencional associado à evitação cognitiva. Nesta direção destaca-se que a presente amostra de TEPT, apresentou de modo significativo um baixo reconhecimento às diferentes emoções expressas por faces masculinas, estas geralmente vinculadas a situações de violência sofridas por estes sujeitos, e as quais indicariam um perigo iminente, propiciando uma maior vulnerabilidade ambiental destes sujeitos.

Deve-se também salientar que encontrou-se uma correlação negativa entre o maior número de TEP e a reduzida acurácia para percepção da emoção de raiva em sujeitos com TEPT. Apesar de tais sujeitos terem sido expostos à situações de violências na infância, de forma mais expressiva que sujeitos da população geral, o que poderia favorecer o aumento do reconhecimento da emoção raiva como uma forma de proteção, tal associação evidencia justamente o contrário. Hipotetiza-se então, diante deste achado, que estes indivíduos possam

ter desenvolvido uma dificuldade para responder aos estímulos de ameaça, desenvolvendo um possível quadro de desamparo aprendido, ou seja, ao terem uma vivência aversiva constante, na qual a mesma não era redimida após o sujeito responder com fuga/esquiva, este, gradualmente, habitua-se à ela, tornando-se pouco sensível à sua identificação. (Catania, 1999)

Para os sujeitos com TAG e TAS, não foram encontradas especificidades quanto ao REFE, divergindo da literatura da área que indica a presença de maior discriminação de faces ameaçadoras, em especial de medo e raiva, o que se associa ao sintoma de hipervigilância, presente em ambos os transtornos, e favorece o foco em estímulos de maior ameaça ambiental (Bradley, 1999; Waters et al., 2008). Uma possível explicação para esta divergência, no que diz respeito aos portadores de TAG, pode ter respaldo no uso de inibidores seletivos de receptação de serotonina feito por estes sujeitos (cerca de 80%), isto pois segundo revisão realizada por Sabino et al. (2016) tais medicações colaborariam para a redução da percepção de emoções negativas, o que por sua vez reduziria a sintomatologia do TAG. Quanto aos sujeitos com TAS, acredita-se que por tratarem-se de indivíduos possivelmente com o transtorno expresso em menor nível de gravidade, sintomas de hipervigilância também seriam mais amenos e com isso interfeririam em menor grau frente a percepção de estímulos negativos.

Deve-se também salientar que para o grupo TAG, foi encontrada uma correlação moderada entre limitados traços de extroversão e maior acurácia para a emoção de medo. Isto possivelmente relaciona-se ao fato destes sujeitos apresentarem então baixo repertório de exposição e de controle do ambiente que estão inseridos, favorecendo um viés atencional diante de estímulos sinalizadores de potenciais ameaças, como é o caso da emoção medo (SKINNER, 1953; EKMAN, 2011).

Por fim, para o grupo TAS, destaca-se a presença de viés de resposta no qual a emoção nojo é percebida raiva. Acredita-se que a explicação para este achado vincule-se à etiologia do transtorno, uma vez que sujeitos com TAS estariam mais sensíveis, devido seu histórico de aprendizagem, a estímulos de ameaças sociais em especial àqueles associados a uma desaprovação comportamental, sendo isto compreendido também através da expressão facial da emoção raiva. Devido a este viés atencional, o sujeito com TAS passaria a discriminar erroneamente outros estímulos ambientais (GRAY, 1987; STRONGMAN, 1998; EKMAN, 2003).

No geral, os achados do presente estudo apontaram especificidades em relação aos diferentes tipos de transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma e as variáveis

de vivências traumáticas na infância, traços de personalidade e reconhecimento de emoções faciais, tal como hipotetizado. Contudo, há de se apontar alguns limites do mesmo que devem ser considerados na interpretação e generalização dos achados.

O primeiro deles relaciona-se ao viés de seleção da amostra de TAS, prioritariamente composta por sujeitos não clínicos. A segunda, pauta-se no delineamento transversal, que não permite o estabelecimento de relações de causa e efeito entre as variáveis. A terceira, associa-se a limitações dos instrumentos de auto avaliação que podem admitir vieses em suas respostas, sobretudo no que tange à avaliação das vivências de TEP, uma vez que estes foram obtidos através dos relatos de lembranças pessoais dos sujeitos.

Considerações Finais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os presentes achados referendam as hipóteses previamente levantadas, apontando para peculiaridades entre os diferentes tipos de Transtornos de ansiedade e relacionados ao estresse/trauma no que tange às variáveis estudadas.

Verificou-se especificamente que as associações entre TEP e TAG foram mais expressivas, enquanto que as alterações no REFE foram mais comuns no grupo TEPT. Quanto à personalidade, observou-se que o fator neuroticismo predomina em todos grupos clínicos, especialmente no TEPT e TAS. Os traços de extroversão são também menos presentes nos sujeitos com TEPT. Entre as variáveis estudadas, estas apresentaram-se como leves e moderadas.

Destaca-se a relevância das contribuições trazidas pelo presente estudo, que avaliou comparativamente transtornos de ansiedade e de estresse/trauma por meio de análises comparativas de diferentes variáveis, o que proporcionou uma compreensão de forma integrada.

Referências Bibliográficas

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIERNO, R. et al. Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. **Journal of Anxiety Disorders**, New York, v. 13, p. 541–563, 1999.

ADOLPHS, R., BARON-COHEN, S., TRANEL, D. Impaired recognition of social emotions following amygdala damage. **Journal of Cognitive Neurosciences**, Cambridge, v.14, p.1264–1274, 2001.

AFIFI, T.O.; MOTA, N.P.; DASUEWICZ, P.; MACMILLAN, H.L.; SAREEN, J. Physical mental disorders: results from a nationally representative US sample. **Pediatrics**, Illinois, v. 130, p. 184-192, 2012.

AIKEN-MORGAN et al. Associations between self-rated health and personality. **Ethnicity & disease**, Virginia, v. 24, n. 4, p. 418-422, 2014.

ALDINGER, M. et al. Neuroticism developmental courses-implications for depression, anxiety and everyday emotional experience; a prospective study from adolescence to young adulthood. **BMC psychiatry**, London, v. 14, n. 1, 2014.

ALLEN A.J., LEONARD H., SWEDO S.E. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry**, New York, v. 34, p. 976-86, 1995.

ALVES, N. T et al. Ansiedade social e atribuição de emoções a faces neutras. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.17, n.1, p. 129-134, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3th ed. Washington, DC, 1980.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3th ed. Revised. Washington, DC, 1987.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, DC, 1994.

_____. **DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre : ARTMED, 2000.

_____. **DSM V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. E-book format from <http://www.appi.org>, 2013.

ANACKER, C.; O'DONNELL, K.J.; MEANEY, M.J. Early life adversity and the epigenetic programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, Suresnes, v.16, p. 321–333, 2014.

ANDRADE, L.H. et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLoS ONE**, San Francisco, v.7, n.2, 2012.

ARRAIS, K.C. et al. Social Anxiety disorder women easily recognize fearfull, sad and happy faces: The influence of gender. **Journal of Psychiatry Research**, New York, v.44, n.8, p.535-540, 2010.

AVERY, S.N. et al. Impaired face recognition is associated with social inhibition. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 236, p. 53-57, 2016

BALLARD, E.D. et al. Latent classes of childhood trauma exposure predict the development of behavioral health outcomes in adolescence and young adulthood. **Psychological medicine**, London, v. 45, n. 15, p. 3305-3316, 2015.

BALLENGER, J. C. Et al. Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 65, p.55-62, 2004. Supplement 1.

BANDELOW, B. et al. Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, Berlin, v. 254, p. 397–405, 2004.

BARROS, T.P.; LOTUFO-NETO, F. Perfil clínico e demográfico de uma amostra de pacientes com diagnóstico de fobia social. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.44, p. 283-6, 1995.

BARROS NETO, T.P.de. Fobia Social: perfil clínico, comorbidade e diagnóstico diferencial. **Revista de Psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 309-315, 2000.

BARTELS, M. et al. Heritability of cortisol levels: review and simultaneous analysis of twin studies. **Psychoneuroendocrinology**, Oxford, v. 28, p. 121-137, 2003.

BECK, A.T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Philadelphia, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.

BECK, A.T., FREEMAN, A. & DAVIS D.D. **Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2005

BELL, C. et al. The misclassification of facial expressions in generalised social phobia. **Journal of anxiety disorders**, New York, v.25, n.2, p. 278-283, 2011.

BIENVENU, O.J. et al. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher- and lowerorder personality trait investigation in a community sample. **Depression and Anxiety**, New York, v. 20, p. 92-97, 2004.

BIELAS, H. et al. The associations of cumulative adverse childhood experiences and irritability with mental disorders in detained male adolescent offenders. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, London, v. 10, n.1, p. 34, 2016.

BINELLI, C. et al. Eventos negativos na infância e ansiedade social em estudantes universitários. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, p. 69-74, 2012. Supplement 1.

BOMYEA, J. et al. Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. **Journal of anxiety disorders**, New York, v. 33, p. 90-94, 2015.

BOWLBY, J. **A secure base: Parent-child attachment and healthy human development**. Basic Books: New York, 2008.

BRADLEY, B. P., et al. Attentional bias for emotional faces in generalized anxiety disorder. **British Journal of Clinical Psychology**, Letchworth, v. 38, n.3, p.267-278, 1999.

BREMNER, J.D.; BOLUS, R.; MAYER, E.A. Psychometric properties of the Early Trauma Inventory – Self Report. **Journal of Nervous & Mental Disease**, Georgia, v. 195, v. 3, p. 211-218, 2007.

BREWIN, C.R.; ANDREWS, B.; VALENTINE, J.D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. **Journal of consulting and clinical psychology**, Washington, v. 68, n. 5, p.748, 2000.

BROWN, R.J.; SCHRAG, A.; TRIMBLE, M.R. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. **American Journal of Psychiatry**, Manchester, v. 162, p.899-905, 2005.

BRUCH, M.A. Familial and Developmental Antecedents of Social Phobia: Issues and Findings. **Clinical Psychology Review**, New York, v. 9, p.37-47, 1989.

BRUCH, M.A.; CHEEK, J.M. **Developmental Factors in Childhood and Adolescent Shyness**. In: Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope D.A.; Sahneier F.R. (eds.). **Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment**. Guilford: New York, p.163-82, 1995.

BRYANT, R. A., & HARVEY, A. G. Attentional bias in posttraumatic stress disorder. **Journal of traumatic stress**, New York, v. 10, n 4, p. 635-644, 1997.

BULIK, C.M.; PRESCOTT, C.A.; KENDLER, K.S. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. **The British Journal of Psychiatry**, London, v.179, p. 444 – 449, 2001.

BURATO, K.R.S.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança: uma revisão sistemática. **Estudos em Psicologia**, Natal, v.14, n.2, p. 167-174, 2009.

BUTMAN, J., & ALLEGRI, R. F. A cognição social e o córtex cerebral. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.14, n.2, p.275-279, 2001.

CAMARA FILHO, J.W. S.; SOUGEY, E. B. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n.4, p. 221-228, 2001.

CARMO, J.T.; PUEYO, A.A. A adaptação ao português do Fagerströmtest for nicotinedependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Revista Brasileira de Medicina**, Barcelona, v. 59, p. 73-80, 2002.

CASSIDY, J. et al. Generalized anxiety disorder: connections with self-reported attachment. **Behavior Therapy** New York, v. 40, n. 1, p. 23 – 28, 2009.

CATANIA, A. C. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CIA, F. et al. **Parents social skills and the parent-child relationship**. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.1, p.73-81, 2006.

CLOITRE, M. et al. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. **Journal of Traumatic Stress**, New York, v. 22, p. 399–408, 2009.

CLONINGER, S. C. **Teorias da personalidade**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

COLES ME, HEIMBERG RG. Recognition bias for critical faces in social phobia: a replication and extension. **Behaviour research and therapy**, Oxford, v. 43, N.1, p.109–20, 2005.

CONNOR, K.M. et al. Psychometric properties of the social Phobia Inventory (SPIN): a new self-rating scale. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, London, v.176, n. 4, p. 379-386, 2000.

COSTA, P.T.JR. & MCCRAE, R.R. **The NEO Personality Inventory Manual**. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1985.

COUGLE, J.R. et al. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. **Psychiatry Research Journal**, Amsterdam, v.177, n. 1 – 2, p. 150 – 155, 2010.

COX, B.J. et al. Suicidal ideation and suicidal attempts in panic disorders and social phobia, **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, Vol.151, p. 882-7, 1994.

CRITTENDEN, P.M. **The developmental consequences of childhood sexual abuse**. In: Trickett, P. & Schellenback, C. (eds.). Violence against children in the family and the community. Pp 11-38. Washington, DC: American Psychological Association, 1998.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DALRYMPLE K.L., MORGAN T.A., LIPSCHITZ J.M., MARTINEZ J.H., TEPE E. & ZIMMERMAN M. An Integrated, Acceptance-Based Behavioral Approach for Depression With Social Anxiety: Preliminary Results. **Behavior modification**, Beverly Hills, v. 38, n.4, p. 516-548, 2014.

DEL-BEN, C.M. et al. Test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version (SCID-CV) translated into Portuguese. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.23, p.156-159, 2001.

DEL PRETTE, Z. A. P., & DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação**. Editora Vozes: Petrópolis, RJ, 1999.

DE VRIES, G.J.; OLFF, M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorders in the Netherlands. **Journal of Traumatic Stress**, New York, v. 22, n. 4, p. 259-267, 2009.

DIGMAN, J.M. Personality structure: Emergence of the five-factor model. **Annual review of psychology**, Palo Alto, v. 41, n. 1, p. 417-440, 1990.

DINWIDDIE, S. et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin—control study. **Psychological Medicine**, London, v.30, p. 41-52, 2000.

DONADON, M.F. **Dependência de álcool: associações com traumas emocionais precoces, traços de personalidade e reconhecimento de expressões faciais de emoção**. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2015

EKMAN, O.; FRIESEN, W.V. Measuring Facial Movement. **Environmental Psychology and Nonverbal Behavior**, New York, v.1, n.1, p.56-75, 1976.

EKMAN, P. **Emotions Revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional live**. New York: Times Books, 2003.

EKMAN, P. **A linguagem das emoções**. São Paulo: Leya Brasil, 2011.

ESCOBAR, J.I. et al. Somatic Symptoms in posttraumatic stress disorder. **Journal of Psychosomatic Research**, London, n.38, p. 965-967, 2013.

FEIST, J. & FEIST, G. J. **Teorias da Personalidade**. Grupo A Educação, 2008.

FERNANDES, V. & OSÓRIO, F. L. Are there associations between early emotional trauma and anxiety disorders? Evidence from a systematic literature review and meta-analysis. **European Psychiatry**, Paris, v. 30, n. 6, p.756-764, 2015.

FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, p. 12-16, 2003. Supplement 1.

FIRST, M.B. et al. **Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Clinician Version (SCID-CV)**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.

FOA, E. B.; GILLIHAN, S. J. & BRYANT, R. A. Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. **Psychological Science in the Public Interest**, New York, v. 14, n.2, p. 65-111, 2013.

FOSHA, D. **Dyadic regulation and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disorganized attachment**. In: Solomon, M. & Siegel, D. (eds). *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain*. p. 221-281. New York: Norton, 2003.

FRAZZETTO, G. et al. Early trauma and increased risk for physical aggression during adulthood: The moderating role of MAOA genotype. **PLOS ONE**, Monterotondo, v. 2, n.5, 2007.

FREWEN, P.A. et al. Clinical and neural correlates of alexithymia in posttraumatic stress disorder. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v.117, p. 171–181, 2008.

FRIEDMAN, M.J.; CHARNEY, D.S.; DEUTCH, A.Y. (editors) **Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to PTSD**. Philadelphia: Lippincott-Raven press; 1995

GENTES, E.L.; RUSCIO, A.M. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. **Clinical Psychology Review**, New York, v. 31, n. 6, p. 923-933, 2011.

GIBB, B.E.; CHELMINSKI, L.; ZIMMERMAN, M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. **Depression and Anxiety**, New York, v. 24, n. 4, p. 256 – 263, 2007.

GILBOA-SCHECHTMAN E. et al. Interpersonal sensitivity and response bias in social phobia and depression: labeling emotional expressions. **Cognitive Therapy and Research**, New York, v. 32, p. 605–618, 2008.

GRANT B.F. et al. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Psychological Medicine**, London, v. 35, n.12, p. 1747-1759, 2005.

GRAY, J. A. **The Psychology of Fear and Stress**. New York: Cambridge University Press, 2ed, 1987.

GURVITS, T.V. et al. Neurologic soft signs in chronic posttraumatic stress disorder. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, n. 57, p. 181, 2000.

HEATHERTON, T.F. et al. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. **British Journal of Addiction**, Cambridge, v. 86, p. 1119-1127, 1991.

HEIMBERG, R.; LIEBOWITZ, M; HOPE, D.A.; SCHNEIER, F.R. (eds). **Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment**. New York: Guilford Press, 1995.

HETTEMA, J.M. et al. A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. **The American journal of psychiatry**, Arlington, v.163, n.5, p.857-64, 2006.

HODGSON, R. et al. The fast alcohol screening Test. **Oxford Journals**, London, v. 37, p. 61-66, 2001.

HIRSCH, C.R.; CLARK, D.M. Information-processing bias in social phobia. **Clinical Psychology Review**, New York, v. 24, p. 799-825, 2004.

HORNER, M. D.; HAMNER, M. B. Neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. **Neuropsychology Review**, New York, v.12, p.15-30, 2002.

HUBBARD, J. et al. Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, New York, v.34.9, p.1167-1173, 1995.

HUTZ, C. S et al. O desenvolvimento de marcadores para a avaliação de personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 395-411, 1998.

JOHNSON, J. G. et al. Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 58, n. 5, p. 453-460, 2001

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Compêndio de psiquiatria**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KESSLER, R.C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. **Archives of general psychiatry**, Chicago, v. 51, n. 1, p. 8-19, 1994.

KESSLER, R.C. et al. Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. **Psychological medicine**, London, v.29, n.3, p. 555-67, 1999.

KESSLER, R.C. The impairment caused by social phobia in the general population: implications for intervention. **Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum**, Copenhagen, v.18, p. 19-27, 2003.

KROENKE, K. et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 146, p. 317-325, 2007.

KUO, J. R. et al. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. **Journal of anxiety disorders**, New York, v.25, n.4, p. 467-473, 2011.

LAHEY, B.B. Public health significance of neuroticism. **The American Psychologist**, Washington, v. 64, n. 4, p. 241, 2009.

LANGE, W.G. et al. A neutral face is not neutral even if you have not seen it: social anxiety disorder and affective priming with facial expressions. **Cognitive Behaviour Therapy**, Basingstoke, v. 41, n.2, p. 108-118. 2012.

LEVITAN, M.; RANGE, B.; NARDI, A. E. Habilidades sociais na agorafobia e fobia social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n.1, p. 95-99, 2008.

LECRUBIER, Y.; WEILLER, E. Comorbidities in social phobia. **International Clinical Psychopharmacology, London**, v. 12, p. 17-21, 1997. Supplement 6.

LIND, M. J. et al. Sleep Disturbances in OEF/OIF/OND Veterans: Associations with PTSD, Personality, and Coping. **Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine**, v.13, n.2, p.291-299, 2017.

LOCHNER, C. et al. Childhood trauma in adults with social anxiety disorder and panic disorder: a cross-national study. **African Journal of Psychiatry (Johannesbg)**, Johannesburg, v. 13, n. 5, p. 376 – 381, 2010.

MANCINI C., VAN AMERINGEN M., MACMILLAN H. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. **The journal of nervous and mental disease**, Baltimore, v.183, p.309–314, 1995.

MARGIS, R. Estresse pós traumático: comorbidades. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n.25, p. 17-20, 2003. Supplement I.

MAROCO, J. **Análise estatística – com utilização do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

MAZZA, M. et al. Social cognition disorders in military police officers affected by posttraumatic stress disorder after the attack of Na-Nasiriyah in Iraq 2006. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 198, n.2, p.248-252, 2012.

MATHEW S.J., HO S. Etiology and neurobiology of social anxiety disorder. **The journal of clinical psychiatry**, Memphis, v.67, p. 9–13, 2006. Supplement 12.

MCCRAE, R.R.; COSTA JUNIOR, P.T.A contemplated revision of the NEO Five-factor Inventory. **Personality and Individual Differences**, Baltimore, v. 36, n. 3, p. 587-596, 2004.

MERCADANTE, J.P.P. **Comorbidade entre cefaléias primárias e transtorno de ansiedade generalizada**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007.

MENESES-GAYA, C. et al. The Fast Alcohol Screening Test (FAST) is as good as the AUDIT to screen alcohol use disorders. **Substance use and Misuse**, London, v. 45, n.10, p.1542-1557, 2010.

MELLO, M. F. D. et al. Early Trauma Inventory (ETI): cross-cultural adaptation and internal consistency. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 713-724, 2010.

MICHELE, A.; MICK, M.A.; TELSH, M.J. **Social Anxiety and History of Behavioral Inhibition in Young Adults**. Journal of Anxiety Disorders, New York, v. 12, p. 1-20, 1998.

MIDDELDORP, C.M. et al. The co-morbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology. A review of twin and family studies. **Psychological medicine**, London, v.35, n.5, p.611-24, 2005.

MOCHCOVITCH, M.D.; CRIPPA, J.A.S.; NARDI, A.E. **Transtornos de ansiedade**. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, v. 67, n.11, 2010.

MOGG, K.; NEIL M.; BRENDAN P. B. Biases in eye movements to threatening facial expressions in generalized anxiety disorder and depressive disorder. **Journal of abnormal psychology**, Washington, v. 109, n. 4, p.695, 2000.

MOLNAR, B. E., BUKA, S. L., KESSLER, R. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. **American journal of public health**, New York, v. 91, n.5, p. 753-760, 2001.

MORENO, A.L. et al. Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 367-376, 2016.

MORENO-PERAL, P. et al. Risk factors for the onset of panic and generalized anxiety disorders in the general adult population: a systematic review of cohort studies. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 168, p. 337-348, 2014.

NARDI, A.E. **Transtornos Fóbicos**. In: HETEM, L.A.B. & GRAEFF, F.G. (Org.). **Transtornos de Ansiedade**. São Paulo: Editora Atheneu. P. 231- 263, 2004.

NIETLISBACH, G. et al. Are empathic abilities impaired in posttraumatic stress disorder? **Psychological Reports**, Louisville, v. 106, p. 832–844, 2010.

NILSEN, A. S. et. al. Brain activity in response to trauma-specific, negative, and neutral stimuli. A fMRI study of recent road traffic accident survivors. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 7, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4974943/> . Acesso em 25 fev. 2017.

OSÓRIO, F.L.; et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in psychiatric care**, Hillsdale, v.45, n.3, p.216-27, 2009.

OSÓRIO, F.L. et al. **Traumas emocionais precoces: validação de instrumento, estudo da prevalência e da associação com características da personalidade, transtornos psiquiátricos e reconhecimento facial**. Projeto de Pesquisa submetido ao CNPQ como parte

das exigências do processo de solicitação de Bolsa de Produtividade em Pesquisa (não publicado), Ribeirão Preto, 2011.

OSÓRIO, F.L. et al. **Transtorno de ansiedade social: validação de instrumentos de avaliação**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2008.

OSÓRIO, F. D. L.; CRIPPA, J. A. D. S.; LOUREIRO, S. R. Aspectos cognitivos do falar em público: validação de uma escala de autoavaliação para universitários brasileiros. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.48-53, 2012.

OSÓRIO, F.L. et al. Psychometrics properties of early trauma inventory self report - short form (ETISR-SR) for the Brazilian context. **PLoS One**, San Francisco, v.8, n.10, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3789732/>. Acesso em 25 fev. 2017.

OSWALD L.M., et al. History of childhood adversity is positively associated with ventral striatal dopamine responses to amphetamine. **Psychopharmacology**, Berlin, v. 231, n. 12, p. 2417-2433, 2014.

PEREIRA, M.E.C. **O Conceito de Ansiedade**. In: HETEM, L.A.B. & GRAEFF, F.G. (Org.). **Transtornos de Ansiedade**. São Paulo: Editora Atheneu. P.03-27, 2004.

PHILLIPS, M. L. et al. Neurobiology of emotion perception I: the neural basis of normal emotion perception. **Biological Psychiatry**, New York, v. 505, n.54, p.504-514, 2003.

PLUCK, G. et al. Post-Traumatic Stress Disorder and Intellectual Function of Socioeconomically Deprived ‘Street children’ in Quito, Ecuador. **International Journal of Mental Health and Addiction**, New York, v. 13, n. 2, p. 215-224, 2015.

POLJAC, E.; MONTAGNE, B.; HAAN, E.H.F. Reduced recognition of fear and sadness in post-traumatic stress disorder. **Cortex**, Milan, v. 47.8, p. 974-980, 2011.

POLLAK, S.D. et al. Neurodevelopmental effects of early deprivation in postinstitutionalized children. **Child Development**, Malden, v. 81, p. 224– 236, 2010.

POSSENDORO, G. **Ansiedade Generalizada**. In: ANGELOTTI, G. Terapia cognitiva comportamental para os transtornos de ansiedade. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo. p. 49 – 82, 2011.

PYNOOS, R. S.; STEINBERG, A. M.; PIANCENTINI, J.C. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. **Biological Psychiatry**, New York, v. 46, n. 11, p.1542-1554, 1999.

RAPARIA, E. et al. Impact of childhood emotional abuse on neocortical neurometabolites and complex emotional processing in patients with generalized anxiety disorder. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 190, p. 414-423, 2016.

RECTOR, N.A. et al. Examination of the trait facets of the five-factor model in discriminating specific mood and anxiety disorders. **Psychiatry research**, Amsterdam, v. 199, n. 2, p. 131-139, 2012.

REINELT, E. et al. High social support buffers the effects of 5-HTTLPR genotypes within social anxiety disorder. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, Berlin, v. 264, n. 5, p. 433-439, 2014.

REEB-SUTHERLAND, B.C. et al. Identification of emotional facial expressions among behaviorally inhibited adolescents with lifetime anxiety disorders. **Cognition and Emotion**, Hove, v. 29, p. 372-82. 2015.

ROMANS, S. et al. Child sexual abuse (CSA) and later eating disorders: a New Zealand epidemiological study. **The International journal of eating disorders**, New York, v. 29, n. 4, p. 380-392, 2001.

ROSELLINI, A.J., BROWN, T.A. The NEO Five-Factor Inventory: latent structure and relationships with dimensions of anxiety and depressive disorders in a large clinical sample. **Assessment**, Odessa, v. 18, n. 1, p. 27-38, 2011.

RUTTER, M.; QUINTON, D. Parental psychiatric disorder: Effects on children. **Psychological medicine**, London, v. 14, n. 4, p. 853-880, 1984.

SABINO, A. D. V.; CHAGAS, M. H. N.; OSÓRIO, F. L. Effects of psychotropic drugs used in the treatment of anxiety disorders on the recognition of facial expressions of emotion: Critical analysis of literature. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, New York, v. 71, p. 802-809, 2016.

SAFREN, S.A. et al. **History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. The Journal of nervous and mental disease**, Baltimore, v. 190, p.453–456, 2002.

SALABÉRRIA K, ECHEBURUA E. Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. **Behavior Modification**, Beverly Hills, v.22, n.3, p.262-84, 1998.

SBARDELLOTO, G. et al. Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v.16, n.1, p. 67-73, 2011.

SCHENK, E. J. et al. Risk factors for long-term post-traumatic stress disorder among medical rescue workers appointed to the 2008 Wenchuan earthquake response in China. **Disasters**, Oxford, 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/disa.12222/abstract>. Acesso em 26 fev. 2017.

SCHERER, E.A., SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Revista Latino americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 22-29, 2000.

SCHIDT, J. Z.; ZACHARIAE, R. PTSD and impaired eye expression. Recognition: a preliminary study. **Journal of Loss & Trauma**, Philadelphia, v.14, n.1, p. 46-56, 2009.

SCHMITT, R.L.S. **Revisão sistemática e meta-análise do uso de antidepressivos no transtorno de ansiedade generalizada**. Dissertação de mestrado, 2003. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/6167> Acesso em 13 nov. 2016.

SCHMITT, R. & KAPCZINSKI, F. **Transtorno de Ansiedade Generalizada**. In: HETEM, L.A.B. & GRAEFF, F.G. (Org.). **Transtornos de Ansiedade**. São Paulo: Editora Atheneu. p. 265-283, 2004.

SCHNEIER, F.R. et al. Functional impairment in social phobia. **The Journal of clinical psychiatry**, Memphis, v. 55, p. 322-31, 1994.

SCHNEIER F.R. Social anxiety disorder. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 355, p.1029-36, 2006.

SCHNEIDER, A. M. D. A. **Características de personalidade em bancários vítimas de assalto**, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10923/4826>. Acesso em 13 agosto 2016.

SCHUMM, J.A.; BRIGGS- PHILLIPS, M.; HOBFOLL, S.E. Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner- city women. **Journal of traumatic stress**, New York, v. 19, n. 6, p. 825-836, 2006.

SHENK, C. E.; PUTNAM, F. W.; NOLL, J. G. Predicting the accuracy of facial affect recognition: The interaction of child maltreatment and intellectual functioning. **Journal of experimental child psychology**, New York, v. 114, n. 2, p. 229-242, 2013.

SIMON, N. M. et al. Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. **Depression and anxiety**, New York, v. 26, n.11, p. 1027-1032, 2009.

SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 1953/1993.

_____. The phylogeny and ontogeny of behavior. **Science**, Washington, v. 153, p. 1205-13, 1966.

_____. Selection by consequences. **Science**, Washington, v. 213, p. 501-04, 1981.

SOENKE, M. et al. Exploring the relationship between childhood abuse and analogue generalized anxiety disorder: The mediating role of emotion dysregulation. **Cognitive Therapy and Research**, New York, v. 34, n. 5, p. 401 – 412, 2010.

SPINHOVEN, P. et al. Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of psychological distress: A six-year longitudinal study. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 191, p. 100-108, 2016.

SPINHOVEN, P. et al. Reciprocal effects of stable and temporary components of neuroticism and affective disorders: results of a longitudinal cohort study. **Psychological medicine**, London, v. 44, n. 02, p. 337-348, 2014.

SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J., B.; LÖWE, B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 166, n. 10, p. 1092-1097, 2006.

SPITZER, R.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. Validation and utility of a self-report version or PRIME-MD: the PHQ primary care study. **Journal of the American Medical Association**, New York, v. 282, p. 1737-1744, 1999.

STEIN M.B. Neurobiological perspectives on social phobia: from affiliation to zoology. **Biological Psychiatry**, New York, v. 44, n. 12, p. 1277-85, 1998.

STEIN, M.B; TORGRUD, L.J.; WALKER, J.R. Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, V. 57, n. 11, p. 1046 – 1052, 2000.

STEIN, M.B. & SAREEN, J. Generalized Anxiety Disorder. **New England Journal of Medicine**, Melbourn, v. 373, n. 21, p. 2059-2068, 2015.

STEVENSON-HINDE, J. Attachment within family systems: An overview. **Infant Mental Health Journal**, New York, 1990. Disponível em : [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0355\(199023\)11:3%3C218::AID-IMHJ2280110304%3E3.0.CO;2-1/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0355(199023)11:3%3C218::AID-IMHJ2280110304%3E3.0.CO;2-1/abstract). Acesso 26 fev 2017.

STRONGMAN, K. T. **A psicologia da emoção**. 4ª edição, Lisboa: Climepsi Editores, 1998.

SZAJNBERG, N.; GOLDENBERG, A.; HARANI, U. **Early trauma, later outcome: results from longitudinal studies and clinical observations**. In: The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic. New York: Cambridge University Press. 2010.

SZYF, M. The early life social environment and DNA methylation: DNA methylation mediating the long-term impact of social environments early in life. **Epigenetics**, Philadelphia, v. 6, p. 971–978, 2011.

THAYER, Z., et al. Early life trauma, post-traumatic stress disorder, and allostatic load in a sample of American Indian adults. **American Journal of Human Biology: the official journal of the Human Biology Council**, New York, 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajhb.22943/abstract>. Acesso 26 fev 2017.

TRACTENBERG, S. G. et al. Exposição a trauma e transtorno de estresse pós-traumático em usuárias de crack. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n.4, p. 206-213, 2012.

TEICHER, M.H.; SAMSON, J.A. Childhood maltreatment and psychopathology: a case for ecophenotypic variants as LCA of childhood trauma 3315 clinically and neurobiologically distinct subtypes. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 170, p. 1114–11133, 2013.

TORGERSEN, S. Childhood and family characteristics in panic and generalized anxiety disorders. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 143, n. 5, p. 630 – 632, 1986.

VELJACA, K.A.; RAPEE, R.M. Detection of negative and positive audience behaviours by socially anxious subjects. **Behaviour research and therapy**, Oxford, v. 36, n. 6, p. 311-21, 1998.

WANGEL, A. M. et al. Emotional, physical, and sexual abuse and the association with symptoms of depression and posttraumatic stress in a multi-ethnic pregnant population in southern Sweden. **Sexual & Reproductive Healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives**, Amsterdam, v. 9, p.7-13, 2016

WATERS, A.M. et al. Attentional bias for emotional faces in children with generalized anxiety disorder. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, Baltimore, v. 47, n. 4, p. 435 – 442, 2008.

WITTCHEN, H.U.; STEIN, M.B.; KESSLER, R.C. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence risk factors and co-morbidity. **Psychological medicine**, London, v. 29, n. 2, p. 309-323, 1999.

YEHUDA, R.; HALLIGAN, S.L.; GROSSMAN, R. Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. **Development and Psychopathology**, New York, p. 733-753. 2001.

YOON, S. et al. Reading simple and complex facial expressions in patients with major depressive disorder and anxiety disorders. **Psychiatry and clinical neurosciences**, Carlton, 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pcn.12369/abstract>. Acesso 26 fev 2017.

YUNES J. Prefácio. In: **Westphal MF. Violência e criança**. São Paulo: Edusp;. p. 11-2, 2002

Apêndices

7. APÊNDICES

APÊNDICE A – Produção científica

G Model
EURPSY-3259; No. of Pages 9

ARTICLE IN PRESS

European Psychiatry xxx (2015) xxx–xxx

Contents lists available at ScienceDirect

European Psychiatry

journal homepage: <http://www.eurpsy-journal.com>

Review

Are there associations between early emotional trauma and anxiety disorders? Evidence from a systematic literature review and meta-analysis

V. Fernandes^a, F.L. Osório^{a,b,*}

^aDepartment of neurosciences and behavior, Medical School of Ribeirão Preto, university of São Paulo, 3900, avenida dos Bandeirantes, CEP 14048-900, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil

^bTechnology Institute (INCT, CNPq) for Translational Medicine, Brazil

ARTICLE INFO

Article history:
Received 18 May 2015
Accepted 14 June 2015
Available online xxx

Keywords:
Anxiety
Early emotional trauma
Meta-analysis
Panic
Generalized anxiety
Social anxiety

ABSTRACT

Background: Previous studies indicate a possible association between early emotional trauma (EET) and the development of anxiety disorders (ADs) in adult life. However, no previous studies have compiled the findings of such studies and analyzed their statistical significance. Therefore, the objective of this study was to conduct a systematic literature review and meta-analysis to determine possible associations between EET and three ADs (panic, generalized anxiety, and social anxiety disorders).

Methods: A systematic search was conducted in PubMed, PsycInfo, and Scielo with no publication date limitations. A total of 2127 studies were found, 32 studies of which were selected for the systematic review and 13 studies of which were selected for the meta-analysis.

Results: High prevalence rates of different EETs were observed among the individuals with ADs (median: 18%–45%). The results of the meta-analysis indicated that individuals with EETs were 1.9- to 3.6-fold more likely to develop ADs compared with a control group of healthy individuals. Emotional traumas were the main risk factor for social anxiety disorder. However, no specific associations were found for the other ADs.

Conclusions: EET is a risk factor for ADs, underscoring the importance of preventive measures to combat the development of these disorders. Moreover, the identification of EETs among patients with ADs is essential for implementing remedial measures to minimize the impact and damage arising from this association by decreasing the risk and severity of symptoms and to improve the response rate to treatment of ADs.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Aversive childhood experiences can have permanent consequences on an individual's life. Such traumatic experiences generally involve physical, emotional, and sexual violence, neglect, separation from caregivers, abuse, violence within the family, and general trauma, among others [12,17,30,56].

Over the past 30 years, scholars have investigated the correlation between early emotional trauma (EET) and anxiety disorders (ADs). Although this correlation has not been fully elucidated, etiological models of anxiety disorders have revealed a predisposition for the development of these disorders in subjects with a history of aversive events in early childhood [5,18,24]. Traumatic experiences

by themselves and the emotional states associated with them can stimulate and reinforce negative and inadequate beliefs of the individual about himself or herself and the environment that surrounds him or her, predisposing the subject to experience higher levels of anxiety when facing new stressors, which increase the risk of developing ADs in the future [8,15,62,66].

According to studies [37,55], the experience of a traumatic event in childhood may also lead to increased susceptibility to stress responses by changing the regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, subsequently affecting brain function and individual behaviors and increasing the risk of developing psychopathological disorders in the future, particularly of the anxiety spectrum.

In this respect, other studies indicate that aversive events during childhood can contribute specifically to hyperactivity of the central corticotrophin-releasing factor, which is responsible for the behavioral response to stress, leading to increased vulnerability to ADs [36].

* Corresponding author. 3900, avenida dos Bandeirantes, CEP 14048-900, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. Tel.: +55 16 360 227 03.
E-mail address: flaliosorio@ig.com.br (F.L. Osório).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.06.004>
0924-9338/© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

Please cite this article in press as: Fernandes V, Osório FL. Are there associations between early emotional trauma and anxiety disorders? Evidence from a systematic literature review and meta-analysis. *European Psychiatry* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.06.004>

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: Traumas Emocionais Precoces: validação de instrumento, estudo da prevalência e da associação com características da personalidade, transtornos psiquiátricos e reconhecimento facial

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -

-

A vivência de traumas durante a infância e adolescência tais como descuidos/ desproteção por parte dos cuidadores, abuso físico e sexual, perdas de pessoas próximas, participação em situações de violência/ desastres, entre outros, pode ocasionar dificuldades no processo de desenvolvimento, seja a nível físico, social e emocional, favorecendo o aparecimento de sofrimento na vida adulta.

Considerando isto, esta pesquisa tem por objetivo conhecer os traumas mais comumente sofridos pelas pessoas e verificar se de fato há associação entre os mesmos e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

Para tanto, solicitamos a sua participação.

Num primeiro momento sua participação consistirá em responder por escrito a seis questionários/ escalas, nos quais você responderá sobre questões que irão avaliar a presença de traumas infantis, sintomas de tristeza, ansiedade, características de personalidade e abuso de álcool e tabaco. Depois você realizará uma atividade no computador na qual será solicitada a identificar algumas expressões faciais que aparecerão na tela, e, por fim, você participará de uma rápida entrevista para verificarmos se você é portador de algum transtorno psiquiátrico/ psicológico, a qual durará cerca de dez a trinta minutos.

A sua participação será voluntária e não terá nenhum tipo de prejuízo, custo, risco ou dano para você ou para a sua saúde. Você também poderá desistir de participar a qualquer momento. Caso você seja paciente do Hospital das Clínicas, a não participação no estudo não trará nenhum prejuízo para o seu tratamento. Caso ao responder os questionários você se sinta mobilizado, poderemos conversar a respeito, e se houver necessidade de algum tipo de ajuda/ tratamento específico, iremos orientá-lo a respeito.

Agradecemos a sua participação e, sem qualquer identificação dos participantes, nos comprometemos com a divulgação científica das informações colhidas e assumimos a responsabilidade por qualquer prejuízo que a participação no estudo possa acarretar.

Qualquer dúvida que você tenha poderá entrar em contato conosco:

Profa. Dra. Flávia de Lima Osório

Vanessa Fernandes

Docente pesquisadora responsável pelo projeto Psicóloga e aluna de mestrado do programa

de Saúde Mental FMRP

CRP: 06/53152

CRP: 06/103139

Telefone: 3602-2703

Telefone: 3602-2703

Eu,....., RG
....., tendo lido as informações acima, voluntariamente concordo em
participar do referido projeto de pesquisa, estando ciente dos meus direitos e da possibilidade de
desistência sem quaisquer ônus ou prejuízo.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C - Questionário Sociodemográfico e clínico**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO**

Nome:

Data nascimento:/...../..... Idade:

Sexo: Escolaridade:

Situação Profissional:

☐ não trabalha ☐ ativo☐ aposentado ☐ afastado INSS

Atividade profissional:

Estado civil: Nº filhos:

Tratamento psiquiátrico: ☐ Não ☐ Sim - diagnóstico:Tipo de tratamento: ☐ Psicoterapia ☐ MedicamentosoPresença de doenças físicas: ☐ Não ☐ Sim

Quais:

Uso medicação Psiquiátrica: ☐ Não ☐ Sim

Quais:

Anexos

8. ANEXOS

ANEXO A – Escala Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD7)

GAD-7				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
(Marque sua resposta com "✓")				
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T____ = ____ + ____ + ____)

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

ANEXO B – Inventário de Fobia Social (SPIN)

INVENTÁRIO DE FOBIA SOCIAL (SPIN)

Iniciais _____ Idade _____ Sexo _____ Data ____/____/____

Por favor, verifique quanto (com que intensidade) os problemas seguintes incomodaram você durante a última semana. Marque apenas um retângulo para cada problema e esteja certo de que respondeu todos os itens.

	Nada	Um pouquinho	Alguma coisa	Muito	Extremamente
1. Eu tenho medo de autoridades (por exemplo, professores, instrutores, diretor, etc.).	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eu fico incomodado de corar (ficar vermelho) na frente dos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Festas e eventos sociais me assustam.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Eu evito falar com pessoas que eu não conheço.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ser criticado me assusta muito.	☐	☐	☐	☐	☐
6. O medo de ficar constrangido me faz evitar fazer coisas ou falar com outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Suar na frente dos outros me causa mal-estar.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Eu evito ir a festas.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eu evito atividades nas quais sou o centro das atenções.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Falar com estranhos me assusta.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Eu evito ter que fazer discursos ou palestras (como falar na frente da turma ou para uma platéia).	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eu faria qualquer coisa para evitar ser criticado.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Palpitações (batidas fortes ou rápidas) do coração me incomodam quando eu estou perto dos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Eu tenho medo de fazer coisas quando as pessoas possam estar olhando.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ficar constrangido ou parecer estúpido estão entre meus piores medos.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eu evito falar com qualquer autoridade (por exemplo, professores, instrutores, diretor, etc.).	☐	☐	☐	☐	☐
17. Tremor na frente dos outros me causa mal-estar.	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO C - Inventário de Auto-Avaliação de Traumas Precoces– Versão Reduzida (ETISR-SF):

Inventário de Auto-Avaliação de Traumas Precoces - Versão Reduzida (ETISR-SF)

COPYRIGHT: J. Douglas Bremner (2009). Tradução para o português do Brasil: Flávia de Lima Osório, Kátia Cruvinel Arrais, Ila Marques Porto Linares, João Paulo Machado de Sousa, Ana Vilela Mendes, José Alexandre de Souza Crippa (2010)

Identificação: _____ Idade: _____ Data da avaliação: _____

Parte 1. Traumas Gerais. Antes da idade de 18 anos

1. Você já foi exposto a algum desastre natural com ameaça a sua vida?	SIM	NÃO
2. Você já se envolveu em um acidente grave?	SIM	NÃO
3. Você já sofreu um ferimento ou uma doença grave?	SIM	NÃO
4. Você já presenciou a morte ou alguma doença grave em seus pais ou responsáveis?	SIM	NÃO
5. Você vivenciou o divórcio ou separação de seus pais?	SIM	NÃO
6. Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um dos seus irmãos?	SIM	NÃO
7. Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um amigo?	SIM	NÃO
8. Você já presenciou situações de violência dirigida a outras pessoas, incluindo membros da sua família?	SIM	NÃO
9. Alguém na sua família já sofreu de algum transtorno mental ou psiquiátrico, ou já teve um surto?	SIM	NÃO
10. Os seus pais ou responsáveis já tiveram problemas com alcoolismo ou abuso de drogas?	SIM	NÃO
11. Você já viu alguém assassinado?	SIM	NÃO

Parte 2. Castigo Físico. Antes da idade de 18 anos

1. Você já recebeu um tapa no rosto?	SIM	NÃO
2. Você já foi queimado com água quente, cigarro ou alguma outra coisa?	SIM	NÃO
3. Você já recebeu socos ou chutes?	SIM	NÃO
4. Você já foi atingido por algum objeto arremessado contra você?	SIM	NÃO
5. Você já foi empurrado?	SIM	NÃO

Parte 3. Abuso Emocional. Antes da idade de 18 anos

1. Você era frequentemente colocado para baixo ou ridicularizado?	SIM	NÃO
2. Você era frequentemente ignorado ou tratado como se não fosse importante?	SIM	NÃO
3. Frequentemente lhe diziam que você não era bom?	SIM	NÃO
4. Na maioria das vezes você foi tratado com frieza, falta de carinho ou lhe fizeram sentir que não era amado?	SIM	NÃO
5. Seus pais ou responsáveis frequentemente não conseguiam entender você ou suas necessidades?	SIM	NÃO

Parte 4. Eventos Sexuais. Antes da idade de 18 anos

1. Você já foi tocado em alguma parte íntima do seu corpo (como seios, coxas, genitais) de um jeito que te surpreendeu ou te fez sentir desconfortável?	SIM	NÃO
2. Você já teve a experiência de alguém esfregar os genitais em você?	SIM	NÃO
3. Você já foi forçado ou coagido a tocar em partes íntimas do corpo de outra pessoa?	SIM	NÃO
4. Alguém já fez sexo com você contra a sua vontade?	SIM	NÃO
5. Você já foi forçado ou coagido a fazer sexo oral em alguém contra a sua vontade?	SIM	NÃO
6. Você já foi forçado ou coagido a beijar alguém de maneira sexual ao invés de um modo carinhoso?	SIM	NÃO

Se você respondeu "SIM" para qualquer um dos eventos acima, responda a seguir considerando o evento que teve o maior impacto em sua vida. Na sua resposta, considere como você se sentiu no momento do evento.

1. Você experimentou medo intenso, pavor ou desamparo?	SIM	NÃO
2. Você se sentiu fora do seu corpo ou como se você estivesse em um sonho?	SIM	NÃO

ANEXO D – Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você se sentiu incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nunca (0)	Alguns Dias (1)	Mais do que metade dos dias (2)	Quase todos os dias (3)
1) Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	☐	☐	☐	☐
2) Sentir-se triste, deprimido ou sem esperança.	☐	☐	☐	☐
3) Problemas para dormir ou manter o sono ou dormir demasiadamente	☐	☐	☐	☐
4) Sentir-se cansado ou com pouca energia	☐	☐	☐	☐
5) Pouco apetite ou comendo demasiadamente	☐	☐	☐	☐
6) Sentir-se mal a respeito de si mesmo — ou que você falhou ou deixou você ou sua família de modo ruim	☐	☐	☐	☐
7) Problemas para se concentrar nas coisas, como ler um jornal ou assistir televisão.	☐	☐	☐	☐
8) Mover-se ou falar tão lentamente a ponto das outras pessoas notarem. Ou ao contrário — estar tão nervoso ou irrequieto que você ficava se movendo mais do que o normal	☐	☐	☐	☐
9) Pensamentos de que seria melhor estar morto ou se machucar de alguma forma	☐	☐	☐	☐
SOME AS COLUNAS			+	+
TOTAL				

Caso você tenha detectado *quaisquer* problemas, qual dificuldade estes problemas lhe trouxeram para fazer o seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou se reacionar com outras pessoas?

- Nenhuma dificuldade ☐
- Alguma dificuldade ☐
- Muita dificuldade ☐
- Extrema dificuldade ☐

ANEXO E – Teste Rápido de Identificação do Uso Abusivo de Álcool (FAST)

FAST

UM DRINQUE/DOSE EQUIVALE A:

- Uma taça pequena de vinho (140ml) ou;
- Uma lata de cerveja ou;
- Uma dose de destilado

POR FAVOR, PARA AS PERGUNTAS ABAIXO CIRCULE AS ALTERNATIVAS MAIS APROPRIADAS CONSIDERANDO O QUADRO ACIMA.

1. HOMENS: Com que frequência você consome 8 (OITO) ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião? MULHERES: Com que frequência você consome 6 (SEIS) ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?				
① Nunca	① Menos que mensalmente	② Mensalmente	③ Semanalmente	④ Diariamente ou quase diariamente
2. Com que frequência durante o último ano você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?				
① Nunca	① Menos que mensalmente	② Mensalmente	③ Semanalmente	④ Diariamente ou quase diariamente
3. Com que frequência durante o último ano você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?				
① Nunca	① Menos que mensalmente	② Mensalmente	③ Semanalmente	④ Diariamente ou quase diariamente
4. Durante o último ano algum parente, amigo, médico ou outro profissional da área de saúde mostrou-se preocupado com a maneira como você bebe ou sugeriu que você parasse de beber?				
① Não	② Sim, em uma ocasião		④ Sim, em mais do que em uma ocasião	

ANEXO F – Teste de Dependência de Nicotina de Fargerström (FTND)**Teste de Dependência de Nicotina de Fargerström (FTND)**

Você é Fumante? ☐ SIM ☐ NÃO

Caso seja fumante, por favor, responda às perguntas abaixo:

A) Idade em Começou a Fumar Regularmente (ANOS): _____

B) Há Quantos Anos Fuma: _____

C) Já Tentou Parar? ☐ Não ☐ Sim (SE SIM), QUANTAS VEZES? _____

1. Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?

☐ Após 60 minutos ☐ 31-60 minutos ☐ 6-30 minutos ☐ Nos primeiros 5 (cinco) minutos

2. Você encontra dificuldade em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo, igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?

☐ Não ☐ Sim

3. Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?

☐ Qualquer um ☐ O primeiro da manhã

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

☐ 10 ou menos ☐ 11 a 20 ☐ 21 a 30 ☐ 31 ou mais

5. Você fuma mais freqüentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?

☐ Não ☐ Sim

6. Você fuma mesmo estando doente (a ponto de ficar acamado) a maior parte do dia?

☐ Não ☐ Sim

ANEXO G – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital I

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 24 de setembro de 2015

Ofício nº 3378/2015
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“ASSOCIAÇÕES ENTRE TRAUMAS EMOCIONAIS PRECOSES, TRAÇOS DE PERSONALIDADE E RECONHECIMENTO DE EXPRESSÕES FACIAIS EM INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO, ANSIEDADE SOCIAL E ANSIEDADE GENERALIZADA” – versão 4, de 02/09/2015**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 415ª Reunião Ordinária realizada em 21/09/2015 e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (grupo clínico) – versão 4, de 02/09/2015 e dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – grupo controle**, de acordo com o Processo HCRP nº 3736/2015.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 466/12 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
VANESSA FERNANDES
PROFª.DRª.FLÁVIA DE LIMA OSÓRIO (Orientadora)
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro PB/CONEP nº 5440
(16)3602-2228/cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

ANEXO H – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital II

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

Ribeirão Preto, 09 de junho de 2011

Ofício nº 2054/2011
CEP/MGV

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **“TRAUMAS EMOCIONAIS PRECOSES: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO, ESTUDO DA PREVALÊNCIA E DA ASSOCIAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE, TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E RECONHECIMENTO FACIAL”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 325ª Reunião Ordinária realizada em 06/06/2011, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 2316/2011.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21 de março de 2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Atenciosamente.

DR. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PROFª. DRª. FLÁVIA DE LIMA OSÓRIO
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP