

AMANDA PATRÍCIA SALES

TRANSTORNOS MENTAIS EM VÍTIMAS DE ATAQUE DE
TUBARÃO

RECIFE

2012



AMANDA PATRICIA SALES

TRANSTORNOS MENTAIS EM VÍTIMAS DE ATAQUE DE
TUBARÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, área de concentração em psicopatologia, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como requisito para o título de Mestre.

Orientador:
Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Recife

2012

Catálogo na fonte
Bibliotecária Giseani Bezerra, CRB4-1738

S163t	Sales, Amanda Patricia. Transtornos mentais em vítimas de ataque de tubarão / Amanda Patricia Sales. ã Recife: O autor, 2012. 73 folhas : il. ; 30 cm. Orientador: Everton Botelho Sougey. Dissertação (mestrado) ã Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2012. Inclui bibliografia, apêndices e anexos. 1. Resiliência psicológica. 2. Tubarão - Ataques. 3. Doenças mentais. I. Sougey, Everton Botelho (Orientador). II. Título. 616.89 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2012-095)
-------	--

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria
e Ciências do Comportamento

125ª DEFESA

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO
DA MESTRANDA AMANDA PATRICIA SALES**

No dia 24 de fevereiro de 2012, às 11h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco os Professores: Sandra Lopes de Souza, Doutora Professora do Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco, Chei Tung Teng, Doutor Supervisor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo/USP e Everton Botelho Sougey Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Mestranda AMANDA PATRICIA SALES, sobre a sua Dissertação intitulada "TRANSTORNOS MENTAIS EM VÍTIMAS DE ATAQUE DE TUBARÃO", orientada pelo professor Everton Botelho Sougey. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª. Drª. Sandra Lopes de Souza

APROVADA

Prof. Dr. Chei Tung Teng

APROVADO

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

APROVADO

Profª. Drª. Sandra Lopes de Souza

Prof. Dr. Chei Tung Teng

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
Presidente da Banca

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus: por tudo e por todos a quem amo.

À toda minha família adorada: minha mãe e avós. E aos dois homens a quem mais admiro, amo e amarei para sempre incondicionalmente: meu irmão, Leonardo; e meu pai, Adalberto. E aos meus bebês Viviane Maria, Eduardo e Maria Eduarda.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Everton Botelho Sougey, pela confiança, incentivo, apoio e acolhimento em todos os momentos. Mais ainda pela oportunidade de aprender ao lado de um verdadeiro cientista.

À professora Malu Gurgel pela generosa orientação em relação à análise qualitativa de meu estudo.

Ao grupo de Estudos sobre Trauma - coordenado com excelência pelo professor José Waldo Câmara Filho - pela constante troca de conhecimentos e possibilidade de novos aprendizados.

À professora Sandra Lopes por sua doçura, competência e pela confiança que deposita em todos seus alunos.

Ao professor Marcelo Valença pelo enorme saber compartilhado sempre com leveza e graça.

Ao professor Amaury Cantilino por me servir como exemplo de retidão e competência.

Ao professor Fábio Hazin por toda gentileza e atenção no compartilhamento de seu conhecimento científico.

Ao professor Marcus Túlio Caldas por ter me introduzido no mundo da ciência, ensinando-me não apenas a fazer pesquisa, mas também a sempre agir com ética e respeito ao próximo.

Ao psiquiatra, professor e escritor, Dr. Teng, por ter me inspirado por seus livros e artigos - muitos deles citados em minha monografia de graduação - que até hoje me servem de base para um melhor entendimento dos transtornos mentais.

Aos meus amigos de pós-graduação: Adriano, Antônio, Tatiana, Amanda, Soledade, Thyciara, Louana, Lúcia, Renata, Sidraiton, Helder e Jaqueline pelos momentos de estudo, apoio e diversão sempre ao som de “Tempo Perdido” e “Roda Viva”.

A José Waldo pelo grande afeto e admiração mútua.

Ao psiquiatra e amigo José Vieira Filho, por estar presente em todos os momentos importantes de minha vida.

Aos psicólogos e amigos Elizandra Sampaio e Bruno Vianna. Assim como às amadas amigas de mais de 20 anos: Tatiana, Eulália, Danielle e Andrezza (Cúpula)

Às minhas chefes queridas: Clilma Fonseca e Aurilene Silva.

“Que incidentes bestiais nossas memórias insistem em acalantar”

Eugene O’Neal

RESUMO

O Brasil é o quarto país no mundo em índice de ataques de tubarão. O Estado de Pernambuco está em primeiro lugar em número de mortes. Entre os anos de 1992 e 2011 ocorreram no Estado 54 ataques com 20 vítimas fatais. O presente estudo investigou as consequências psicopatológicas em oito sobreviventes. Foi realizado estudo tipo série de casos, com metodologia de natureza qualitativa e quantitativa. Os resultados mostram que metade dos sujeitos desenvolveu transtorno de estresse pós-traumático, 25% transtorno de estresse agudo e 62,5% depressão. Também ficou evidente a importância da resiliência na evolução desses indivíduos. Quatro vítimas permanecem doentes. A análise do discurso permitiu detalhar determinadas características psicopatológicas. Com a constatação de que a maior parte dos sobreviventes desenvolveu transtornos mentais em decorrência do ataque, fica clara a necessidade de maiores cuidados psiquiátricos e psicológicos após o trauma.

PALAVRAS-CHAVE: ataque de tubarão, doença mental, resiliência.

ABSTRACT

Brazil is in fourth place in shark attacks around the world. Pernambuco, a state in the northeast of Brazil, has the highest incidence of shark attack related deaths in the world. From 1992 to 2011, there were 54 attacks with 20 fatal victims. This study investigated the psychopathological consequences in 8 survivors. This case study used the qualitative and quantitative method. The results showed that half of these subjects developed post-traumatic stress disorder, 25% acute stress disorder and 62.5% depression. The importance of certain resilience mechanisms in the recovery of these survivors was also evident. Four victims remained mentally ill over the years. The analysis of the speech showed the details of some psychopathological characteristics. As the majority of shark attack survivors tended to develop related mental disorders, psychiatric and psychological care after the trauma is required.

Keywords: shark attack, mental disorder, resilience.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	8
2. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA	9
2.1 ATAQUES DE TUBARÃO	9
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 ESTRESSE	13
3.2 TRAUMA	13
3.3 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	14
3.4 RESILIÊNCIA	18
4. OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
5. METODOLOGIA	25
5.1 TIPO DE ESTUDO	25
5.2 AMOSTRA	25
5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
5.4 FORMA DE RECRUTAMENTO	26
5.5 INSTRUMENTOS	26
5.6 MÉTODO DE COLETA DE DADOS	27
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
Artigo: Mental Disorder in Shark Attack Victims	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
8. REFERÊNCIAS	54
9. APÊNDICES	62
APÊNDICE A: Caso clínico	63
APÊNDICE B: Caso clínico	65
APÊNDICE C: Caso clínico	67
APÊNDICE D: Trabalho apresentado na ISTSS	68
APÊNDICE E: Questionário das entrevistas	70
APÊNDICE F: Questionário sociobiodemográfico	72
10. ANEXOS	73
ANEXO A: Carta de Aprovação do CEP	74
ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
ANEXO C: WHOQOL – ABREVIADO	76
ANEXO D: Questionário de Saúde Geral	81
ANEXO E: Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF)	82
ANEXO F: Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas.	83
ANEXO G: Escala de Hamilton – Depressão	85
ANEXO H: Questionário de História do Trauma	92
ANEXO I: PCL-C	97
ANEXO J: Escala de Resiliência	99
ANEXO K: Escala de Experiências Dissociativas	101
ANEXO L: Escala de Ansiedade – Hamilton	105
ANEXO M: SCID – Módulo TEPT	106
ANEXO N: Campanha do Governo – Beto Barão	111
ANEXO O: Placa de Proibição	112
ANEXO P: Placa de Proibição	113
ANEXO Q: Decreto de 1995	114
ANEXO R: Decreto de 1999	115
ANEXO S: Campanhas	116

1 APRESENTAÇÃO

Esta Dissertação foi elaborada de acordo com a “Norma de dissertação/tese” dos programas de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Aqui estão os resultados decorrentes da Tese de Mestrado intitulada “Transtornos Mentais em Vítimas de Ataque de Tubarão”, apresentados para avaliação ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco. O item 2 corresponde à caracterização e contextualização do estudo. O item 3 é a revisão da literatura. Tal revisão surgiu a partir de dois artigos de revisão: “Terapia cognitivo comportamental como instrumento para desenvolvimento da resiliência”, publicado em *Neurobiologia*, v. 74, p. 177-188, 2011; e “Resiliência e Transtorno de Estresse Pós-traumático”, enviado para a mesma revista. Os itens 4 e 5 correspondem respectivamente aos objetivos e métodos do projeto que foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa.

O item 6 são os resultados e a discussão que serão apresentados na forma de artigo intitulado *Mental Disorder in Shark Attack Victims* que após ter sua atual versão resumida e traduzida para língua inglesa, será enviado ao periódico *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

2 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 ATAQUES DE TUBARÃO

Pernambuco é um estado localizado no Centro-leste da região Nordeste do Brasil, com uma população de 7.918.344 habitantes, tendo como cidades mais populosas Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Caruaru e Petrolina - segundo dados do censo de 2000¹.

A origem do nome “Pernambuco” é indígena, veio do Tupi Paraná-Puka e significa “mar furado”². Recife, sua capital, está situada no litoral nordestino. Segundo os dados do recenseamento de 2006, a cidade possui uma população de 1.511.000 habitantes, correspondendo a 18% da população do Estado, e a 44% da Região Metropolitana, o que lhe propicia uma densidade demográfica de 6.458 habitantes/km². A cidade do Recife possui uma superfície territorial de 220 km² limitando-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, e a leste com o Oceano Atlântico. A natureza se destaca nas belezas das praias, rios, mangues, matas, morros e mananciais³.

O litoral pernambucano tem 187 km de extensão, onde estão localizadas dezenas de praias - desde as urbanizadas até algumas ainda quase desertas. O mar é um dos grandes cartões postais da cidade do Recife, atraindo sua população e os turistas durante todo o ano³; porém, nem tudo se traduz em beleza no litoral. Qualquer pessoa que caminhar pelo extenso calçadão da praia de Boa Viagem – a praia urbana mais conhecida da capital - irá se deparar, em diversos pontos da sua extensão, com placas com a seguinte inscrição: “Perigo. Área sujeita a ataque de tubarão”.

É fato que poucos animais despertam tanta curiosidade e são capazes de provocar tanto medo quanto os tubarões, na medida em que estes ativam todo um repertório de fantasias criado pelo indivíduo, influenciado por contos e filmes. Consta no arquivo internacional de ataques de tubarão, *The International Shark Attack File* (ISAF), que entre os anos de 1990 e 2006 aconteceram na costa dos EUA (Flórida), na Austrália e no Brasil um número de 365, 94 e 66 ataques respectivamente⁴. Registros do Governo do Estado apontam que até o momento aconteceram em Pernambuco 54 ataques de tubarão, com 20 vítimas fatais. O primeiro ataque ocorreu no ano de 1992 e o derradeiro em junho de 2011¹. Ocorrem no mundo cerca de 70 a 100 ataques por ano, desses, dois a três são no Brasil⁵.

O estado da Flórida, nos Estados Unidos, detém o maior número de incidentes com tubarões do mundo. No entanto, se a extensão da área envolvida for analisada - Pernambuco tem aproximadamente 187 km de litoral, enquanto a Flórida possui 1.750 km -, observamos que Pernambuco é de fato uma região com problemas sérios relacionados aos tubarões; tanto que a cidade do Recife possui o maior índice de mortes por ataques de tubarão do planeta⁶.

O Laboratório de Oceanografia Pesqueira- LOP, do Departamento de Pesca, da Universidade Federal Rural de Pernambuco, realizou em 1995 um workshop internacional sobre os ataques de tubarão em Recife, o *Shark Attack Workshop*, onde participaram diversos cientistas nacionais e estrangeiros, de países como Austrália, Estados Unidos e África do Sul. Na ocasião, foram avaliados os resultados das pesquisas, tendo sido considerados os seguintes fatores como prováveis responsáveis pelo aumento no número de ataques na região: aumento no número de surfistas e banhistas; presença de pesca de arrasto de camarão; a topografia submarina da região, caracterizada por um canal adjacente à praia; mudanças climáticas que têm influenciado os ventos; e, por fim, o principal fator: a construção do Porto de Suape ao

sul de Recife, causando um grave impacto ambiental e um acentuado aumento no tráfego marítimo⁷.

Surfistas e banhistas foram até hoje as grandes vítimas dos ataques de tubarão. Em janeiro de 1995, fundamentado num decreto, o governo proibiu a prática do surfe nas áreas consideradas de risco – nesta época, os surfistas representavam a maioria das vítimas⁸. Em maio de 1999, outro decreto seguindo as mesmas normas foi imposto para reforçar a proibição anterior⁹. Com a ausência de surfistas, os banhistas passaram a ser as vítimas mais frequentes; estes passaram a ser orientados a seguir as medidas estabelecidas pelo Comitê Estadual de Monitoramento de Incidentes com Tubarões (CEMIT) para um banho de mar com menor risco de incidente. Foram instruídos a evitar o banho de mar em áreas de mar aberto (sem a proteção dos recifes), nas marés altas, ao amanhecer e ao cair da tarde (quando os tubarões estão mais ativos), na boca dos rios, em águas que ultrapassam a linha da cintura (água na altura do umbigo já é sinal de perigo), em períodos chuvosos, se estiver sozinho (normalmente os ataques acontecem a pessoas solitárias, não a grupos), se estiver com algum tipo de sangramento, com jóias ou objetos brilhantes¹⁰.

A intervenção governamental parece ter surtido efeito. Em pesquisa realizada recentemente, o Brasil passou a ocupar o 4º lugar no ranking mundial de ataques, atrás dos Estados Unidos, Austrália e África do Sul respectivamente¹⁰.

Em grande parte dos ataques, o surfista estava sentado na prancha, esperando uma “boa” onda, isto explica o porquê da maioria ter sido atacada nas pernas; enquanto que grande parte dos ataques a banhistas teve como alvo o dorso⁴. Desta forma, quando sobrevivem ao ataque de tubarão, muitas vítimas se percebem tendo que lidar com outra situação inusitada – a amputação parcial ou total de um membro do corpo. A dificuldade de elaboração desta nova condição vai depender de cada sujeito e do tipo de perda a que ele fora submetido^{11,12,22}.

Qualquer pessoa quando exposta a um evento potencialmente traumático, responde de forma condicionada às suas aprendizagens, personalidade, contexto e características da própria situação. Estes fatos submetem a adversidade vivenciada à subjetividade única de cada indivíduo¹³. Os ataques levados em conta neste estudo foram aqueles inesperados, onde a vítima foi totalmente surpreendida.

Ataques de tubarão são raros, mas sempre estão associados a traumas físicos e significativa mortalidade. Não é de nosso conhecimento a existência de outro estudo que tenha averiguado as repercussões psicopatológicas nessas vítimas. Sendo este o primeiro a buscar tal resposta.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ESTRESSE

O termo estresse vem do inglês *stress* que por sua vez surgiu da palavra *strictus* (cerrado, restrito) de origem latina¹⁴. É utilizado para descrever o complexo fenômeno composto de tensão, angústia e desconforto tão característico na atual sociedade. A palavra foi utilizada pela primeira vez no século XVII na literatura inglesa, e referia-se a situações de opressão e adversidade. Porém, no século seguinte, seu significado tomou uma dimensão mais abrangente, tornando-se também mais popular, passando a se referir à pressão intensa sofrida por uma pessoa - pressão esta que seria capaz de causar-lhe uma deformação subjetiva¹⁵. No século XX, mais precisamente no ano de 1936, o médico endocrinologista Hans Selye usou pela primeira vez o termo "*stress*" na área da saúde¹⁶.

Cada indivíduo teria um limiar que consegue controlar as respostas a estressores externos e internos. Quando as respostas aos estímulos internos ou externos ficam fora de controle, isso é chamado de crise - o limiar foi ultrapassado¹⁷. Os tipos de circunstâncias que podem vir a representar uma crise importante são as que abalam, desestabilizam e destroem o modo de o indivíduo compreender o mundo¹⁸, compostas por um ou vários elementos capazes de alterar o funcionamento de uma pessoa ou de um grupo¹⁹.

3.2 TRAUMA

Etimologicamente, trauma significa ferida, ferimento. No dicionário Aurélio é definido como: “agressão emocional capaz de desencadear perturbações psíquicas e, em decorrência, sintomáticas”¹⁴. A Classificação Internacional de Doenças²⁰ (CID 10) define trauma como evento ou situação, de longa ou curta duração, de natureza ameaçadora ou catastrófica que provavelmente causaria angústia na maior parte das pessoas. No Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais²¹ (DSM IV), o trauma é visto como uma ameaça à integridade física própria ou dos outros. A imprevisibilidade e a incontrollabilidade são duas características que melhor ajudam a conceituar um evento traumático²².

O trauma psíquico surge questionando todo um sistema de valores construído pelo sujeito; valores que lhe asseguravam proteção ao propiciar senso de controle, identidade e davam significados à própria vida. Apesar de o indivíduo estar ciente de que determinadas adversidades podem ocorrer, de fato não crê que possam ocorrer consigo. O papel que o

trauma desempenhará na vida de cada um vai depender da interação que haverá com fatores ou predisposições biológicas, sociais, familiares e psicológicas²².

O caminho seguido pelo pensamento no sentido de caracterizar o evento traumático, tem a ver com a percepção do indivíduo – no momento do evento e depois - e não apenas com a magnitude do ocorrido²². Por exemplo: durante um evento traumático, a situação às vezes pode soar irreal, como um sonho, deixando a pessoa anestesiada diante do fato²³. Freud²⁴ afirmou que uma agressão sofrida em silêncio levaria ao adoecimento, visto que não houve uma reação comportamental adequada. Logo após o trauma, muitas pessoas podem ficar num estado de "anestesia emocional", sentindo-se distantes da situação²³. Para outras pessoas a vivência pode ser de intenso desespero e dor. A noção do tempo também pode ficar bastante alterada e o que durou apenas alguns segundos, pode parecer ter durado um longo período²³.

A percepção de todos os acontecimentos à nossa volta, ocorre a partir da representação mental dos fatos, que não se sabe até que ponto será a eles fiel. As imagens mentais relacionadas serão criações do cérebro tanto quanto produtos da realidade. Por exemplo: quando duas pessoas olham para dois objetos, imagens são formadas em seus cérebros, mas isso não quer dizer que essas imagens representadas sejam cópias dos objetos na medida em que a imagem que vemos se baseia em mudanças que ocorreram em nosso organismo – pele, músculos, retina – ajudando a construir padrões neurais que fazem a interação do nosso organismo com o fato externo. Assim, o cérebro em vez de refletir fielmente o ambiente que o circunda, ele na verdade faz construções desse ambiente usando sua própria estrutura interna, seus próprios parâmetros²⁵.

Dessa forma, entender a maneira como houve o processamento traumático e a interpretação idiossincrática dada, pode ajudar a compreender a permanência de determinados sintomas²⁶.

3.3 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO

Os gregos dispunham de duas palavras para nomear suas apreensões: *deos*, que se referia a um temor refletido e controlado; e *phobos*, que representava o medo intenso e irracional, acompanhado de fuga²⁷. Quando algo nos ameaça, é esperado sentirmos medo, sentimento este que provoca em nós comportamentos de luta ou fuga, além de ativar o nosso sistema nervoso autônomo de modo a garantir o dispêndio súbito de energia que se segue²⁸. Nossos medos normais podem ser comparados a um sistema imunológico de detecção de

perigos, funcionando como uma proteção instintiva em relação a eventuais situações que nos exponha a riscos. Enquanto isso, o medo exagerado de algo, parece mais com uma reação alérgica, como uma “resposta anafilática”. O pânico, o terror, o susto são reações extremas de medo que podem advir de uma situação concreta ou apenas da lembrança de algo que já ocorrera²⁷.

O medo é uma experiência subjetiva que quando se prolonga, pode tornar-se crônico²⁸. Dessa maneira, fatos experimentados já há algum tempo, podem continuar a agir de forma intensa, não sendo as lembranças referentes ao ocorrido sujeitas ao processo natural de desgaste ao qual tendem a sucumbir nossas recordações²⁴.

Historicamente, a arte tem reconhecido que a exposição a uma situação adversa pode produzir consequências psicológicas duradouras. Obras literárias como a *Ilíada* (sec. VIII a.C.), de Homero; *Henrique IV* (1597), de Shakespeare; e *Um conto de duas cidades* (1859), de Dickens apresentam as transformações psíquicas e os sintomas relacionados a um trauma psicológico²⁹.

Em meados do século XIX surgiram registros histórico-científicos que apontam para a descrição da síndrome conhecida hoje como Transtornos de Estresse pós-traumático (TEPT). A primeira referência clínica remonta a Silas Weir Mitchell, que reconheceu respostas de TEPT em veteranos da guerra civil³⁰. Nessa época, o médico alemão Eulenbergler introduziu o conceito de *trauma psíquico* para caracterizar reações de grito e medo que costumam ocorrer após um trauma¹⁹.

Eventos traumáticos como acidentes automobilísticos podem levar ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade como o TEPT³¹, caracterizado por sintomas como reexperiência traumática, comportamentos de evitação e hiperexcitabilidade psíquica – tais sintomas diferenciam o TEPT de outros transtornos ansiosos³².

Estudos identificam vários fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT, como: histórico de exposição a eventos traumáticos, abuso sexual, trauma físico e experiências subjetivas de medo³³. Há também uma relação entre o processamento dos dados, a fragmentação da memória e os subseqüentes sintomas. Existiriam diferentes consequências quando se dá sentido à situação traumática - inserindo-a num contexto - e quando o processamento sensorial é pobremente organizado, fora de uma lógica, levando assim à maior propensão de o indivíduo desenvolver o transtorno³⁴. Avaliações catastróficas acerca do ferimento e o futuro, são preditores do TEPT - pensamentos negativos relacionados ao trauma

quando envoltos em sensação de incapacidade, descrença em relação aos outros, a si mesmo; e a crença de que o mundo é ameaçador predispõem o indivíduo ao desenvolvimento e manutenção da doença.^{31, 35, 36}

O TEPT foi introduzido como categoria diagnóstica pela primeira vez na década de 80, no DSM III³⁷. No DSM IV²¹, a sintomatologia do TEPT está organizada em três grupos:

- A) Reexperiência traumática, onde o trauma continua no indivíduo como se tivesse sido algo recente e não fazendo parte do seu passado; também podendo ocorrer sobre a forma de pesadelo, alucinações, despersonalização e desrealização.
- B) Esquiva e distanciamento emocional, levando o sujeito a evitar qualquer estímulo que desencadeie as lembranças da vivência traumática.
- C) Hiperexcitabilidade psíquica que são os sintomas que representam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central e autonômico reflexos de uma excitação fisiológica extrema em resposta a uma variedade ampla de estímulos. Várias reações acompanham o humor ansioso, como taquicardia, respiração curta ou suspirosa, constrição precordial, "formigamentos", parestesias, sudorese, extremidades frias ou também cefaléias, tonturas, sensação de "oco na cabeça", "peso no estômago"; além da insônia, da irritabilidade e da hipervigilância.

No TEPT, a relação causal entre a situação ocorrida - denominada trauma - e a reação da pessoa exposta, expressa através de respostas cognitivas e comportamentais, é facilmente identificável¹⁹, embora existam entre alguns estudiosos, controvérsias quanto a determinados aspectos específicos na diferenciação do TEPT em relação ao Transtorno de estresse agudo (TEA)³⁸. Estudos citam que o TEA – que ocorre no mês inicial após a exposição ao evento traumático – seria na verdade um dos elementos preditores do TEPT. Para se caracterizar o TEA, o paciente deve apresentar ao menos três sintomas dissociativos durante a ocorrência traumática ou logo após: consciência reduzida, amnésia dissociativa, desrealização, despersonalização e entorpecimento³⁹.

Cada pessoa em situação de TEPT necessita de uma atenção cuidadosa, pois suas reações têm a ver com a sua história, sua capacidade de lidar com sentimentos e emoções, o impacto que a experiência teve em sua vida e a qualidade de suas experiências a partir do trauma²³.

A questão mais contundente em relação aos estudos do TEPT é entender o porquê de algumas pessoas desenvolverem a doença e outras não. Estudos com animais, medindo o stress ou o medo, mostraram alterações no campo da neurociência, no entanto, há poucos estudos que explicam os mecanismos cognitivos que podem levar ao transtorno. De acordo com Moser⁴⁰ et al, as mulheres apresentam sintomas mais severos de TEPT do que os homens. A razão disso não é clara. O que os autores sugerem é que nas mulheres há um maior índice de abuso sexual tanto na infância como na vida adulta e que este fato as deixaria mais vulneráveis ao TEPT.

Estudos com pessoas que sofreram acidentes automobilísticos mostram que estas, assim como as que passaram por outros tipos de eventos traumáticos, teriam os mesmos fatores de vulnerabilidade ao TEPT, tais como: trauma anterior, dissociação peritraumática e, após o trauma, a falta de suporte social³¹. De acordo com Halligan et al⁴¹, a dissociação - caracterizada por um processamento superficial do trauma durante e após o evento traumático -, contribuiria para o desenvolvimento e manutenção do transtorno⁴². Para muitos pacientes, a tendência à dissociação seria um padrão, uma habilidade para segregar certos pensamentos e emoções³⁴. Seria a dissociação, a última defesa do cérebro, porém, quanto maior a dissociação durante a crise, mais difícil a recuperação⁴³. A ênfase dada aos sintomas dissociativos se dá justamente ao fato de que reações que minimizam a memória traumática dificultam o processamento e a consequente elaboração do evento, levando a uma maior demora na recuperação³⁹.

Uma das teorias que fundamenta a maioria dos modelos cognitivos de TEPT é a de que a emoção extrema que é sentida durante o trauma levaria a uma desorganizada representação mnêmica do fato³⁵; além disso, estudos comprovam que pessoas com TEPT costumam distorcer a memória traumática potencializando desta forma o caráter catastrófico do ocorrido⁴¹. O esmaecimento de uma lembrança depende de alguns fatores. Um deles é o tipo de reação que se teve. Entende-se por “reação” toda a classe de reflexos voluntários e involuntários, onde os afetos serão descarregados. Porém, quando a reação é reprimida, o afeto tende a ficar vinculado à lembrança²⁴. De acordo com as teorias cognitivas, as memórias intrusivas referentes a um trauma têm sua origem na forma como a informação é processada durante o evento³⁴.

No século XX, surgiu a teoria de que o TEPT seria resultado da reativação de um conflito não resolvido relacionado a traumas da infância que estariam latentes. Assim, o estressor não teria tanta importância primária, mas funcionaria como o desencadeador de

conflitos que jamais foram devidamente elaborados. Ou seja, o trauma em si não seria capaz de levar ao adoecimento sem uma predisposição infantil significativa³⁰.

Dentro deste contexto de vulnerabilidade, o professor da Universidade de Yale nos EUA, Charles Morgan III³³, decidiu estudar pessoas antes da exposição a um trauma. O grupo escolhido foi o de soldados de uma escola militar. Foi aplicado um teste psicológico que media sintomas dissociativos. Logo descobriu que os soldados que tinham maior nota no teste de dissociação apresentavam chance maior de não concluir a Escola. Este grupo foi comparado a soldados das Forças Especiais, cujos resultados nos testes apresentaram sintomas dissociativos num grau bem menor. Além disso, os soldados das Forças Especiais relataram ter sofrido mais traumas ao longo da sua vida, como abuso na infância, fato que, supostamente, os teria deixado menos vulneráveis e cognitivamente mais resistentes. Porém, este dado contraria grande parte das teorias – como apresentado anteriormente – assim como os diversos estudos sobre vulnerabilidade, que afirmam que eventos traumáticos já vivenciados deixariam as pessoas mais vulneráveis e não mais protegidas^{33, 44}.

3.4 RESILIÊNCIA

Da mesma forma que pode haver vulnerabilidade para o adoecer, também existem os relatos de resiliência - traço que pode favorecer uma recuperação mais efetiva da experiência vivida⁴⁵.

Uma das principais preocupações do homem contemporâneo está relacionada à promoção da saúde física e mental. Nesse contexto, a resiliência surge como um conceito de relevância⁴⁶. Esta envolve a reorganização do universo psicológico intencionando a elaboração de sua vivência. Emerge em decorrência de condições adversas que obrigam o indivíduo a questionar sua sobrevivência e integridade física ou psíquica, demandando a reestruturação da sua organização existencial, seja esta chamada de identidade, personalidade ou self⁴⁷. A resiliência se traduz num conjunto de processamentos sociais e cognitivos que possibilitaria o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo diante de situações estressoras que poderiam levar ao adoecimento⁴⁶.

A palavra vem do latim e significa elasticidade, poder de recuperação⁴⁸. O termo está sendo usado há muito tempo pela física para se referir à capacidade máxima que um material tem de se deformar temporariamente, sem sofrer deformações permanentes. A partir

da noção concreta do fenômeno descrito pela física, é associada à psicologia como a ideia de plasticidade ou elasticidade emocional e cognitiva⁴⁷. "Resiliência é uma capacidade universal que permite que uma pessoa, grupo ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos nocivos das adversidades"⁴⁹. Na psicologia, não só o termo, mas também o estudo da resiliência é recente; por conta disso, sua definição ainda não seja tão clara e precisa quanto na física⁵⁰.

Os precursores do termo na psicologia são as palavras invencibilidade ou invulnerabilidade que foi introduzida pela primeira vez pelo psiquiatra infantil E. J. Anthony ao referir-se a crianças que haviam passado por intensos momentos de adversidade e estresse psíquico, e mesmo assim, mostraram-se emocionalmente saudáveis⁵⁰.

Variáveis psicológicas e biológicas interligadas promoveriam a capacidade resiliente que agiria como fator protetor para alguns transtornos mentais. O termo resiliência tem sido cada vez mais usado no contexto de traumas como desastres naturais, ações de combate e acidentes no geral⁵¹.

A literatura indica que muitos indivíduos, apesar das repercussões negativas das crises que sofreram, também passaram por transformações positivas, advindas da experiência de luta com a tragédia, que é denominado de Crescimento Pós-traumático¹⁸. Dessa forma, embora no meio externo a nós ocorram modificações incontrolláveis, nosso meio interno seria dotado de elasticidade. Esta elasticidade promoveria a resistência às perturbações do meio ambiente⁵².

E em relação à importância da capacidade de recuperação ou adaptação às novas situações, já é conhecido o que disse Charles Darwin⁵³ em 1859 - no seu livro *Origem das espécies por meio da seleção natural* ou *Preservação de raças favorecidas na luta pela vida* -, de que o mais importante para a evolução não é a força, tampouco a beleza, mas sim a capacidade de adaptar-se. De acordo com Ripley⁴³, a adaptabilidade é preciosa no sentido de proporcionar às pessoas que a têm, três vantagens subjacentes: a crença de que podem influir nos eventos da vida; a tendência a dar sentido mesmo aos aspectos mais confusos vivenciados; e a convicção de que podem aprender tanto com as experiências positivas como com as negativas. Afirma também que um QI mais elevado é igualmente associado à melhor recuperação de um trauma, ou seja, aqueles que são mais adaptáveis às situações, seriam mais inteligentes e autoconfiantes no sentido de serem mais criativos - conseguindo elaborar mais facilmente um significado ao vivenciado.

Segundo Barlach⁴⁷, os estudos sobre a resiliência costumam dividir os indivíduos resilientes em dois grupos: ora como condição psico-orgânica congênita, disposição pré-existente com a qual alguns seriam dotados e outros não; ora como resultante de um processo traumático, ou seja, quando houve uma construção cognitiva e emocional, onde durante essa construção, a vivência traumática adquiriria significado – seria a forma processual causada por situação adversa ou mesmo traumática caracterizada por alto potencial destrutivo ou desintegrador das estruturas e recursos pessoais.

De acordo com Rutter⁵⁴, a resiliência é algo subjetivo e suas bases estão não só na constituição do indivíduo, mas também variariam de acordo com a circunstância vivida. Fatores como desestruturação familiar, condições de pobreza, vivência de algum tipo de violência, experiência de doença na família, perdas, desemprego, habitação inadequada, entre outros, funcionariam como elementos capazes de perturbar a capacidade resiliente⁵⁵.

Oliveira⁵⁶ realizou estudo a fim de entender o porquê de algumas pessoas, mesmo expostas a altos níveis de estresse, não adoecerem. Partindo do pressuposto da resiliência, quis saber que tipos de cognições estariam por trás da capacidade de superação. Assim, identificou as seguintes habilidades no grupo pesquisado:

- Capacidade de manter-se calmo, mesmo diante das adversidades.
- Capacidade de controlar seus impulsos, na medida em que consegue postergar gratificações.
- Capacidade de flexibilizar as interpretações dos fatos.
- Nunca generalizar as vivências negativas.
- Não se colocar na posição de algoz nem de vítima.

Barlach⁴⁷ afirma que para ser capaz de construir uma subjetividade resiliente, deve-se deixar a condição de vítima e tornar-se “dono da situação”. Halligan⁴¹ et al dizem que a incapacidade de se colocar como também responsável pelo ocorrido, ou seja, a posição de “Grande Vítima” que se assume frente a um evento traumático, seria mais uma variável para o desenvolvimento do TEPT . Assim como o contrário: atribuir culpa a si mesmo por ter feito ou por ter deixado de fazer algo⁴⁰.

- Não prender-se a estilos explicativos, questionando-os.

- Senso de realidade atrelado ao costume de não concentrar-se no que foge ao seu controle, procurando preocupar-se apenas com o que é possível de ser modificado.
- Otimismo, embora não desconsidere os aspectos negativos da realidade, tendendo a crer no caráter passageiro das adversidades, por exemplo: “Isso vai passar, no futuro olharei para este passado e tudo já terá sido superado”, ou: “A casa caiu, mas deu para salvar as crianças”.
- Capacidade de empatia - a baixa habilidade empática leva a uma interpretação distorcida do outro.
- Senso de autoeficácia, na medida em que se percebe como capaz de realizações, e mesmo diante do insucesso pensa, por exemplo, que a estratégia utilizada não foi a melhor.
- *Reaching Out*, que seria a disposição para buscar novas experiências, sem medo de arriscar-se.
- Ter fé, na medida em que a crença em um poder superior ajuda a dar confiança e esperança.
- E finalmente, saber o momento de recorrer à ajuda, beneficiando-se do apoio afetivo do outro.

Caminha¹⁹ nos fala sobre a importância que tem o amparo social, que ele define como a situação de sentir-se pertencente a diversos grupos dos arranjos sociais. Por exemplo: pertencer a uma família, uma escola, uma igreja, um grupo de amigos, um clube, saber que tem a quem recorrer quando precisa de apoio afetivo, financeiro, de saúde, ou seja, referências simbólicas e concretas - quanto maior a “plasticidade social”, maior seria a capacidade de reparar as circunstâncias estressantes.

Pereira⁵⁵ ratifica algumas dessas características. A autora divide o que chama de “fatores de proteção” em três: os individuais que implicam em autoestima positiva, autocontrole e autonomia; os familiares, caracterizados pelo respeito mútuo; e os que estão relacionados ao suporte social referente à boa relação com pessoas que passam a assumir papéis importantes de referência segura. A autora ainda reforça que o suporte social e o autoconceito elevado normalmente têm correlação entre si, assinalando desta forma que essas duas variáveis contribuiriam para a proteção subjetiva.

Estilos de enfrentamento diante de situações potencialmente traumáticas há muito vêm sendo estudados. Por exemplo, Laposa e Alden⁵⁷ também descreveram estratégias mentais que protegeriam do TEPT. São elas: organização e contextualização mental do evento

traumático, possibilitando assim a elaboração e registro mnêmico do ocorrido da forma mais condizente com a maneira como tudo aconteceu; redução dos fatores emocionais a partir da prioridade dada à racionalização; minimização dos fatos; estar sempre preparado cognitivamente para o pior; e a busca por suporte social (familiares, amigos).

Pacientes com TEPT tendem à esquiva de qualquer estímulo que possa relembrar o trauma, inclusive usam estratégias cognitivas a fim de afastar pensamentos, imagens e memórias relacionadas; no entanto, a atenção dada à supressão dos pensamentos acaba por levar a um aumento dos sintomas ansiosos²⁶, ou seja, a evitação contribui para o TEPT³⁹

Estratégias cognitivas ajudam na redução da ansiedade e aumento da capacidade de resiliência. Isto ocorreria devido à ausência de vulnerabilidade ou habituação à repetição do trauma: ao desenvolver repetidas vezes estratégias cognitivas a fim de lidar com as cargas emocionais, seria criado um mecanismo de prevenção estruturado utilizado quando diante de uma situação percebida como capaz de vir a ser traumática; sendo a manipulação cognitiva capaz de reduzir lembranças intrusivas⁵⁷.

Bonanno⁵⁸ diz que o crescimento emocional após um trauma pode ser induzido através de intervenções psicológicas¹¹. Em concordância com tal argumento, Steil e Ehlers²⁶ afirmam que estratégias terapêuticas no sentido de ressignificar o ocorrido contribuem para um alívio na sintomatologia; podendo contribuir de maneira efetiva para a evitação de quadros como o de transtorno de estresse pós traumático e depressão³¹. Nesse contexto, a resiliência como uma capacidade também passível de ser aprendida, surgiria como elemento preventivo do TEPT⁵⁶, e também uma forma de tratá-lo quando estimulada ou mesmo aprendida no contexto terapêutico^{59, 60}.

Estudo feito por Norte et al⁵⁹ mostra que a terapia cognitivo comportamental atuando no intuito de promover a mudança de pensamentos disfuncionais que são característicos do TEPT, levou à melhora de seus sintomas, contribuindo para a redução da frequência cardíaca, frequência respiratória, balanço simpático, condutância da pele e cortisol, além da redução na pontuação dos sintomas de TEPT, depressão, ansiedade e afeto negativo e aumento da pontuação de resiliência e apoio social. Assim, a terapia aumentaria os fatores relacionados à resiliência.

O enfoque da terapia cognitivo comportamental é na resposta do organismo a um estímulo que é mediado pela interpretação que lhe é dada. Ou seja, o estímulo ao ser visto

como desafiador provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno do sujeito, criando a necessidade de se adaptar a fim de preservar o bem-estar e a vida. Isto quer dizer que estratégias de enfrentamento, adequadas ou não, serão desenvolvidas pelo indivíduo¹⁵.

Voltando a citar o estudo de Oliveira⁵⁶, as pessoas que se mostraram resilientes teriam desenvolvido tal capacidade através da observação dos comportamentos alheios, da reflexão sobre os próprios erros e a partir das consequências positivas das estratégias referidas. Partindo desse pressuposto, para a autora, o primeiro passo para uma intervenção cognitiva no tratamento psicoterapêutico, seria fazer o paciente ter uma clara interpretação dos eventos estressantes e/ou traumáticos, para em seguida, ensinar-lhe as estratégias resilientes através das técnicas da terapia cognitivo comportamental.

Os processamentos cognitivos da resiliência podem ser desenvolvidos na terapia cognitivo-comportamental na medida em que esta faz com que o sujeito aprenda uma nova forma de enxergar os acontecimentos, a partir do questionamento dos pensamentos e da resignificação dada às suas vivências^{60, 61}.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a ocorrência de transtornos mentais em vítimas de ataque de tubarão.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Descrever as características sociobiodemográficas desta população.

4.2.2 Verificar a qualidade de vida atual dessa população.

4.2.3 Avaliar a relação entre a presença de seqüelas físicas e sintomas psicopatológicos.

4.2.4 Identificar possíveis fatores promotores de resiliência.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo tipo série de casos onde foi utilizada metodologia qualitativa e quantitativa. De acordo com Bosi⁶², alguns estudos requerem a combinação de métodos qualitativos e quantitativos, uma vez que se referem à experiência e à subjetividade. Tal argumento é ratificado por Flick⁶³ que afirma que a ligação entre esses dois métodos enriquece a análise de dados.

Os dados obtidos na abordagem quantitativa receberam tratamento estatístico descritivo. Na abordagem qualitativa recorreu-se à metodologia descritiva e exploratória tendo como base a entrevista semi-dirigida. Para análise dos resultados foi utilizado o método de Análise do Conteúdo de Bardin⁶⁴.

5.2 AMOSTRA

Foi composta por oito sobreviventes do sexo masculino, que sofreram ataque de tubarão no Estado de Pernambuco durante o período de junho de 1992 a junho de 2011.

O tamanho da amostra foi constituído pelas vítimas de ataque de tubarão que se encontram no estado de Pernambuco e constam da lista oficial de vítimas do Governo do Estado.

Foram registrados 54 ataques com 20 mortes. Dos sobreviventes, três morreram depois por outras causas não relacionadas ao ataque; cinco não se encontram mais neste Estado; um se recusou a participar do estudo; e dezessete, após intensas buscas e pesquisas, não foram encontrados.

5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Aqueles que sobreviveram, mas não se encontram no Estado; e aqueles que se recusassem a participar do estudo.

5.4 FORMA DE RECRUTAMENTO

Os sujeitos foram informados sobre a presente pesquisa através de contato telefônico; em seguida foi marcado encontro em local determinado.

5.5 INSTRUMENTOS

- Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-IV), desenvolvida por First et al⁶⁵ e traduzida para o português por Tavares⁶⁶.
- Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (*Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, Self-Report*) Version (PDEQ-SRV) desenvolvido por Marmar et al⁶⁷ e traduzido por Fiszman⁶⁸ - questionário auto-aplicativo para rastrear experiências dissociativas que ocorrem no momento da exposição ao evento traumático.
- Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild & Young⁶⁹ que é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo *likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. Traduzido por Pesce⁷⁰.
- Questionário de Saúde Geral (QSG), elaborado para avaliar a saúde mental das pessoas, identificando distúrbios mentais, não graves, desviantes da população. O QSG é a tradução de uma das versões do questionário conhecido por *General*

Health Questionnaire desenvolvido por Goldberg e Hillier⁷¹ em 1979, e traduzido por Gouveia et al⁷².

- Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL - Bref). A análise de qualidade de vida é uma importante medida na avaliação de resultados de tratamento em medicina⁷³.
- Ficha de pesquisa exclusivamente confeccionada contemplando dados sociodemográficos e profissionais.
- Entrevista semi-estruturada desenvolvida para coleta de dados específicos sobre o ataque de tubarão.
- A Escala de Depressão de Hamilton de 21 itens (HAM-D-21), que avalia a presença e intensidade de sintomas depressivos⁷⁴.
- A Escala de Ansiedade de *Hamilton* (HAM-A), que avalia intensidade de sintomas ansiosos⁷⁵.
- As escalas de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) e de Incapacidade de Sheehan, que consideram o funcionamento global e o prejuízo funcional do paciente⁷⁶.
- O Questionário de História de Trauma, que diz respeito a eventos graves ou traumáticos durante a vida⁷⁷.
- *PTSD Checklist-Civilian Version* (PCL-C). Avaliação das possíveis consequências de eventos traumáticos⁷⁸.

5.6 MÉTODO DE COLETA DOS DADOS (Procedimentos)

Antes de dar início à coleta de dados foi explicitado a cada participante os objetivos do estudo e lhes foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Primeiramente foram aplicadas as escalas de avaliação, seguidas dos questionários de auto-aplicação e da entrevista estruturada para diagnóstico. Todos os instrumentos foram aplicados de forma individual e em local privado. Todas as entrevistas foram gravadas para posterior análise qualitativa. Todos os participantes tinham mais de 18 anos e nenhum era analfabeto.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo: Mental Disorders in Shark Attack Victims

Patricia Sales A, Câmara Filho JWS, Sougey EB.

Resumo

Objetivo: Investigar consequências psicopatológicas em vítimas de ataque de tubarão.

Método: Estudo tipo série de casos com análise qualitativa e quantitativa. A amostra consiste de oito sobreviventes de ataque de tubarão no Estado de Pernambuco entre os anos de Junho de 1992 e Junho de 2011. Os seguintes instrumentos foram utilizados: Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas, Escala de Resiliência, Questionário de Qualidade de Vida, Escalas de Depressão e Ansiedade de Hamilton, Escala de Avaliação Global do Funcionamento, Questionário de Saúde Geral, Questionário de História do Trauma, SCID IV e entrevista semi-estruturada.

Resultados: Os resultados mostraram que metade dos sujeitos desenvolveu transtorno de estresse pós-traumático, 25% transtorno de estresse agudo e 62.5% depressão. Quatro vítimas permanecem doentes.

Conclusão: Ataques de tubarão podem levar ao adoecimento psíquico. A maior parte das vítimas deste estudo desenvolveu algum tipo de doença mental, mostrando assim a importância de dar aos sobreviventes os devidos cuidados psicológicos e psiquiátricos após o trauma.

Palavras-chave: ataque de tubarão, doença mental, resiliência

INTRODUÇÃO

Pernambuco é um estado do Nordeste do Brasil. A origem do nome Pernambuco é indígena, e significa “mar furado”¹. O mar é um dos cartões postais de sua capital, Recife, cidade que atrai turistas durante todo o ano². Porém, nem tudo se traduz em beleza no seu litoral. Qualquer pessoa que caminhar pelo extenso calçadão da praia de Boa Viagem – a praia urbana mais conhecida da capital - irá se deparar, em diversos pontos da sua extensão com placas com a seguinte inscrição: “Perigo. Área sujeita a ataque de tubarão”.

Registros do Governo do Estado apontam que até 2011 aconteceram em Pernambuco 54 ataques, com 20 vítimas fatais. O primeiro ataque teria ocorrido no ano de 1992³. Ocorrem no mundo cerca de 70 a 100 ataques por ano, desses, três são no Brasil⁴.

O estado da Flórida, nos Estados Unidos, detém o maior número de incidentes com tubarões do planeta. No entanto, se a extensão da área envolvida for analisada - Pernambuco tem aproximadamente 187 km de litoral, enquanto a Flórida possui 1.750 km -, observamos que Pernambuco é de fato uma região com problemas relacionados aos tubarões; tanto que a cidade do Recife possui o maior índice de mortes por ataques de tubarão do planeta⁵.

Ser atacado por tubarão é uma situação potencialmente traumática. No Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais⁶ (DSM IV), o trauma é visto como uma ameaça à integridade física própria ou dos outros. A imprevisibilidade e a incontrollabilidade são dois conceitos que melhor ajudam a conceituar um evento traumático⁷. Somado a isso, situações traumáticas quando também acarretam lesão física, favorecem o desenvolvimento de transtornos mentais⁸.

O trauma psíquico surge questionando todo um sistema de valores construído pelo sujeito; valores que lhe asseguravam proteção ao propiciar senso de controle, identidade e davam significados à própria vida. O papel que o trauma desempenhará na vida de cada um vai depender da interação que haverá com fatores ou predisposições biológicas, sociais, familiares e psicológicas^{7, 9, 10}.

O pânico, o terror, o susto são reações extremas de medo que podem advir de uma situação concreta ou apenas da lembrança de algo que já ocorrera¹¹. O medo é uma experiência subjetiva que quando se prolonga, pode tornar-se crônico¹². Dessa maneira, fatos experimentados já há algum tempo, podem continuar a agir de forma intensa, não sendo as

lembranças referentes ao ocorrido sujeitas ao processo natural de desgaste ao qual tendem a sucumbir nossas recordações¹³.

Em meados do século XIX surgiram registros histórico-científicos que apontam para a descrição da síndrome conhecida hoje como Transtornos de Estresse pós-traumático (TEPT)¹⁴. Foi introduzido como categoria diagnóstica pela primeira vez na década de 80, no DSM III¹⁵. Eventos traumáticos podem levar ao desenvolvimento do TEPT¹⁶.

Objetivos do Estudo:

O objetivo deste estudo foi identificar as repercussões psicopatológicas e clínicas nas vítimas de ataque de tubarão, assim como analisar a capacidade de resiliência desses sujeitos. Não é de nosso conhecimento que exista outro estudo acerca dessas questões.

Material e Métodos:

Nosso estudo foi composto por oito sobreviventes do sexo masculino, que sofreram ataque de tubarão no Estado de Pernambuco durante o período de junho de 1992 a junho de 2011. Ocorreram 54 ataques, com 20 vítimas fatais.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: aqueles que sobreviveram, mas não se encontram no Estado; e aqueles que se recusaram a participar do estudo. Os sujeitos foram informados sobre a presente pesquisa através de contato telefônico; em seguida foi marcado encontro em local determinado.

Estudo tipo série de casos onde foi utilizada metodologia qualitativa e quantitativa. Os dados obtidos na abordagem quantitativa receberam tratamento estatístico descritivo. Na abordagem qualitativa recorreu-se à metodologia descritiva e exploratória tendo como base entrevista semi dirigida. Para análise dos resultados foi utilizado o método de Análise do Conteúdo de Bardin¹⁷.

Antes de dar início à coleta de dados foi explicitado a cada participante os objetivos do estudo e lhes foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Primeiramente foram aplicadas as escalas de avaliação, seguidas dos questionários de auto-aplicação e da entrevista estruturada para diagnóstico.

Todos os instrumentos foram aplicados de forma individual e em local privado. Todas as entrevistas foram gravadas para posterior análise qualitativa. Todos os participantes tinham mais de 18 anos.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV), Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, The Resilience Scale of Wagnild & Young, World Health Organization Quality of Life, Hamilton Scale of Depression, Hamilton Scale of Anxiety, Global Assessment of Functioning, General Health Questionnaire, Trauma History Questionnaire, and a semi-structured interview designed to collect specific data about the shark attack.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um aspecto importante a ser citado neste estudo, refere-se ao número de casos que o compuseram. Amostra pequena diante de nossas perspectivas iniciais.

A justificativa para este fato se deu por três razões:

1. Três sobreviventes morreram depois por outras razões não relacionadas ao ataque
2. Cinco não se encontram mais neste Estado
3. Um se recusou a participar
4. Dezesete após intensas buscas e pesquisas, não foram encontrados

O fato de grande parte dos ataques terem ocorrido há muitos anos, dificultou o processo. Antes de dar início ao estudo, tínhamos endereço e telefone de mais da metade das vítimas, porém, esses dados que foram adquiridos na época em que os sujeitos foram atacados, estavam desatualizados.

A única vítima que se recusou a participar do estudo, foi a única mulher atacada até então. Em contato por telefone, explicou que sua família na época do ataque enviou liminar judicial - que permanece vigente ainda hoje - a todos os hospitais e veículos de

comunicação proibindo que seu nome seja citado em qualquer reportagem sobre os ataques de tubarão. Proibição esta que fora estendida por ela mesma a este estudo. Inferimos que a recusa de falar sobre o ocorrido tanto na época, quanto atualmente (tendo se passado tantos anos) é um indicativo de que a situação fora traumática e de difícil elaboração pela vítima. Em respeito, não daremos detalhes sobre o acidente, tampouco especularemos mais sobre as possíveis repercussões psicopatológicas implícitas na sua permanente recusa em tratar dessa vivência.

A identificação dos transtornos mentais atuais e aqueles desenvolvidos na época do ataque, não foi de feitura fácil, embora os sujeitos entrevistados tenham se mostrado solícitos, e no geral apresentaram pequena dificuldade em entender os instrumentos.

Para um melhor entendimento de cada caso, referir-me-ei aos 8 entrevistados como S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 e S8. Esses sujeitos estão divididos em dois grupos: S1, S2, S3 e S8 fazem parte do grupo que não desenvolveram TEPT na época do ataque, e hoje estão saudáveis, serão chamados de TEPT-. Enquanto que S4, S5, S6 e S7 que tiveram TEPT na época e hoje permanecem doentes com Depressão, serão tratados como TEPT+.

Exposto pois o contexto em que se deu esta série de casos, consideramos que os dados adquiridos são uma amostra representativa, porém - devido ao pequeno número de sujeitos - não são determinantes, podendo vir a servir como base de comparação para futuros estudos.

Aspectos sociobiodemográficos

Tabela 1 – Faixa etária

IDADE HOJE	SUJEITOS	%	IDADE NA ÉPOCA DO ATAQUE	SUJEITOS	%
20-29	2	25	Abaixo de 18 anos	4	50
30-39	5	62,5	19-29	3	37,5
40-49	-	-	30-39	-	-
50-59	1	12,5	40-49	1	12,5
Total	8	100	Total	8	100

A maioria dos sujeitos quando sofreu o ataque tinham menos de 18 anos, fase da vida onde é natural que se assuma mais riscos, na medida em que há menor capacidade de julgamento, além de maior dificuldade em frear impulsos¹⁸.

Tabela 2 - Características sócio-ecômico-culturais

Variáveis	No. de Pacientes	Percentual
Estado civil		
Solteiro	6	75
Casado /União estável	1	12,5
Separado /Divorciado	1	12,5
Viúvo	-	-
Nível de escolaridade		
Analfabeto	-	-
Ensino fundamental incompleto	1	12,5

Ensino fundamental completo	1	12,5
Ensino médio incompleto	-	-
Ensino médio completo	3	37,5
Ensino superior incompleto	1	12,5
Ensino superior completo	1	12,5
Pós graduação	1	12,5
Situação ocupacional		
Ativo	6	75
Inativo	2	25
Renda (Salários Mínimos – SM)		
Até 1 SM	1	12,5
De 1 a 5 SM	4	50
De 5 a 10 SM	-	-
De 10 a 20 SM	2	50
Acima de 20 SM	1	12,5

Grande parte das vítimas está solteira. Mais de 30% concluiu o ensino médio, mas interrompeu os estudos, não chegando a fazer curso superior. Este dado pode estar relacionado à renda familiar. Estudos mostram que pessoas cujas famílias têm renda familiar baixa têm menos chances de entrar na universidade, por conta da necessidade de iniciar mais cedo no mercado de trabalho¹⁹. Dos sujeitos, 50% têm renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos – um salário mínimo corresponde ao valor de R\$ 622,73²⁰. A renda salarial média do brasileiro equivale a R\$ 1.202,00²¹, o equivalente hoje a US\$ 681,81. De acordo com Rutter²² a baixa renda implica numa maior exposição traumática por conta da baixa educação e moradia muitas vezes em áreas de maior criminalidade.

Consciência do perigo

Tabela 3 – Total das vítimas no Estado, sobreviventes e sobreviventes entrevistados.

ANO	PESSOAS QUE SOFERAM ATAQUE DE TUBARÃO EM PE	%	SOBREVIVENTES NO ESTADO	%	SOBREVIVENTES ENTREVISTADOS	%
1992-1994	16	29,6	10	29,4	2	25
1995-1997	9	17	6	17,6	-	-
1998-2000	6	11,1	4	11,8	2	25
2001-2003	8	14,8	4	11,8	3	37,5
2004-2006	11	20,4	6	17,6	1	12,5
2007-2009	3	5,5	3	9	-	-
2010-2011	1	1,8	1	3	-	-
TOTAL	54	100	34	100	8	100

Quase 30% dos ataques ocorreram entre os anos de 1992 e 1994, quando ainda não havia nenhuma medida governamental em relação aos ataques de tubarão no Estado.

Tabela 4 – Vítimas: surfistas e banhistas

ANO	TOTAL DE ATAQUES	%	SURFISTAS	%	BANHISTAS	%
1992-1994	16	29,6	12	40	4	16,7
1995-1997	9	17	7	23	2	8,3
1998-2000	6	11,1	4	13	2	8,3
2001-2003	8	14,8	3	10	5	20,9
2004-2006	11	20,4	2	6	9	37,5
2007-2009	3	5,5	1	3	2	8,3
2010-2011	1	1,8	1	3	-	-
TOTAL	54	100	30	100	24	100

Os surfistas que foram atacados entre os anos de 1992 e 1994 alegam, com razão, que na época não havia qualquer proibição, portanto, estavam totalmente inocentes quanto ao perigo que corriam: “Na época não havia proibição, era tratado como fatalidade”, afirma S2.

Nessa época ocorreram quase 30% dos ataques. Ainda não havia nenhuma medida governamental em relação aos ataques de tubarão no Estado. Uma campanha mais efetiva, assim como a proibição da prática do surfe, só foi feita a partir do ano de 1995²³. Em janeiro, fundamentado num decreto, o governo proibiu a prática do surfe nas áreas consideradas de risco – nesta época, os surfistas representavam a maioria das vítimas²⁴. Mesmo assim, entre os anos de 1995 e 1997, sete surfistas foram atacados. Ou seja, a ideia da proibição não foi imediatamente introjetada, apesar dos 16 ataques a banhistas e surfistas que já havia ocorrido. Apenas a partir do ano de 1998, com a constatação de que os ataques continuavam e com a já estabelecida intervenção governamental, que o número de surfistas atacados diminuiu consideravelmente.

Em maio de 1999, outro decreto seguindo as mesmas normas foi imposto para reforçar a proibição anterior²⁵. Com a ausência de surfistas, os banhistas passaram a ser as vítimas mais frequentes, estes foram orientados a seguir as medidas estabelecidas pelo Comitê

Estadual de Monitoramento de Incidentes com Tubarões (CEMIT)²⁶ para um banho de mar com menor risco de incidente. Foram instruídos a evitar o banho de mar em áreas de mar aberto (sem a proteção dos recifes), nas marés altas, ao amanhecer e ao cair da tarde (quando os tubarões estão mais ativos), na boca dos rios, em águas que ultrapassam a linha da cintura (água na altura do umbigo já é sinal de perigo), em períodos chuvosos, se estiver sozinho (normalmente os ataques acontecem a pessoas solitárias, não a grupos), se estiver com algum tipo de sangramento, com jóias ou objetos brilhantes²⁶. No entanto, esta ideia parece também ter demorado até ser aceita, já que entre os anos de 2001 e 2009, os banhistas e não os surfistas foram as maiores vítimas.

Aqueles que foram atacados após a proibição, como S3 e S5, respectivamente disseram: “Havia placas. Era proibido, mas a gente nunca acha que acontece com a gente”, “Era proibido, mas todo mundo surfava. Não achava que aconteceria comigo”. Já o único banhista atacado, S6, revela: “Não havia placas no local que é uma favela. Como até hoje não tem”.

Aqueles que não acataram a proibição, S3, S4, S5, S7 e S8 apesar do alerta quanto ao perigo que corriam, acreditavam que nada lhes aconteceria, optando assim pela transgressão.

Terapia

Tabela 5 – Cuidados recebidos após o ataque

CUIDADOS RECEBIDOS	SIM	%
INTERNAÇÃO	8	100
ATENDIMENTO PSICOLÓGICO	4	50
FISIOTERAPIA	5	62,5

Apesar de todos terem sido internados, apenas quatro receberam atendimento psicológico. É sabido que após uma vivência traumática, o acolhimento terapêutico faz-se de fundamental importância, no intuito de possibilitar uma melhor elaboração do que fora vivido^{27, 28, 29}. Deste grupo, só metade teve tratamento psíquico contínuo: de 1 a 4 anos. A importância de tal intervenção fica clara quando percebemos que aqueles (TEPT-) que foram submetidos a um maior tempo de sessões de psicoterapia, hoje não apresentam transtornos mentais, diferentemente daqueles (TEPT+) que parecem ter se submetido apenas a uma psicoterapia de apoio, a julgar pelo curto tempo que passaram em tratamento: 1 a 4 semanas.

Bonanno³⁰ diz que o crescimento emocional após um trauma pode ser induzido através de intervenções psicológicas. Em concordância com tal argumento, Steil e Ehlers¹¹ afirmam que estratégias terapêuticas no sentido de ressignificar o ocorrido contribuem para um alívio na sintomatologia; podendo contribuir de maneira efetiva para a evitação de quadros como o de transtorno de estresse pós traumático e depressão³¹. Nesse contexto, a resiliência como uma capacidade também passível de ser aprendida, surgiria como elemento preventivo do TEPT³², e também uma forma de tratá-lo quando estimulada ou mesmo aprendida no contexto terapêutico^{27, 28, 32}.

Estudo feito por Norte et al²⁷ mostra que a terapia cognitivo comportamental atuando no intuito de promover a mudança de pensamentos disfuncionais que são característicos do TEPT, levou à melhora de seus sintomas, contribuindo para a redução da frequência cardíaca, frequência respiratória, balanço simpático, condutância da pele e cortisol, além da redução na pontuação dos sintomas de TEPT, depressão, ansiedade e afeto negativo e aumento da pontuação de resiliência e apoio social. Assim, a terapia aumentaria os fatores relacionados à resiliência.

O enfoque da terapia cognitivo comportamental é na resposta do organismo a um estímulo que é mediado pela interpretação que lhe é dada. Ou seja, o estímulo ao ser visto como desafiador provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno do sujeito, criando a necessidade de se adaptar a fim de preservar o bem-estar e a vida. Isto quer dizer que estratégias de enfrentamento, adequadas ou não, serão desenvolvidas pelo indivíduo²⁹.

Adoecimento Mental

Tabela 6 – Repercussões psicopatológicas do ataque (hoje)

TRANSTORNOS MENTAIS	SUJEITOS	%
SEM DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	4	50
DEPRESSÃO	4	50

Os sujeitos TEPT+ apresentam hoje depressão. Na época do ataque todos tiveram TEPT.

Tabela 7 – Repercussões psicopatológicas do ataque (época do ataque)

TRANSTORNOS MENTAIS	SUJEITOS	%
TRANSTORNOS DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO	4	50
TRANSTORNO DE ESTRESSE AGUDO	2	25
PÂNICO	1	12,5
AGORAFOBIA	1	12,5
DEPRESSÃO	5	62,5

Dos sujeitos TEPT-, S1 e S2 tiveram TEA. Estudos mostram que uma situação traumática pode levar ao adoecimento psíquico^{31, 11}. Aqui vemos que isso se confirma na medida em que metade dos sujeitos desenvolveu TEPT, enquanto que 2 tiveram Transtorno de Estresse Agudo (TEA). Porém, o transtorno mais comum entre as vítimas foi a Depressão, transtorno que acometeu 5 indivíduos. Nos sujeitos TEPT+, a Avaliação Geral do Funcionamento (AGF) foi bem menor, se comparada aos sujeitos que hoje estão saudáveis; da mesma forma o WHOQL que analisou a qualidade de vida mostrou que aqueles que ainda não se recuperaram do trauma, apresentam qualidade de vida inferior a dos demais.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT está o abuso físico/emocional³¹. Na tabela de “Questionário de História do Trauma” percebemos que três

dos quatro sujeitos que desenvolveram TEPT haviam sofrido abuso antes do ataque de tubarão.

Dissociação

Aqui temos os relatos de S2, S4 e S5 ilustrando a vivência.

S2 diz: “É uma situação que ninguém espera acontecer. Vi a cabeça do tubarão... mordida meu pé. Fiquei parado, olhando, até ele soltar. Ele ainda bateu duas vezes embaixo da prancha após decepar meu pé”. S2 não teve TEPT, mas teve TEA. O TEA – que ocorre no mês inicial após a exposição ao evento traumático – seria na verdade um dos elementos preditores do TEPT. Para se caracterizar o TEA, o paciente deve apresentar ao menos três sintomas dissociativos durante a ocorrência traumática ou logo após: consciência reduzida, amnésia dissociativa, desrealização, despersonalização e entorpecimento³¹.

S4 revela: “Quando me afoguei, me vi numa nuvem onde aparecia só metade do meu corpo. Eu olhava pra baixo e tinha muita gente chorando porque eu tinha morrido. Aí eu me perguntava por que aquelas pessoas estavam chorando. Depois acordei e estava sendo socorrido”. Aqui houve TEPT, assim como com S5: “Parecia um filme: Spielberg está aqui manipulando o sistema cosmológico... Manipulador de consciência”.

A dissociação contribui para o desenvolvimento e manutenção do TEPT³³. A ênfase dada aos sintomas dissociativos se dá justamente ao fato de que reações que minimizam a memória traumática dificultam o processamento e a consequente elaboração do evento, levando a uma maior demora na recuperação³¹.

Em relação ao resultado das escalas que pesquisaram a dissociação peri e pós-traumática, percebemos que nos sujeitos TEPT+, S4, S5 e S6, a pontuação foi mais alta do que nos TEPT-, S1, S3 e S8. As exceções são os sujeitos S2 e S7. O então saudável S2 obteve pontuações altas em ambas escalas de dissociação, enquanto que S7 teve uma baixa pontuação. Inferimos que a dissociação por si só não seja um fator preditor de adoecimento mental após um trauma; também supomos que o fato de S7 ter tido uma lesão física muito mais grave do que S2, tenha contribuído para seu atual estado, enquanto que S2 apesar da maior dissociação à época do ocorrido, por ter tido uma lesão física leve, conseguiu preservar-se⁸.

Amputação

Tabela 8 – Amputação e repercussões psicopatológicas

AMPUTAÇÃO	SUJEITOS	%	ADOCERAM NA ÉPOCA DO ATAQUE	%	PERMANECEM DOENTES	%
SIM	4	50	4	100	3	75
NÃO	4	50	3	75	1	25

Neste estudo, a maioria das vítimas foi atacada nas pernas enquanto estava sentada na prancha. Aqueles que perderam membros superiores fizeram-no após luta com o tubarão quando foram derrubados da prancha.

Sete sujeitos adoeceram na época do ataque, independente de terem sofrido amputação. No entanto, três dos que sofreram amputação permanecem doentes hoje, diferentemente dos que não sofreram amputação - apenas 1 continua doente.

Relatos:

S4: “Você não é mais a mesma pessoa que era antes porque agora você tem limitações... Você tem que se acostumar com a situação desde o início, igual a um neném”; S5: “Eu mesmo tentei rasgar meu braço, porque ele ficava me puxando pra baixo, pra me afogar... Eu era bem brincalhão. Fiquei um pouco mais sério... O que eu mais gostava foi arrancado de mim”; S7: “Até hoje bate uma tristeza profunda pela forma como eu estou: mutilado”.

Supõe-se que uma maior lesão física pode funcionar como fator determinante na dificuldade de recuperação de um evento traumático, na medida em que a memória traumática é constantemente lembrada por conta da lesão sofrida. Além disso, o sujeito, consciente de sua aparência, passa a ter que lidar com o impacto que esta passa a provocar nos outros⁸.

Vale ressaltar um dado importante: o único que não sofreu amputação mas que permanece doente hoje, foi o único banhista atacado - todos os demais eram surfistas. A imprevisibilidade e a incontrollabilidade costumam fazer parte de uma situação traumática⁷. No caso dos surfistas, o quesito imprevisibilidade é questionável na medida em que eles sabiam da possibilidade de, ao adentrar no mar, deparar-se com os mais diversos animais,

como tartarugas e golfinhos, por exemplo, que já haviam sido visto antes por alguns deles. Já no caso do banhista - especialmente neste caso em que se encontrava com a água na cintura, ou seja, não estava distante da praia -, percebemos que a incontrollabilidade, e também a imprevisibilidade estavam presentes, fator que pode ter sido de grande influência no adoecimento que ainda permanece.

Sensação de dor

Em relação à sensação de dor, as respostas variaram. Os sujeitos S1, S2, S3, S5 e S8 disseram não ter sentido dor alguma. S4, S6 e S7, afirmaram o oposto. S6 diz: “Foi muito doloroso porque ele não mordeu e largou logo, ele ficou mordendo”, S7 afirma: “Sentia dor. Minha perna ficou dilacerada. Não é a dor da carne sendo arrancada, é um choque. Parecia que eu tinha colocado o dedo na tomada”.

Estudos com pós traumatizados relacionam a ausência ou a pequena sensação de dor à uma alta dissociação peritraumática³⁴. Dos sujeitos que alegam não ter sentido dor, S5 foi o único que teve uma elevada dissociação peritraumática. Dos que afirmam ter sentido dor durante o ataque, apenas S7 teve uma baixa pontuação na mesma escala de dissociação. Assim, no nosso estudo, não foi identificada relação significativa entre a sensação de dor, ou ausência dela, e a maior ou menor dissociação peritraumática.

Pensamento de Morte

Dos sujeitos TEPT+, com exceção de S6, todos afirmam que no momento do ataque pensaram que poderiam morrer. S7 diz: “Pensei que não fosse chegar nem na beira da praia. Entrei em desespero. Falei com meus amigos já me despedindo”. Enquanto que os TEPT- afirmam não ter pensado nesta possibilidade na hora. S1 explica: “Na hora não pensei em nada. Só em me livrar” e S8 descreve: “Não. Depois que me mordeu, eu caí da prancha... Comecei a nadar saindo do mar... Foi onde eu pensei em levar outra mordida... Foi a parte mais crítica... Fiquei com muito medo de levar outra mordida”. Percebemos que S4, S5 e S7 adotaram avaliações catastróficas - pensaram que morreriam. Estudos relatam que a catastrofização acerca do ferimento e o futuro são preditores do TEPT - pensamentos negativos relacionados ao trauma quando envoltos em sensação de incapacidade, descrença

em relação aos outros e a si mesmo predispõem o indivíduo ao desenvolvimento da doença^{16, 35, 36}.

Memória

Os TEPT- afirmam lembrar de todos os momentos. S3 diz: “Lembro de todos os momentos como se fosse ontem”. Não é o caso dos TEPT+. Uma das teorias que fundamenta a maioria dos modelos cognitivos de TEPT é a de que a emoção extrema que é sentida durante o trauma levaria a uma desorganizada representação mnêmica do fato³⁵; além disso, estudos comprovam que pessoas com TEPT costumam distorcer a memória traumática potencializando desta forma o caráter catastrófico do ocorrido³⁷. O esmaecimento de uma lembrança depende de alguns fatores. Um deles é o tipo de reação que se teve. Entende-se por “reação” toda a classe de reflexos voluntários e involuntários, onde os afetos serão descarregados. Porém, quando a reação é reprimida, o afeto tende a ficar vinculado à lembrança¹³. De acordo com as teorias cognitivas, as memórias intrusivas referentes a um trauma têm sua origem na forma como a informação é processada durante o evento³⁸.

Tempo de Retorno ao Mar

Metade da população deste estudo voltou ao mar num período de 2 a 6 meses após o ocorrido. Enquanto que a outra metade só o fez no espaço entre 2 e 6 anos. Constatamos que este fato se relaciona à maneira como o trauma foi processado por cada um. S1 e S2 tiveram TEA, e voltaram ao mar após 6 meses e 2 anos respectivamente. S3 e S8 retornaram ao mar 2 e 5 meses respectivamente. Já entre aqueles que tiveram TEPT, S4 e S7 voltaram 2 anos depois, S5 e S6 respectivamente 6 meses e 6 anos depois. S6, único banhista, diz: “Nunca mais voltei a tomar banho aqui, só em Natal. Lá não tem nenhum caso de ataque de tubarão”.

Percebemos que o tempo de retorno ao mar foi bem variado, independente de um maior ou menor adoecimento psíquico. O caminho seguido pelo pensamento no sentido de caracterizar o evento traumático, tem a ver com a percepção do indivíduo – no momento do evento e depois - e não apenas com a magnitude do ocorrido⁷. Além disso, o papel que o trauma desempenhará na vida de cada um vai depender da interação que haverá com fatores ou predisposições biológicas, sociais, familiares e psicológicas⁷.

Mudança na Forma de Ver os Tubarões

Interessante constatar que todos os entrevistados deram as mesmas respostas.

S1: “Penso que nós que invadimos o habitat dele”, S2: “Nunca tive nada contra. Continuo não tendo. Tenho uma tatuagem de um tubarão com a data do ataque”, S3: “Eu já sabia que eles são ferozes... Na água com eles, ninguém pode”, S5: “Não acho que eles têm culpa. Sei que foi por causa do Porto de Suape”, S6: “Me familiarizo muito com os tubarões... Nunca tive mágoa do tubarão, pelo contrário, até defendia ele e ainda defendo”, e S8: “Antes de ser atacado mesmo, eu sempre gostei de tubarão. Acho ele um predador fora de série... Não posso culpar o tubarão pelo que aconteceu comigo”. S4 e S7 quando indagados se algo mudara na forma de ver os tubarões, disseram apenas “não”. Inferimos, a partir das respostas que nos foi dada, que a consciência de ter invadido o habitat pertencente àquele animal, minimizaria a sensação de ser vítima de uma injustiça, sensação comumente sentida quando pessoas vivenciam outros tipos de violências provocadas por terceiros⁷.

Halligan³⁷ et al dizem que a incapacidade de se colocar como também responsável pelo ocorrido, ou seja, a posição de “Grande Vítima” que se assume frente a um evento traumático, seria mais uma variável para o desenvolvimento do TEPT. Assim como o contrário: atribuir culpa a si mesmo por ter feito ou por ter deixado de fazer algo³⁹.

Desamparo Social *versus* Amparo Social

Ataques de tubarão sempre chamam muito a atenção da mídia. Muitos foram entrevistados durante a internação enquanto ainda procuravam se recuperar fisicamente e psicologicamente. S3 diz: “Dois a três dias de ‘enxame’ no meu quarto... Mídia só quer fazer sensacionalismo”, S4 fala da sensação de ver sua tragédia sendo usada: “Em vários momentos me senti usado pela mídia e por pessoas que me usaram para se promover” e S8 afirma: “Eu mudei de bairro. Eu não podia andar na rua. Logo se aglomeravam várias pessoas: ‘perna de tubarão!’”. Foi difícil”.

Além de terem que lidar com a fama advinda de uma tragédia vivenciada, alguns tiveram que lidar com o que nomeamos de desamparo social. Os relatos de S6 e S7 ilustram bem o que isso quer dizer: “Não fiquei traumatizado com o ataque. Fiquei com as precárias condições de atendimento após o ataque”; “Perdi amizades. As pessoas vão se afastando

achando que você é incapaz de fazer algumas coisas. Não te convidam mais... Não tive apoio nenhum do Governo. Meu acidente desestruturou minha família”. S6 e S7 permanecem doentes.

Relatos como esses mostram que pessoas que sofrem ataque de tubarão precisam ser acolhidas e tratadas sob uma perspectiva interdisciplinar. Pois fica evidente que além do ataque e, em muitos casos, a amputação total ou parcial de um membro, o desamparo social funciona como fator preditor para o adoecimento. E seria esse desamparo, o contraponto do amparo social.

Observemos os relatos dos TEPT-, S1 e S2 respectivamente: “Tive muita ajuda de familiares e de amigos. A recuperação foi muito dolorosa”; “Tive um apoio muito grande do pessoal do colégio... Minha família é muito boa. Meus amigos também”.

Caminha⁴⁰ nos fala sobre a importância que tem o amparo social, que ele define como a situação de sentir-se pertencente a diversos grupos dos arranjos sociais. Por exemplo: pertencer a uma família, uma escola, uma igreja, um grupo de amigos, um clube, saber que tem a quem recorrer quando precisa de apoio afetivo, financeiro, de saúde, ou seja, referências simbólicas e concretas - quanto maior a “plasticidade social”, maior seria a capacidade de reparar as circunstâncias estressantes.

Pereira⁴¹ ratifica algumas dessas características. A autora divide o que chama de “fatores de proteção” em três: os individuais que implicam em autoestima positiva, autocontrole e autonomia; os familiares, caracterizados pelo respeito mútuo; e os que estão relacionados ao suporte social referente à boa relação com pessoas que passam a assumir papéis importantes de referência segura. A autora ainda reforça que o suporte social e o autoconceito elevado normalmente têm correlação entre si, assinalando desta forma que essas duas variáveis contribuiriam para a proteção subjetiva.

Resiliência

A resiliência se traduz num conjunto de processamentos sociais e cognitivos que possibilitaria o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo diante de situações estressoras que poderiam levar ao adoecimento⁴².

Os sujeitos TEPT-, têm a maior pontuação na Escala de Resiliência. A questão é: até que ponto esta capacidade nesses indivíduos já havia à época do trauma, ou fora desenvolvida a posteriori, como em um crescimento pós-traumático? Não há como saber, já que não é de nosso conhecimento que exista uma escala capaz de verificar retroativamente o traço resiliente. Mas independente do momento em que surgiu, é fato que as pessoas mais resilientes adoecem menos ou, pelo menos, recuperam-se mais rápido. O PCLC confirma isto: os mais resilientes experimentaram menos consequências pós-traumáticas.

Analisemos o relato de S1: “Acho que tudo é a permissão de Deus. Foi um livramento”. Oliveira³² realizou estudo a fim de entender o porquê de algumas pessoas, mesmo expostas a altos níveis de estresse, não adoecerem. Partindo do pressuposto da resiliência, quis saber que tipos de cognições estariam por trás da capacidade de superação. Assim, identificou as seguintes habilidades no grupo pesquisado: capacidade de manter-se calmo, mesmo diante das adversidades; capacidade de controlar seus impulsos, na medida em que consegue postergar gratificações; capacidade de flexibilizar as interpretações dos fatos; nunca generalizar as vivências negativas; não se colocar na posição de algoz nem de vítima; não prender-se a estilos explicativos, questionando-os; senso de realidade atrelado ao costume de não concentrar-se no que foge ao seu controle, procurando preocupar-se apenas com o que é possível de ser modificado; otimismo, embora não desconsidere os aspectos negativos da realidade, tendendo a crer no caráter passageiro das adversidades; capacidade de empatia - a baixa habilidade empática leva a uma interpretação distorcida do outro; senso de autoeficácia, na medida em que se percebe como capaz de realizações; *reaching out*, que seria a disposição para buscar novas experiências, sem medo de arriscar-se; saber o momento de recorrer à ajuda; e ter fé, na medida em que a crença em um poder superior ajuda a dar confiança e esperança.

Observamos algumas das características acima citadas, presentes nos relatos de S2 e S8: “Quando preciso usar a história pra impressionar, eu uso. Ou quando vejo alguém reclamando da vida por nada... Tem o lado bom das coisas, por exemplo, eu não pago IPVA do carro, tenho isenção do IPI... Se eu tivesse perdido o pé num acidente de moto, talvez ficasse mais ‘p da vida’, mas como estava fazendo o que gostava... dos males o menor”; “Pensava: pelo menos estou vivo... Hoje eu tenho projetos. Antes eu só queria surfar”.

Já no discurso do TEPT+, S7, percebemos algumas características opostas ao pensamento resiliente: “Por que comigo?... Me senti um nada no dia em que acordei e me vi

sem a perna. O mundo pra mim acabou... Me colocava como coitadinho... Queria voltar ao passado e não ter ido surfar naquele dia... Sentimento de culpa por não poder mais surfar... Fico achando que as mulheres não vão gostar de mim por conta da prótese. O cara é feio mas é sadio, eu sou bonito mas não sou sadio. Ela vai preferir o feio sadio... Até hoje não tenho perspectiva de muita coisa”.

A literatura indica que muitos indivíduos, apesar das repercussões negativas das crises que sofreram, também passaram por transformações positivas, advindas da experiência de luta com a tragédia, que é denominado de Crescimento Pós-traumático⁴³. Dessa forma, embora no meio externo a nós ocorram modificações incontrolláveis, nosso meio interno seria dotado de elasticidade. Esta elasticidade promoveria a resistência às perturbações do meio ambiente⁴⁴.

E em relação à importância da capacidade de recuperação ou adaptação às novas situações, já é conhecido o que disse Charles Darwin⁴⁵ em 1859 - no seu livro *Origem das espécies por meio da seleção natural* ou *Preservação de raças favorecidas na luta pela vida* -, de que o mais importante para a evolução não é a força, tampouco a beleza, mas sim a capacidade de adaptar-se. De acordo com Ripley⁴⁶, a adaptabilidade é preciosa no sentido de proporcionar às pessoas que a têm, três vantagens subjacentes: a crença de que podem influir nos eventos da vida; a tendência a dar sentido mesmo aos aspectos mais confusos vivenciados; e a convicção de que podem aprender tanto com as experiências positivas como com as negativas.

Inferimos que a resiliência funciona como fator determinante na recuperação de um evento traumático como o ataque de tubarão. Este pode levar ao adoecimento mental não apenas por conta do trauma causado pelo ataque, mas também pelas seqüelas físicas que costuma deixar. Dentro desse contexto, cuidados psicológicos e psiquiátricos se fazem de fundamental importância para a recuperação dessas vítimas.

Referências

1. SIEBERT CA. *Geografia de Pernambuco*. FTD: São Paulo, 2001.
2. Prefeitura da Cidade do Recife. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/>. Acesso em: 19/10/2011.
3. Governo do Estado de Pernambuco. Disponível em: <http://www.pe.gov.br/>. Acesso em: 19/10/2011.
4. Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Disponível em: <http://www.ufrpe.br/>. Acesso em: 12/11/2011.
5. BIONDI LCM. *Levantamento bibliográfico de incidentes com tubarões no litoral do Estado de Pernambuco-Brasil*, 2004.
6. DSM IV (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
7. CÂMARA FILHO JWS. *Transtorno de Estresse Pós- Traumático em Policiais Militares e suas Famílias: Características Clínicas e Sociobiodemográficas de Pacientes Atendidos no Ambulatório de Psiquiatria da Polícia Militar de Pernambuco*. Recife, 1999.
8. KOREN D, HEMEL D, KLEIN E. Injury increases the risk for PTSD: an examination of potential neurobiological and psychological mediators. *CNS Spectr*. 2006;11(8):616-624.
9. MATHEUS MCC, PINHO FS. B. Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou amputação. *Acta Paul Enferm* 2006;19(1):49-55.
10. GUERREIRO DB. et al. Stress pós-traumático. Os mecanismos do trauma. *Acta Med Port* 2007; 20: 347-354.
11. STEIL R; EHLERS A. Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy* 38 (2000) 537-558.
12. ANDRÉ C. *Psicologia do medo: como lidar com temores, fobias, angústias e pânico*. – 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

13. FREUD S. 1856-1939. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: 8 edição. Standard – 2 ed. – Rio de Janeiro. Imago, 1987, 10 reimpressão, 1988.
14. DAVIDSON JRT. *Tratado de Psiquiatria*. in Kaplan HI, Sadock BJ. – 6. ed. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda; 1999.
15. DSM-III (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
16. BRYANT RA. The Cutting Edge Mental Disorders and Traumatic Injury. *Depression and Anxiety* 28 : 99–102 (2011).
17. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
18. MOFFITT TE. The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*. 1993;5:135-151.
19. ROCHA S. Trabalho precoce: realidade social e desafio de política pública”. *Nova Economia*. Julho-Dezembro 2003.
20. Câmara do Governo. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/>. Acesso em 19/10/2011.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 19/10/2011.
22. RUTTER M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626:631.
23. HAZIN FHV, BURGESS GH, CARVALHO FC. A shark attack outbreak off Recife, Pernambuco, Brazil: 1992-2006. *Bulletin of Marine Science*, 82(2): 199-212, 2008.
24. Decreto de 1995. *Diário Oficial*. Recife, 1995.
25. Decreto de 1999. *Diário Oficial*. Recife, 1999.
26. Comitê Estadual de Monitoramento dos Incidentes com Tubarões (CEMIT) Recife, 1999.

27. NORTE CE. et al. Impacto da terapia cognitivo-comportamental nos fatores neurobiológicos relacionados à resiliência. *Rev. psiquiatr. clín.* vol.38 no.1 São Paulo 2011.
28. SALES AP, PEREIRA RC. Terapia cognitivo comportamental como instrumento para desenvolvimento da resiliência. *Neurobiologia*, 74 (1) jan./mar. 2011.
29. LIPP M; MALAGRIS LEN. *O stress emocional e seu tratamento*. in: RANGÉ B. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Artmed: Porto Alegre, 2001. p. 475-90.
30. BONNANO GA. Loss, Trauma, and Human Resilience. *American Psychological Association*. Vol. 59, No. 1, 20-28. 2004.
31. BRYANT RA. et al. The Psychiatric Sequelae of Traumatic Injury. *Am J Psychiatry* 167:3, March 2010.
32. OLIVEIRA JB. *Resiliência e controle do stress em juízes e servidores públicos*. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br>. Acessado em: 20/07/2010.
33. OZER EJ. et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *American Psychological Association. Psychological Bulletin*. 2003, Vol. 129, No. 1, 52-73.
34. LUDASCHER P. et al. Pain sensitivity and neural processing during dissociative states in patients with borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a pilot study. *J Psychiatry Neurosci*; 35(3): 177-84, 2010 May.
35. MATHEUS A, MACLEOD C. Cognitive vulnerability to emotional disorders, 2004. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:167-95.
36. JEAVONS S, GREENWOOD KM, HORNE DJL. Accident Cognitions and Subsequent Psychological Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 13, No. 2, 2000.

37. HALLIGAN SL. et al. Posttraumatic Stress Disorder Following Assault: The Role of Cognitive Processing, Trauma Memory, and Appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, Vol. 71. No 3, 419-43.
38. TAPIA G. PTSD psychiatric patients exhibit a deficit in remembering. *Psychology Press. Memory*. 2007 Feb;15(2):145-53.
39. MOSER JS, Hajcak. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. *Journal of Anxiety Disorders* 21 (2006) 1039-1049.
40. CAMINHA RM. *Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
41. PEREIRA CAL. *A resiliência e a vulnerabilidade ao estresse numa população sem abrigo*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2009. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1255/3/dm_cristianapereira.pdf. Acesso em: 5/4/2010.
42. PESCE RP. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):436-448, mar-abr, 2005.
43. CABALLO VE. *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos da Atualidade*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2007.
44. BERNARD C. *Pensées, Notes détachées*, Paris, I. Delhoume, 1937. *apud* Vincent JD. *Biologia das paixões*. Edição Odile Jacob, 1986.
45. DARWIN C. *A origem das espécies*. London: John Murray, Albemarle Street, 1859.
46. RIPLEY A. *Impensável: como e porque as pessoas sobrevivem a desastres*. São Paulo: Globo, 2008.

Considerações Finais

Pessoas que sofrem ataque de tubarão podem desenvolver transtornos mentais como Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Estresse Agudo e Depressão.

A presença de metade dos pacientes doentes desperta preocupação e revela a necessidade de maior atenção à saúde mental desses indivíduos, tendo em vista que não só o trauma provocado pelo ataque, mas também a amputação quando sofrida, pode levar ao adoecimento psíquico.

Pessoas resilientes adoecem menos. Os mecanismos para desenvolvimento de tal capacidade podem surgir a partir de intervenção terapêutica, fato que reafirma a importância de possibilitar às vítimas de ataque de tubarão um suporte psicoterápico.

Referências

1. Governo do Estado de Pernambuco. Disponível em: <http://www.pe.gov.br/>. Acesso em: 19/10/2011.
2. SIEBERT CA. *Geografia de Pernambuco*. FTD: São Paulo, 2001.
3. Prefeitura da Cidade do Recife. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/>. Acesso em: 19/10/2011.
4. HAZIN FHV, BURGUES GH, CARVALHO FC. A shark attack outbreak off Recife, Pernambuco, Brazil: 1992-2006. *Bulletin of Marine Science*, 82(2): 199-212, 2008.
5. Universidade Federal Rural de Pernambuco. Disponível em: <http://www.ufrpe.br/>. Acesso em: 19/10/2011.
6. BIONDI LCM. *Levantamento bibliográfico de incidentes com tubarões no litoral do Estado de Pernambuco-Brasil*, 2004.
7. HAZIN FHV, WANDERLEY JUNIOR JAM, MATTOS SMC. Distribuição e abundância relative de tubarões no litoral do Estado de Pernambuco, Brasil. *Arq. Ciência. Mar.* 33: 33-42.
8. Decreto de 1995. *Diário Oficial*. Recife, 1995.
9. Decreto de 1999. *Diário Oficial*. Recife, 1999.
10. International Shark Attack File, Florida Museum of Natural History, University of Florida, 2012. Disponível em: <http://www.flmnh.ufl.edu/fish/> Acesso em: 20/01/2012.
11. KOREN D, HEMEL D, KLEIN E. Injury increases the risk for PTSD: an examination of potential neurobiological and psychological mediators. *CNS Spectr.* 2006;11(8):616-624.
12. MATHEUS MCC, PINHO FS. B. Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou amputação. *Acta Paul Enferm* 2006;19(1):49-55.

13. GUERREIRO DB. et al. Stress pós-traumático. Os mecanismos do trauma. *Acta Med Port* 2007; 20: 347-354.
14. HOLANDA AB. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004.
15. LIPP M; MALAGRIS LEN. *O stress emocional e seu tratamento*. In: RANGÉ B. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Artmed: Porto Alegre, 2001. p. 475-90.
16. CAMELO SHH, ANGERAMI ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.12 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2004.
17. DATTILIO FM, FREEMAN A, et cols. *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
18. CABALLO VE. *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos da Atualidade*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2007.
19. CAMINHA RM. *Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
20. Código Internacional de Doenças (CID 10) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CID-10 : Classificação Internacional de Doenças*. São Paulo : EDUSP, 1994, 1ª ed.
21. DSM IV (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
22. CÂMARA FILHO JWS. *Transtorno de Estresse Pós- Traumático em Policiais Militares e suas Famílias: Características Clínicas e Sociobiodemográficas de Pacientes Atendidos no Ambulatório de Psiquiatria da Polícia Militar de Pernambuco*. Recife, 1999.

23. SCARPATO AT. Estresse pós traumático: a situação emocional de pessoas vítimas de violência. *Revista Psicologia Brasil*, São Paulo, número 6, 2004, p. 10-14.
24. FREUD S. 1856-1939. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: 8 edição. Standard – 2 ed. – Rio de Janeiro. Imago, 1987, 10 reimpressão, 1988.
25. DAMÁSIO A. *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
26. STEIL R; EHLERS A. Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy* 38 (2000) 537-558.
27. ANDRÉ C. *Psicologia do medo: como lidar com temores, fobias, angústias e pânico*. – 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
28. LENT R. *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência*. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
29. FRIEDMAN M. *Transtorno de estresse agudo e pós traumático*. Artmed. ed.4, 2009.
30. DAVIDSON JRT. *Tratado de Psiquiatria*. in Kaplan HI, Sadock BJ. – 6. ed. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda; 1999.
31. BRYANT RA. The Cutting Edge Mental Disorders and Traumatic Injury. *Depression and Anxiety* 28 : 99–102 (2011).
32. FOA EB, ROTHBAUM BO. *Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: The Guilford Press, 1998.

33. MORGAN III CA. et al. Symptoms of Dissociation in Humans Experiencing Acute, Uncontrollable Stress: A Prospective Investigation. *Am J Psychiatry* 158:1239-1247, August 2001.
34. TAPIA G. et al. PTSD psychiatric patients exhibit a deficit in remembering. *Psychology Press. Memory*. 2007 Feb;15(2):145-53.
35. MATHEUS A, MACLEOD C. Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:167-95.
36. JEAUVONS S, GREENWOOD KM, HORNE DJL. Accident Cognitions and Subsequent Psychological Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 13, No. 2, 2000.
37. DSM-III (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
38. SBARDELLOTO G. et al. Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF* (Impr.) vol.16 no.1 Itatiba Jan./Apr. 2011
39. BRYANT RA. et al. The Psychiatric Sequelae of Traumatic Injury. *Am J Psychiatry* 167:3, March 2010.
40. MOSER JS. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. *Journal of Anxiety Disorders* 21 (2006) 1039-1049.
41. HALLIGAN SL. et al. Posttraumatic Stress Disorder Following Assault: The Role of Cognitive Processing, Trauma Memory, and Appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, Vol. 71. No 3, 419-43.

42. OZER EJ. et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *American Psychological Association. Psychological Bulletin*. 2003, Vol. 129, No. 1, 52-73.
43. RIPLEY, A. *Impensável: como e porque as pessoas sobrevivem a desastres*. São Paulo: Globo, 2008.
44. SCHUMM JA, BRIGGS-PHILLIPS M, HOBFOLL SE. Cumulative interpersonal trauma and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 19, No. 6, December 2006, pp. 825-836.
45. YEHUDA R, LEDOUX J. Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron* 56, 2007.
46. PESCE RP. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):436-448, mar-abr, 2005.
47. BARLACH L. *O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito*. São Paulo, 2005.
48. ALMEDON AM, GLANDON D. Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12:127-143, 2007.
49. GROTBORG E. (1995) *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation. http://www.leedsinitiative.org/uploadedFiles/Children_Leeds/Content/Standard_Pages/Levels_of_Need/Resilience_new.pdf.
50. YUNES MAM. *Psicologia Positiva e Resiliência: O foco no indivíduo e na família*. *Psicologia em Estudo*. Maringá - UEM, v. Esp., p. 75-84, 2003.

51. HOGE EA, AUSTIN ED, POLLACK MH. Resilience: Research Evidence and Conceptual Considerations for Posttraumatic Stress Disorder. *Depression and Anxiety* 24:139–152. 2007.
52. BERNARD C. *Pensées, Notes détachées*, Paris, I. Delhoume, 1937. *apud* Vincent JD. *Biologia das paixões*. Edição Odile Jacob, 1986.
53. DARWIN C. *A origem das espécies*. London: John Murray, Albemarle Street, 1859.
54. RUTTER M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626:631.
55. PEREIRA CAL. *A resiliência e a vulnerabilidade ao estresse numa população sem abrigo*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2009. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1255/3/dm_cristianapereira.pdf. Acesso em: 04/04/2010.
56. OLIVEIRA JB. *Resiliência e controle do stress em juízes e servidores públicos*. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br>. Acesso em: 20/07/2010.
57. LAPOSA JM, ALDEN LE. An analogue study of intrusions. *Department of Psychology, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada V6 T 1Z4*, 2005.
58. BONNANO GA. Loss, Trauma, and Human Resilience. *American Psychological Association*. Vol. 59, No. 1, 20-28. 2004.
59. NORTE CE. et al. Impacto da terapia cognitivo-comportamental nos fatores neurobiológicos relacionados à resiliência. *Rev. psiquiatr. clín.* vol.38 no.1 São Paulo 2011.

60. SALES AP, PEREIRA RC. Terapia cognitivo comportamental como instrumento para desenvolvimento da resiliência. *Neurobiologia*, 74 (1) jan./mar. 2011.
61. RESICK PA. Stress and Trauma. *Philadelphia: Taylor and Francis*, 2001.
62. BOSI MLM, MERCADO FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
63. FLICK U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre, Artmed, 2009.
64. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
65. FIRST MB. et al. User's Guide for Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Research Version. New York: *Biometrics Research Department*, New York State Psychiatric Institute, 1996.
66. TAVARES M. *Adaptação e Padronização da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV no Brasil*. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 1996.
67. MARMAR CR. et al. Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress in Male Vietnam Theater Veterans. *American Journal of Psychiatry*, v. 151, n. 6, p. 902-907, 1994.
68. FISZMAN A. et al. Adaptação transcultural para o português do instrumento Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, Versão Auto- Aplicativa. *Rev Psiquiatr RS* maio/ago 2005;27(2):151-158.
69. WAGNILD GM, YOUNG HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, Vol 1(2), 1993, 165-178.
70. PESCE RP. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):436-448, mar-abr, 2005.

71. GOLDBERG DP, HILLIER VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-45.
72. GOUVEIA VV. et al. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 241-238.
73. FLECK MPA. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública* vol.34 n.2 São Paulo Apr. 2000.
74. HAMILTON MA. *Rating Scale for Depression*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, v. 23, p. 56-62, 1960.
75. HAMILTON M. – The Assessment of Anxiety States by Rating. *British Journal of Medical Psychology* 32:50-55,1959.
76. ENDICOTT J. et al. - The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 33:766-771, 1976.
77. GREEN BL. Trauma history questionnaire. in: STAMM, B.H.; VARRA, E.M. Measurement of stress, trauma and adaptation. Lutherville, MD: Sidran Press; 1996. p. 366-368.
78. BERGER W. et al. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* vol.26 no.2 Porto Alegre May/Aug. 2004

APÊNDICES



Fonte: google.com.br

APÊNDICE A

CFGM era apenas mais um dos muitos adolescentes que moravam bem próximos à praia de Boa Viagem, e que tinha no surf uma das suas maiores distrações: “Costumava ir à praia todos os dias e passava cerca de quatro horas no mar”. Porém, no dia 24 de julho, com apenas 15 anos, um fato mudaria sua vida para sempre.

Saiu para surfar como de costume, encontrou alguns colegas na praia e entrou no mar: “Estava sentado na prancha esperando a onda, então, de repente, o tubarão (da espécie cabeça-chata) chegou e me mordeu... ficou com meu pé na boca durante alguns segundos... partiu meu pé deixando só o osso pendurado”. Afirma não ter percebido a aproximação do animal, só sentiu quando este o atacou. Diz ter visto a cabeça do tubarão e que ficou parado até ele soltar seu pé: “É uma situação que ninguém espera acontecer... fiquei parado, olhando... depois de me soltar ele ainda bateu duas vezes embaixo da minha prancha”.

No ano em que CFGM foi vitimado ainda não havia muitas informações sobre os ataques: “Na época o governo não assumia a gravidade da situação, não havia nada proibindo... os ataques eram tratados como fatalidade”, diz. Segundo dados oficiais do Governo do Estado, o primeiro ataque ocorreu em 1992. O ano de 1994 foi, até hoje, o ano onde aconteceram mais ataques: dez no total; CFGM foi o quarto a ser atacado. Depois dele mais seis pessoas foram atacadas ou mortas por um tubarão no litoral de Pernambuco naquele ano.

CFGM diz lembrar-se de tudo que aconteceu: “Desde o ataque, até chegar ao hospital, o salvamento, os surfistas...”. Segundo ele, o ataque durou em média um minuto, e afirma não ter sentido dor na hora. Ficou internado durante 15 dias. Só voltou ao mar três anos depois.

Afirma que sua vida mudou: “Se eu não tivesse sido atacado meu mundo seria outro, eu poderia estar até hoje surfando”. Porém, diz que ainda pensa em surfar – não na praia de Boa Viagem onde, hoje em dia, o surf é proibido. “Ainda penso, mas dá trabalho tirar a prótese e ter que ter alguém para segurá-la. Também não gosto de tirar a prótese; é como se estivesse tirando a roupa”.

Em relação à amputação afirma que o maior incômodo é perceber o olhar de curiosidade das pessoas: “Gostaria de passar despercebido”; porém, diz que desde o acidente, “em momento algum” ficou em desespero e sempre teve ajuda da família e dos amigos: “Minha família é uma família muito boa, também tive um apoio grande do pessoal do colégio e nunca tive problema com mulher por causa do meu pé...” e complementa: “Se eu tivesse perdido o pé num acidente de moto, talvez eu ficasse mais ‘p. da vida’, mas como eu estava fazendo o que eu gostava... Dos males o menor, sempre vejo o lado bom das coisas, tenho isenção do IPI, por exemplo”; e finaliza dizendo: “Quando preciso usar a história para impressionar, eu uso. Quando vejo alguém reclamando da vida, por nada, digo que teria muito mais razões para estar internado por aí, ou dependendo da minha família...”

CFGM é professor universitário na área de turismo, namora há sete meses e acaba de ser aprovado num concurso público, devendo mudar-se para Brasília: “Só tinha uma vaga para deficiente, só tinha eu concorrendo... aí passei”, diz com humor levemente sarcástico. Mesmo humor que demonstrou durante toda a entrevista e aplicação das escalas e questionários.

Em: 04 de maio de 2009

APÊNDICE B

Por volta das duas horas da tarde do feriado do dia primeiro de maio de 1999, CHBP, então com 21 anos, decide surfar na praia de Boa Viagem: “Tinha um pessoal ‘pegando onda...’”, diz.

Afirma que surfou durante algum tempo e que “na última onda que pegou”, sentiu vontade de sair do mar - “Como se fosse um pressentimento”. Porém, continuou surfando e, de repente, diz ter visto algo “muito grande” vindo em sua direção. Neste momento afirma ter sentido uma mordida na perna direita: “Então, ele (o tubarão da espécie cabeça-chata) me levou para o fundo, começou a me jogar de um lado para o outro... foi quando veio pra cima de mim...”.

Embaixo da água, ao ver o tubarão se aproximar novamente, tentou atingi-lo: “Só que o movimento sai lento embaixo da água... foi quando ele pegou minhas duas mãos... senti muita dor”. CHBP não soube precisar quanto tempo durou o ataque: “Foi muito rápido, você praticamente não vê... acho que durou menos de um minuto...”.

Após a mordida nas suas duas mãos, o tubarão foi embora. Assim, sem as mãos, nadou o quanto pôde, até que, sem forças, começou a se afogar, mas acabou salvo por um dos guarda-vidas da praia.

Diz que no momento em que se afogava algo estranho lhe aconteceu: “Me vi numa nuvem onde aparecia só metade do meu corpo, eu olhava para baixo e tinha muita gente chorando porque eu tinha morrido... Depois acordei e estava sendo socorrido... acho que morri e voltei”.

Logo após ser retirado do mar foi levado ao Hospital da Restauração (HR) onde ficou durante sete dias, sendo transferido em seguida para o Hospital SOS Mãos, sendo internado por quatro meses. Em relação ao que sentiu e pensou no hospital diz que, além da tristeza, foi acometido por pensamentos relacionados ao seu futuro: “Comecei a pensar como seria dali pra frente...”; especificamente em relação à perda das duas mãos é evasivo: “Foi complicado... no começo foi complicado...”, peço que explique melhor, então faz algumas analogias vagas: “É como uma escada....você tem que ir se acostumando a lidar com a situação desde o início... igual a um neném”.

CHBP só voltou ao mar cerca de dois anos depois. E afirma que sua percepção em relação aos tubarões não mudou, mas que ao ver um documentário, por exemplo, sente medo e angústia. Admite que sua vida sim mudou, e associa isso principalmente à perda das mãos: “Você não é mais a mesma pessoa que era antes porque agora você tem limitações”.

A repercussão midiática, sempre que uma pessoa é atacada por um tubarão, é grande chegando a extrapolar o limite entre o exercício do trabalho jornalístico e a exploração e falta de respeito à vítima. CHBP é apenas um exemplo dessa falta de respeito - chegou a ser entrevistado no hospital, momentos após o ataque: “Não era o momento”, lamenta. Também diz que em diversas ocasiões sentiu-se “usado pela mídia”, referindo-se a pessoas que o teriam “usado” para se promover. Nas suas entrevistas diz ter alertado que novos ataques aconteceriam: “A imprensa condenava os surfistas dizendo que estávamos no fundo, mas eu não estava tão no fundo... eu disse que novos ataques iriam ocorrer”.

CHBP hoje em dia trabalha numa empresa de automóveis, está terminando a faculdade de Direito numa universidade particular, tem dois filhos, mas no momento está solteiro. Mesmo sem as mãos, consegue escrever. Normalmente as deixa “escondidas” dentro dos bolsos da calça, só retirando quando precisa usá-las.

Durante toda a entrevista e aplicação dos questionários e escalas, apresentou boa receptividade, embora estivesse claramente com o humor deprimido, condição confirmada na observação das respostas dadas por ele nos instrumentos de avaliação.

Em: 06 de maio de 2009

APÊNDICE C

Já era fim de tarde do dia 9 de julho do ano de 2002. MCS, na época com 22 anos, decidira ir à praia como costumava fazer. Relata: “Era mais ou menos quatro da tarde... Céu nublado, cinzento. O mar estava embaçado, pororoca, nebuloso... Estávamos revezando eu e um amigo meu a prancha. Me distraí, e entrei muito no mar... Percebi a uns cinco metros de distância, alguma coisa abrindo a água... Ele vinha parecendo uma bala, parecia um bujão de gás, um torpedo. Percebi ele muito longe, mas ele vinha tão rápido que só deu tempo de eu me deitar... Aí passou por debaixo da prancha, voltou e mordeu ela. Pulei e fiquei olhando ele mordendo. Não vinha onda pra eu ‘pegar jacaré’... Estava a uns 15 metros de distância da areia. Olhava pra trás e olhava pra ele, porque não tinha como sair dali. Quando ele terminou de morder a prancha, ele ficou ao redor nadando; aí puxei a prancha, subi e comecei a colocar a mão pra ver se ele aparecia e eu dava uma ‘porrada’. Na terceira vez que coloquei a mão, ele mordeu meu braço e puxou. Caí na água e ele queria me levar pra dentro, aí comecei a puxar meu braço e bater nele com a perna. Eu mesmo tentei rasgar meu braço, porque ele ficava me puxando pra baixo, pra me afogar... Coloquei meu braço em cima da prancha, mas ele voltou de novo e mordeu a prancha de novo”.

MCS perdeu mão e antebraço direito. Além do surfe, gostava de tocar guitarra - atividades que deixou de fazer logo após o trauma por conta das limitações físicas e do adoecimento mental; afirma ter ficado “deprimido e se isolado”. O surfe foi para sempre deixado, porém a guitarra voltou a tocar a partir da invenção de um tipo de suporte que ele mesmo improvisou para poder sustentar a paleta que ele consegue manusear com perfeição. Ainda guarda a prancha mordida pelo tubarão, e diz não sentir raiva do animal, embora lamente as perdas que teve.

Em: 08 de maio de 2009

APÊNDICE D

Trabalho apresentado à International Society for Traumatic Stress
Studies - 27th Annual Meeting - in Baltimore (USA).

Abstract

Brazil stands at the fourth place of shark attacks world's ranking. Pernambuco, a state in northeastern of Brazil, has the highest incidence of deaths in the world. From 1992 to 2011, there were 54 attacks with 20 fatal victims. This study investigated the psychopathological consequences in 8 survivors. The results showed that half of subjects developed post-traumatic stress disorder, 25% acute stress disorder and 62.5% depression. Four victims remained mentally ill over the years, and it was associated with peritraumatic dissociative experiences, child abuse history and the presence of a major physical injury. As the majority of shark attack survivors tend to develop related mental disorders, psychiatric and psychological care after the trauma is required.

Introduction

Pernambuco is a state located in northeastern Brazil. Its beaches are famous postcards, attracting locals and tourists throughout the year. Anyone walking along the promenade of Boa Viagem - the best known urban beach of the state - will note several warning signs: "Danger: Risk of Shark Attack". In fact, Recife, its capital, has the highest rate of deaths from shark attacks of the planet. Surfers and swimmers have so far been the main victims and often the survivors had to endure physical trauma such as partial or total limb's amputation. As far as we know, no other study has attempted to investigate the psychopathological consequences in the victims of this specific type of attack.

Method

Case series study with qualitative and quantitative analysis. The sample consisted of eight male survivors of shark attack in the state of Pernambuco during the period of June 1992 to June 2011. The following instruments were used: Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV), Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, The Resilience Scale of Wagnild & Young, World Health Organization Quality of Life, Hamilton Scale of Depression, Hamilton Scale of Anxiety, Global Assessment of Functioning, General Health Questionnaire, Trauma History Questionnaire, and a semi-structured interview designed to collect specific data about the shark attack.

Results and Discussion

All the subjects were male and half of them aged below 19 years. All but one were surfing at the moment of the attack.

Past and Present Psychiatric Disorders

Half of the subjects developed Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) at the time of the attack, two had Acute Stress Disorder and one presented Panic Disorder and Agoraphobia. The most common disorder among the victims was Depression: 62.5% of the individuals. The entire sample returned to sea afterwards but half of them waited a period between 2 and 6 years.

At present time, 50% of subjects remain with depression. Three quarters of them scored higher at the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire.

Only half of victims received appropriate psychological care. The importance of such intervention is clear when we realize that those who underwent longer psychotherapy (between 1 and 4 years), currently do not have mental disorders. They also achieved a higher score on the Resilience Scale.

Physical and emotional abuse

Of the ones who had PTSD, 75% had suffered physical or emotional abuse in childhood, a well known vulnerability factor for PTSD.

Physical Injuries

75% of the victims who have suffered amputation are still depressed today. These data indicate that a greater injury can serve as a significant factor on the psychological aftermath of a traumatic event.

Social Support

One of the most significant predictors to PTSD is the lack of social support. Those who remain ill claimed to have felt helpless at some point with no adequate support received by the government, family or friends.

Conclusions

Despite of its rarity, shark attacks have a great traumatogenic impact.

Psychiatric disorders specially PTSD and Depression developed in the immediate aftermath of the trauma. Depression was the most common and lasting disorder. Its severity and chronicity were predicted by the presence of the common physical sequelae of limb's amputation.

Peritraumatic dissociative experiences, lack of social support and child abuse history also were related with the presence of mental disorder in this population.

Efforts must be made to provide psychological support to these victims as a health preventive strategy.

References

1. Biondi LCM. Levantamento Bibliográfico de Incidentes com Tubarões no Litoral do Estado de Pernambuco, Brasil. 2004.
2. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Oct;68(5):748-66.
3. Koren D, Hemel D, Klein E. Injury increases the risk for PTSD: an examination of potential neurobiological and psychological mediators. *CNS Spectr*. 2006 Aug;11(8):616-24.
4. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003 Jan;129(1):52-73.

Corresponding author:

Amanda Patricia Sales

Rua Demóstenes de Olinda 160/101 Madalena, Recife-PE, 50610-050 Brazil.

Tel.: +55 8196540275

e-mail address: amandapatysalles@hotmail.com

<http://www.ufpe.br/posneuro>

APÊNDICE E

QUESTIONÁRIO

1- Lembra-se do dia em que foi atacado? Sim () Não ()

2- O que lembra daquele dia?

3- Lembra do exato momento do ataque? Sim () Não ()

4- O que lembra do momento do ataque?

5- Sabe dizer em média quanto tempo durou o ataque? _____

6- Sentiu dor no momento do ataque? Sim () Não ()

7- No momento do ataque pensou que poderia morrer? Sim () Não ()

8- Perdeu a consciência? Sim () Não ()

9- Houve necessidade de hospitalização? Sim () Não ()

10- Se sim, por quanto tempo? _____

11- Como se sentiu, no hospital, após o ataque?

12- Houve necessidade de cirurgia? Sim () Não ()

13- Se sim, qual? _____

14- Houve necessidade de fisioterapia? Sim () Não ()

15- Se sim, quanto tempo? _____

16- Voltou ao mar? Sim () Não ()

17- Se sim, após quanto tempo? _____

18- Algo mudou na sua forma de "enxergar" os tubarões? Sim () Não ()

19- Se sim, o que mudou?

20- Sua vida mudou após o ataque? Sim () Não ()

21- Explique:

APÊNDICE F

QUESTIONÁRIO SOCIOBIODEMOGRÁFICO

Data de realização da entrevista: ____/____/____

Local: _____

1. Data de nascimento ____/____/____ Sexo: F () M ()

2. Qual o seu estado civil? Solteiro (a) () Casado (a) () Mora junto com o companheira (o) ()
Viúvo (a) () Separado (a) ()

3. Qual a sua escolaridade? Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo ()
Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo ()
Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo ()
Pós-graduação ()

4. Você trabalha? Sim () Não () Qual sua ocupação? _____

5. Qual a sua renda familiar? Até um 1 salário mínimo [380,00] () Entre 2 e 5 salários [760, a 1.900,] ()
Entre 6 e 10 salários [2.280, a 3.800,] () Entre 10 e 20 salários [3.801, a 7.600,] ()
Acima de 20 salários [7.600,00] ()

6. Quantas pessoas dependem desta renda? ____ pessoas

7. Você tem algum problema de saúde? Sim () Não () Qual? _____

8. Você tem história de algum transtorno psiquiátrico? Sim () Não () Qual? _____

9. Na sua família, alguém tem ou teve história de transtorno psiquiátrico? Sim () Não ()

10. Data em que sofreu o ataque de tubarão: ____/____/____

11. Idade que tinha ao sofrer o ataque de tubarão: ____

12. Parte (s) do corpo onde foi atacado: _____

13. Houve amputação de algum membro do corpo? Sim () Não ()

14. Se sim, que parte (s) do corpo foi amputada? _____

14. Houve limitação de movimento, redução da força, dor ou alteração da sensibilidade no local da mordida?

15. Recebeu algum tipo de atendimento psicológico após o ocorrido? Sim () Não ()

16. Se sim, durante quanto tempo? _____

ANEXOS



ANEXO A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 084/2009-CEP/CCS

Recife, 08 de abril de 2009.

Registro do SISNEP FR - 238351

CAAE - 0003.0.172.000-09

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 003/09

Título: "Transtornos mentais em vítimas de ataque de tubarão".

Pesquisador Responsável: Amanda Patrícia Sales

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 07 de abril de 2009. Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório ao final da pesquisa (31/01/2011).

Atenciosamente,


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A

Mestranda Amanda Patrícia Sales

Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – CCS/UFPE

ANEXO B

Termo de consentimento livre e esclarecido

Projeto: Transtornos mentais em vítimas de ataque de tubarão.
Participantes: Vítimas de ataque de tubarão no Estado de Pernambuco

Você está sendo convidado (a) para participar voluntariamente de um estudo que investiga sintomas como ansiedade, depressão e alterações de qualidade de vida, relacionados ao Transtorno de estresse pós-traumático. Antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você leia este documento.

Estas avaliações consistem nas respostas a alguns questionários com perguntas sobre o acidente que sofreu e sobre alguns aspectos da sua vida.

Algumas exigências para participar deste estudo são:

- Sobrevivente a ataque de tubarão em Pernambuco.
- Seu nome deve constar na lista oficial, do Governo do Estado, de sobreviventes a ataque de tubarão.

Você estará ajudando no estudo e compreensão de possíveis problemas traumáticos e emocionais em decorrência de um ataque de tubarão, permitindo benefícios futuros para si próprio e para outras pessoas. Adicionalmente, nos comprometemos em garantir o encaminhamento para tratamento – consultório na Rua Heitor Maia Filho, 56, Madalena -quando pertinente, dos indivíduos identificados com transtornos mentais.

O presente estudo, em princípio, não oferece riscos. Porém, sabemos que pode haver algum tipo de constrangimento aos participantes, nesse caso, você poderá sair desse estudo a qualquer momento, caso decida.

Os investigadores não são remunerados para a realização dessa pesquisa, assim como os participantes voluntários não receberão benefícios financeiros para sua participação.

Dúvidas poderão ser esclarecidas com a psicóloga e pesquisadora Amanda Patrícia Sales através do telefone 96540275 e 34451118; no endereço da Rua Heitor Maia Filho, 56, Madalena; ou e-mail: amandapatysalles@hotmail.com; ou com seu orientador, Prof. Dr. Everton Botelho Sougey, no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (HC) às segundas-feiras no horário matinal ou na Pós-graduação em Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco.

Suas informações clínicas são totalmente confidenciais, jamais será revelado o nome dos participantes, tão pouco qualquer informação que possa vir a identificá-los.

Para participar deste estudo, você precisa assinar esta página.

Nome do indivíduo

Assinatura do indivíduo

Data

Assinatura do investigador

Data

Testemunha

Data

Testemunha

Data

ANEXO C

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D

Questionário de Saúde Geral (QSG-12)

INSTRUÇÕES. Gostaríamos de saber se você tem tido algumas enfermidades ou transtornos e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor, marque simplesmente com um **X** a resposta que a seu ver corresponde mais com o que você sente ou tem sentido. Lembre que queremos conhecer os problemas recentes e atuais, não os que você tenha tido no passado. É importante que você **RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS.**

VOCÊ ULTIMAMENTE:

1 – Tem podido concentrar-se bem no que faz?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| (1) Mais do que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos que o de costume |

2 – Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o costume |

3 – Tem sentido que tem um papel útil na vida?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| (1) Mais útil que o de costume | (3) Menos útil que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos útil que o de costume |

4 – Tem se sentido capaz de tomar decisões?

- | | |
|---------------------------|--|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos capaz que o de costume |

5 – Tem notado que está constantemente agoniado e tenso?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

6 – Tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o de costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

7 – Tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia?

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos capaz que de costume |

8 – Tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas?

- | | |
|---------------------------|--|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos capaz que o de costume |

9 – Tem se sentido pouco feliz e deprimido(a)?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

10 – Tem perdido confiança em si mesmo?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

11 – Tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

12 – Sente-se razoavelmente feliz considerando todas as circunstâncias?

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos que o de costume |

ANEXO E

XX DSM-IV: CASOS CLÍNICOS

Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional como fazendo parte de um *continuum* hipotético de saúde-doença mentais. Não incluir a deficiência do funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código (Nota: Usar códigos intermédios sempre que seja adequado, por exemplo, 45, 68, 72.)

100	Funcionamento superior num largo espectro de actividades, os problemas da vida nunca parecem ficar sem solução, é procurado por outros devido às suas muitas qualidades positivas. Ausência de sintomatologia.
91	
90	Ausência ou sintomatologia mínima (por exemplo, ansiedade ligeira antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interesse e envolvimento num espectro alargado de actividades, eficaz socialmente, de uma maneira geral satisfeito com a vida, os problemas e as preocupações não ultrapassam os do dia-a-dia (por exemplo, discussão ocasional com familiares).
81	
80	Se estiverem presentes sintomas, estes representam reacções transitórias e esperadas a factores de stress psicossocial (por exemplo, dificuldade em concentrar-se depois de uma discussão familiar); apenas uma ligeira deficiência do funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, atraso temporário no rendimento escolar).
71	
70	Alguma sintomatologia ligeira (por exemplo, humor deprimido e insónia ligeira) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, ociosidade ocasional ou furto no seio do agregado familiar), mas bastante bom funcionando de uma maneira geral, tem algumas relações interpessoais significativas.
61	
60	Sintomatologia moderada (por exemplo, afecto embotado e discurso circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, poucos amigos, conflitos com colegas ou colaboradores).
51	
50	Sintomatologia grave (por exemplo, ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer deficiência do funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, ausência de amigos, incapaz de manter um emprego).
41	
40	Alguma deficiência em testes de realidade ou na comunicação (por exemplo, o discurso é, por vezes, ilógico, obscuro ou irrelevante) OU deficiência maior em várias áreas, tais como trabalho ou escola, relações familiares, juízos, pensamento ou humor (por exemplo, homem deprimido que evita os amigos, negligência a família e é incapaz de trabalhar; é frequente a criança espantar crianças mais novas, tem uma atitude de desafio em casa e mau rendimento escolar).
31	
30	O comportamento é consideravelmente influenciado por actividade delirante ou alucinações OU grave deficiência na comunicação ou nos juízos (por exemplo, por vezes incoerente, actua com rudeza despropositadamente, preocupação suicida) OU incapacidade de funcionamento em quase todas as áreas (por exemplo, fica na cama todo o dia; não tem trabalho, nem casa nem amigos).
21	
20	Algum perigo de magoar-se a si próprio ou aos outros (por exemplo, tentativas de suicídio sem esperar claramente a morte; frequentemente violento; excitação maníaca) OU não consegue ocasionalmente manter a higiene mínima pessoal (por exemplo, suja-se com fezes) OU acentuada deficiência na comunicação (por exemplo, muito incoerente ou sem expressão verbal).
11	
10	Perigo persistente de magoar-se a si próprio ou aos outros (por exemplo, violência recorrente) OU incapacidade persistente para manter o mínimo de higiene pessoal OU acto suicida grave esperando claramente a morte.
1	
0	Informação insuficiente.

ANEXO F

Adaptação transcultural para o português do PDEQ-SRV – Fiszman et alii

Anexo Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas – Versão Auto-Applicativa

Instruções: Por favor, preencha os itens abaixo marcando a opção que melhor descreve suas sensações e reações durante o _____ e imediatamente após este acontecimento. Para cada item, marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você. Se o item não ocorreu, marque "Não".

Houve momentos em que eu perdi a noção do que estava acontecendo – "Me deu um branco" ou "eu saí do ar" ou de alguma forma eu senti como se eu não fizesse parte do que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti que eu estava no "piloto automático" – Eu acabei fazendo coisas que mais tarde percebi que não tive intenção de fazer. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Minha noção do tempo mudou – as coisas pareciam estar acontecendo em câmera lenta. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

O que estava acontecendo parecia que não era real, como se eu estivesse num sonho ou assistindo um filme ou uma peça de teatro. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti como se estivesse assistindo a tudo o que estava acontecendo comigo pelo lado de fora, como um espectador, ou como se eu estivesse flutuando, vendo tudo de cima. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Houve momentos em que a noção que eu tinha do meu próprio corpo parecia distorcida ou modificada. Eu me senti desligado do meu corpo ou que meu corpo estava maior ou menor do que o habitual. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti como se as coisas que estavam acontecendo com outras pessoas estivessem acontecendo comigo – por exemplo, alguém foi preso, e eu senti que era eu quem estava sendo preso. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu fiquei surpreso por descobrir mais tarde que várias coisas que tinham acontecido naquela ocasião eu não havia percebido, principalmente coisas que eu normalmente teria notado. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu me senti confuso, ou seja, houve momentos em que eu tive dificuldade para entender o que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu me senti desorientado, ou seja, houve momentos em que eu me senti perdido no tempo e no espaço. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

ANEXO G

ESCALA DE HAMILTON - DEPRESSÃO

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

- 0. Ausente.
- 1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.
- 2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.
- 3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
- 4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

- 0. Ausente
- 1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.
- 2. Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações.
- 3. A doença atual é um castigo.
- 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

- 0. Ausente.
- 1. Sente que a vida não vale a pena.
- 2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.
- 3. Idéias ou gestos suicidas.
- 4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

- 0. Sem dificuldades para conciliar o sono.
- 1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.
- 2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

- 0. Sem dificuldades.
- 1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
- 2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2(exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

- 0. Sem dificuldades.
- 1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir
- 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

- 0. Sem dificuldades.
- 1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.
- 2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).
- 3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).
- 4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

- 0. Pensamento e fala normais.
- 1. Leve retardo à entrevista.
- 2. Retardo óbvio à entrevista.
- 3. Entrevista difícil.
- 4. Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

- 0. Nenhuma.
- 1. Inquietude.
- 2. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.
- 3. Mexe-se, não consegue sentar quieto.
- 4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- 0. Sem dificuldade.
- 1. Tensão e irritabilidade subjetivas.
- 2. Preocupação com trivialidades.
- 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.
- 4. Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;

Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;

Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Frequência urinária; Sudorese

0. Ausente :

1. Leve

2. Moderada

3. Grave

4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

0. Nenhum

1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen

2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum

1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias.

Perda de energia e cansaço.

2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Síntomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

- 0. Ausentes
- 1. Leves
- 2. Intensos

15. HIPOCONDRIA

- 0. Ausente
- 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- 2. Preocupação com a saúde
- 3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.
- 4. Idéias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

- 0. Sem perda de peso.
- 1. Provável perda de peso associada à moléstia atual.
- 2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
- 3. Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

- 0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana.
- 1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana.
- 2. Mais de 1 Kg de perda por semana.
- 3. Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

0. Reconhece que está deprimido e doente.

1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.

2. Nega estar doente.

18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

0. Nenhuma

1. Pior de manhã.

2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0. Nenhuma.

1. Leve

2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas

0. Ausente

1. Leve.

2. Moderadas..

3. Graves.

4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANÓIDES

- 0. Nenhum.
- 1. Desconfiança.
- 2. Idéias de referência.
- 3. Delírio de referência e perseguição.

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

- 0. Nenhum.
- 1. Leves.
- 2. Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ÍTENS (EXCETO 18 A)

CONTAGEM TOTAL: ____ (0-62)

ANEXO H

QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA

A série de questões a seguir diz respeito a eventos graves ou traumáticos durante a vida. Estes eventos realmente ocorrem com alguma regularidade, apesar de nós quisermos acreditar que eles sejam raros. Após a sua ocorrência, eles afetam a maneira pela qual as pessoas sentem, reagem ou pensam a respeito das coisas. O conhecimento sobre a ocorrência de tais eventos assim como a reação a eles vai nos auxiliar a desenvolver programas de prevenção, educação e outros serviços. O questionário é dividido em perguntas que abordam experiências relacionadas a crime, perguntas sobre desastre em geral e trauma e perguntas sobre experiências físicas e sexuais.

Para cada evento, por favor, indique (com um círculo) se aconteceu e, em caso afirmativo, o número de vezes e a sua idade aproximada na época (se não tiver certeza, faça o melhor que puder). Além disso, diga a natureza da relação entre você e a pessoa envolvida e o tipo específico do evento, se for apropriado.

Eventos relacionados a crime

		<u>Em caso afirmativo</u>	
		<u>Nº de</u>	<u>Idade</u>
		<u>vezes</u>	<u>aproximada</u>
1. Alguém já tentou tirar alguma coisa diretamente de você usando força ou ameaça de força, tal como assalto a mão armada ou furto?	Não Sim	_____	_____
2. Alguém já tentou roubá-lo (a) ou de fato o (a) roubou (i.e. furtou seus objetos pessoais)?	Não Sim	_____	_____
3. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você não estava lá?	Não Sim	_____	_____
4. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa enquanto você estava lá?	Não Sim	_____	_____

Desastre em geral e trauma

		<u>Em caso afirmativo</u>	
		<u>Nº de</u>	<u>Idade</u>
		<u>vezes</u>	<u>aproximada</u>
5. Você já sofreu algum acidente grave no trabalho, num carro ou em qualquer outro lugar?	Não Sim	_____	_____
<u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.			

Desastre em geral e trauma

Em caso afirmativo
Nº de **Idade**
vezes **aproximada**

- | | | | |
|--|---------------------|--------------|--------------|
| <p>6. Você já passou por algum desastre natural, do tipo deslizamento de terra, enchente, tempestade, terremoto, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?
 <u>Se responder sim</u>, por favor, especificar.</p> | <p>Não Sim</p> | <p>_____</p> | <p>_____</p> |
| <p>7. Você já passou por algum desastre causado pelo homem, tal como choque de um trem, desmoronamento de um prédio, assalto a banco, incêndio, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?
 <u>Se responder sim</u>, por favor, especificar.</p> | <p>Não Sim</p> | <p>_____</p> | <p>_____</p> |
| <p>8. Você já foi exposto (a) a radioatividade ou a agentes químicos perigosos que pudessem ameaçar a sua saúde?</p> | <p>Não Sim</p> | <p>_____</p> | <p>_____</p> |
| <p>9. Você já esteve em qualquer outra situação na qual você foi gravemente ferido (a)?
 <u>Se responder sim</u>, por favor, especificar.</p> | <p>Não Sim</p> | <p>_____</p> | <p>_____</p> |
| <p>10. Você já esteve em qualquer outra situação na qual você teve medo porque <u>poderia</u> ter sido morto (a) ou gravemente ferido (a)?
 <u>Se responder sim</u>, por favor, especificar.</p> | <p>Não Sim</p> | <p>_____</p> | <p>_____</p> |
| <p>11. Você já viu alguém ser gravemente machucado ou morto?
 <u>Se responder sim</u>, por favor, especificar quem.</p> | <p>Não Sim</p> | <p>_____</p> | <p>_____</p> |

Desastre em geral e trauma

Em caso afirmativo
Nº de **Idade**
vezes **aproximada**

12. Você já viu cadáveres (excluindo em funerais) ou teve que tocar em cadáveres por qualquer motivo?

Não

Sim

Se responder sim, por favor, especificar.

13. Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado?

Não

Sim

Se responder sim, por favor, especificar sua relação com esta pessoa (ex. mãe, neto, etc.).

14. Você já perdeu (por morte) um cônjuge, companheiro (a), namorado (a) ou filho (a)?

Não

Sim

Se responder sim, por favor, especificar sua relação com esta pessoa.

15. Você já sofreu de uma doença grave ou que pusesse em risco sua vida?

Não

Sim

Se responder sim, por favor, especificar.

16. Você já recebeu a notícia de que alguém próximo a você foi gravemente ferido, teve doença que ameaçou a vida ou morreu de forma inesperada?

Não

Sim

Se responder sim, por favor, indicar.

17. Você já teve que tomar parte num combate quando estava no serviço militar num território de guerra oficial ou não oficial?

Não

Sim

Se responder sim, por favor, indicar o local.

Experiências físicas e sexuais

Em caso afirmativo
Esta **Quantas**
experiência **vezes e em**
repetiu-se? **que**
idade(s)
aprox. ?

18. Alguém já o (a) obrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade?
Se responder sim, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).

Não

Sim

19. Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o (a) obrigou a tocar nas dele (a), sob força ou ameaça?

Não

Sim

Se responder sim, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).

20. Além dos incidentes mencionados nas questões 18 e 19, já houve outras situações nas quais outra pessoa tentou forçá-lo (a) a ter contato sexual contra a sua vontade?

Não

Sim

21. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou usando um revólver, uma faca ou qualquer outra arma?

Não

Sim

22. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou desarmado e o (a) feriu gravemente?

Não

Sim

23. Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimento?

Não

Sim

Outros eventos

Em caso afirmativo
Esta Quantas
experiência vezes e em
repetiu-se? que
idade(s)
aprox. ?

24. Você já passou por alguma
outra situação ou evento
extraordinariamente traumáticos
que não foram abordados nas
questões acima?

Não

Sim

Se responder sim, por favor,
especificar.

ANEXO I

Versão em português da *PTSD Checklist-Civilian Version* (PCL-C)

PCL-C:

Instruções:

-Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

-Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês. -Por favor, marque 1 para "nada", 2 para "um pouco", 3 para "médio", 4 para "bastante" e 5 para "muito".

	Nada	Um Pouco	Médio	Bastante	Muito
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i> muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5

6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter</i> sentimentos relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas</i> lembram uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. Sentir-se <i>distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se você <i>não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar " <i>superalerta</i> ", <i>vigilante</i> ou " <i>em guarda</i> " ?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	1	2	3	4	5

ANEXO J

Escala de ResiliênciaTM

Date: _____

Por favor, leia as seguintes sentenças. Para cada uma você achará sete números, desde o número "1" (Discorda totalmente) até o número "7" (Concorda totalmente). Circule o número que melhor indica o que você sente em relação à cada frase. Por exemplo, se você discorda totalmente de uma sentença, circule "1"; se você é neutro, circule "4", e se você concorda totalmente, circule "7", etc.

	Discorda totalmente				Concorda totalmente		
1. Quando eu faço planos, eu persisto com eles.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu normalmente lido com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mesmo mais do que de qualquer outro.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter o interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso ficar sozinho se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho por ter obtido coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar sucessos e fracassos como algo comum ao longo da vida.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre a razão das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso superar momentos difíceis, porque eu passei por dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu tenho auto-disciplina.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho o interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar um motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me faz superar momentos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência eu sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu sempre olho para uma situação de maneiras diferentes.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem significado.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não me fixo em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente posso achar uma maneira de sair dela.	1	2	3	4	5	6	7

Escala de ResiliênciaTM

24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que preciso fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se existem pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7
26. Eu sou resiliente.	1	2	3	4	5	6	7

© 1987 Gail M. Wagnild & Heather M. Young. Used by permission. All rights reserved. "The Resilience Scale" is an international trademark of Gail M. Wagnild & Heather M. Young.

ANEXO K

Escala de Experiências Dissociativas

INSTRUÇÕES

Este questionário contém 28 perguntas sobre experiências que você pode ter no seu dia-a-dia. Nós estamos interessados no quanto você tem essas experiências quando você não está sob efeito de álcool ou drogas.

Para responder a essas perguntas, por favor, circule um número para mostrar o quanto a situação descrita na pergunta ocorre com você. Circule o "0" se a situação nunca acontece. Circule o "10" se ela sempre acontece. Se ela acontece às vezes, mas não sempre, circule o número de "1" a "9" que melhor indique o quanto a situação ocorre com você.

EXEMPLO:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nunca) (sempre)

1. Algumas pessoas, às vezes, estão dirigindo ou passeando de carro ou ônibus ou metrô e, de repente, percebem que não se lembram do que aconteceu durante toda ou parte da viagem. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Algumas pessoas, às vezes, estão escutando alguém falar e, de repente, percebem que não ouviram parte ou tudo do que foi dito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Algumas pessoas, às vezes, estão num lugar e não sabem como chegaram lá. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Algumas pessoas, às vezes, dão-se conta de estarem vestidas com roupas que não lembram ter colocado. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Algumas pessoas, às vezes, encontram objetos novos entre suas coisas que não lembram ter comprado. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Algumas pessoas, às vezes, são abordadas por outras pessoas que elas não conhecem e que as chamam por outro nome ou insistem que já encontraram com elas antes. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Algumas pessoas, às vezes, sentem-se como se estivessem ao lado delas próprias ou observando a si mesmas. Ou seja, elas realmente se vêem como se estivessem olhando para outra pessoa. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Algumas pessoas são informadas de que elas, às vezes, não reconhecem amigos ou membros da família. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Algumas pessoas não se lembram de alguns eventos importantes de suas vidas (por exemplo, um casamento ou formatura). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Algumas pessoas, às vezes, são acusadas de mentir quando elas acham que não mentiram. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Algumas pessoas, às vezes, olham-se no espelho e não se reconhecem. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Algumas pessoas, às vezes, sentem que as outras pessoas, as coisas e o mundo em volta delas não são reais. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Algumas pessoas, às vezes, sentem que seu corpo não parece pertencer a elas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Algumas pessoas, às vezes, recordam um acontecimento passado tão nitidamente ou intensamente que elas sentem como se estivessem revivendo este acontecimento. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Algumas pessoas, às vezes, ficam em dúvida se algumas coisas realmente aconteceram com elas ou se elas apenas sonharam com estas coisas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Algumas pessoas, às vezes, estão num lugar bem conhecido, mas acham que nunca estiveram ali antes. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Algumas pessoas estão assistindo à televisão ou a um filme e ficam tão envolvidas com a história que não percebem os acontecimentos ao seu redor. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Algumas pessoas ficam tão envolvidas numa fantasia ou sonhando acordadas que sentem como se isto estivesse realmente acontecendo com elas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Algumas pessoas, às vezes, são capazes de não sentir dor. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Algumas pessoas, às vezes, ficam sentadas olhando para o nada, pensando em nada, e não percebem a passagem do tempo. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Algumas pessoas, às vezes, quando estão sozinhas, falam em voz alta consigo mesmas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Algumas pessoas, às vezes, sentem-se como se fossem duas pessoas diferentes, porque mudam muito seu comportamento de uma situação para outra. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Algumas pessoas, em algumas situações, são capazes de fazer com muita facilidade aquilo que normalmente seria difícil para elas (por exemplo, esportes, trabalho, situações sociais, etc). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Algumas pessoas, às vezes, ficam em dúvida se fizeram alguma coisa ou só pensaram ter feito aquela coisa (por exemplo, não saber se elas enviaram uma carta ou apenas pensaram em enviá-la). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Algumas pessoas encontram evidências de terem feito coisas que elas não se lembram de ter feito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Algumas pessoas, às vezes, encontram papéis escritos, desenhos ou notas entre as suas coisas que elas provavelmente fizeram, mas não conseguem se lembrar de ter feito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Algumas pessoas, às vezes, ouvem vozes dentro de suas cabeças que falam para elas fazerem coisas ou comentam sobre coisas que elas estão fazendo. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Algumas pessoas, às vezes, ao olhar ao redor, sentem como se tudo estivesse embaçado, de tal forma que as pessoas e as coisas parecem estar longe ou pouco nítidas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO L

Escala de Ansiedade - Hamilton

Escores:	0= ausência;	1= intensidade ligeira;	2= intensidade média;	3= intensidade forte;	4= intensidade máxima (incapacitante)
HUMOR ANSIOSO-inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade:	0	1	2	3	4
TENSÃO - sensação de tensão, fadigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto:	0	1	2	3	4
MEDO - de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito :	0	1	2	3	4
INSÔNIA - dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores noturnos:	0	1	2	3	4
DIFICULDADES INTELECTUAIS - dificuldade de concentração, distúrbios de memória;	0	1	2	3	4
HUMOR DEPRESSIVO - perda de interesse, humor variável, indiferença às atividades de rotina, despertar precoce, depressão;	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) - dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclonias, ranger de dentes, voz insegura:	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) - visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos:	0	1	2	3	4
SINTOMAS CARDIOVASCULARES - taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações arteriais, sensação de desmaio:	0	1	2	3	4
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS -sensação de opressão, dispnéia, constrição torácica, suspiro, bolo faríngeo:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS - dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor pré ou pós-prandial, queimações, empanzimento, náuseas, vômitos, cólicas diarréias, constipação, perda de peso:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS - micções freqüentes, urgência de micção, frigidez amenorréia, ejaculação precoce, ausência de ereção, impotência:	0	1	2	3	4
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - secura na boca, ruborização, palidez, tendência à sudação, vertigens, cefaléia de tensão:	0	1	2	3	4
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA - <u>Geral</u> : tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos tiques, inquietação, respiração suspirosa. <u>Fisiológico</u> : eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20 rpm:	0	1	2	3	4
TOTAL :					

OBSERVAÇÕES:

ANEXO M

Marcelo Tavares, Coordenador
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

SCID I (DSM-IV) Versão 2.0, 16 de março de 1996
Transtornos de Ansiedade, F. 25

TEPT

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Às vezes algumas coisas que acontecem com as pessoas causam um grande transtorno - coisas como estar em uma situação de risco de vida, como um grande desastre, incêndio ou acidente muito sério; ser fisicamente violentado(a) ou estuprado(a); ver outra pessoa morta ou sendo morta, ou gravemente ferida, ou ouvir algo terrível que aconteceu a alguém próximo a você. Em qualquer momento da sua vida, alguma dessas coisas aconteceu com você?

SE NENHUM DESSES EVENTOS, ASSINALAR AQUI ____ E IR PARA *TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA,* F. 31.

F103

Lista de Eventos Traumáticos

Breve Descrição	Data (Mês/Ano)	Idade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SE ALGUM EVENTO LISTADO: Algumas vezes essas coisas continuam voltando em pesadelos, ou você revive ou tem pensamentos dos quais você não consegue se livrar. Alguma vez isso já aconteceu com você?

SE NÃO: E quanto a ficar transtornado(a) quando estava em uma situação que lhe lembrava qualquer uma dessas coisas terríveis?

SE NÃO PARA AMBAS ACIMA, ASSINALAR AQUI ____ E IR PARA *TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA,* F. 31.

F104

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro

TEPT

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO
DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

PARA AS QUESTÕES SEGUINTE,
FOCALIZAR NO (S) EVENTO (S)
TRAUMÁTICO (S) MENCIONADOS
NA QUESTÃO INTRODUTÓRIA.

SE MAIS DE UM TRAUMA É
RELATADO: Qual dessas situações
você acha que o afetou mais?

SE DÚBIO: Como você reagiu quando
(O TRAUMA) aconteceu? (Você ficou
com muito medo ou se sentiu
aterrorizado(a) ou desamparado(a)?)

Agora eu gostaria de fazer algumas
perguntas sobre modos específicos em
que isso pode ter afetado você.

Por exemplo...

... você pensava sobre (O
TRAUMA) quando você não queria ou
pensamentos sobre (O TRAUMA)
vinham a sua mente de repente quando
você não queria?

... teve sonhos sobre (O
TRAUMA)?

... e quanto a se ver agindo ou
sentindo como se estivesse de volta à
situação?

... e quanto a ficar transtornado(a)
quando alguma coisa o(a) fazia lembrar
(O TRAUMA)?

A. Exposição a um evento traumático no
qual os seguintes quesitos estiveram
presentes:

(1) a pessoa vivenciou, testemunhou
ou foi confrontada com um ou mais
eventos que envolveram morte ou grave
ferimento, reais ou ameaçados, ou uma
ameaça à integridade física, própria ou
dos outros

(2) a resposta da pessoa envolveu
intenso medo, impotência ou horror

B. O evento traumático é
persistentemente revivido em uma (ou
mais) das seguintes maneiras:

(1) recordações aflitivas, recorrentes e
intrusivas do evento, incluindo imagens,
pensamentos ou percepções.

(2) sonhos aflitivos e recorrentes com
o evento.

(3) agir ou sentir como se o evento
traumático estivesse ocorrendo
novamente (inclui um sentimento de
revivência da experiência, ilusões,
alucinações e episódios de flashback
dissociativos, inclusive aqueles que
ocorrem ao despertar ou quando
intoxicado)

(4) sofrimento psicológico intenso
quando da exposição a indícios internos
ou externos que simbolizam ou lembram
algum aspecto do evento traumático.

? 1 2 3 F105

IR PARA
"TAG"
F. 31

? 1 2 3 F106

IR PARA
"TAG"
F. 31

? 1 2 3 F107

? 1 2 3 F108

? 1 2 3 F109

? 1 2 3 F110

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro

TEPT

... e quanto a ter sintomas físicos, como ter suor exagerado, respiração ofegante ou irregular ou coração batendo forte ou acelerado?

(5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

? 1 2 3 F111

PELO MENOS UM SINTOMA "B" É CODIFICADO COMO "3"

1 3 F112

IR PARA
"TAG".
F. 31

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsabilidade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:

Desde o (TRAUMA)...

... você tem feito algum esforço especial para evitar pensar ou falar sobre o que aconteceu?

(1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma

? 1 2 3 F113

... você tem se mantido afastado(a) de coisas ou pessoas que pudessem lembrar o que aconteceu?

(2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma

? 1 2 3 F114

... você não tem conseguido se lembrar de alguma parte importante do que aconteceu?

(3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma

? 1 2 3 F115

... você tem estado bem menos interessado(a) em fazer coisas que costumavam ser importantes para você, como ver os amigos, ler livros ou assistir à televisão?

(4) redução acentuada do interesse ou interesse ou da participação em atividades significativas

? 1 2 3 F116

... você tem se sentido distante ou isolado(a) das pessoas?

(5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas

? 1 2 3 F117

... você tem se sentido anestesiado(a) ou como se não fosse mais ter sentimentos fortes em relação a qualquer coisa ou sentimentos amorosos em relação a alguém?

(6) faixa de afeto restrita (p.ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho)

? 1 2 3 F118

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro

TEPT

... você notou alguma mudança na sua forma de pensar ou planejar o futuro? (7) sentimento de um futuro abreviado (p.ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida) ? 1 2 3 F119

PELO MENOS 3 SINTOMAS "C" SÃO CODIFICADOS "3" 1 3 F120

IR PARA
"TAG",
F. 31

Desde o (TRAUMA)...

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

... você tem tido dificuldades para dormir? (Que tipo de dificuldade?) (1) dificuldade em conciliar ou manter o sono ? 1 2 3 F121

... você tem estado irritado(a) habitualmente? Tem tido explosões de raiva? (2) irritabilidade ou surtos de raiva ? 1 2 3 F122

... você tem tido dificuldades para se concentrar? (3) dificuldade em concentrar-se ? 1 2 3 F123

... você tem estado muito vigilante ou em guarda mesmo quando não há razão para isso? (4) hipervigilância ? 1 2 3 F124

... você tem estado sobressaltado(a) ou tem ficado facilmente assustado(a), como por barulhos repentinos? (5) resposta de sobressalto exagerada ? 1 2 3 F125

PELO MENOS DOIS SINTOMAS "D" SÃO CODIFICADOS "3" 1 3 F126

IR PARA
"TAG",
F. 31

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro

TEPT

CRONOLOGIA DO TEPT

SE DÚBIO: Durante o último mês, você teve (SINTOMAS DO TEPT)? Preencheu os critérios para Transtorno de Estresse Pós-Traumático durante o último mês? 2 1 3 F130

INDICAR A SEVERIDADE ATUAL.

1 - Leve: Poucos, se algum, sintomas a mais dos requeridos para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam apenas em um leve prejuízo no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais habituais ou nos relacionamentos com os outros (ou critérios preenchidos para Dependência no passado e alguns problemas atuais). F131

2 - Moderado: Sintomas ou prejuízos funcionais entre "leve" e "severo".

3 - Severo: Muitos sintomas a mais dos requeridos para fazer o diagnóstico, e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais habituais ou nos relacionamentos com os outros.

CONTINUAR COM A *IDADE DE INÍCIO*. ABAIXO.

SE OS CRITÉRIOS ATUAIS NÃO FOREM PREENCHIDOS TOTALMENTE (OU SEQUER PREENCHIDOS): F132

4- EM REMISSÃO PARCIAL: Todos os critérios para o transtorno foram previamente preenchidos, mas atualmente apenas alguns dos sintomas ou sinais do transtorno permanecem.

5- EM REMISSÃO COMPLETA: Não há mais qualquer sintoma ou sinais do transtorno, mas é ainda clinicamente relevante anotar o transtorno.

6- HISTÓRIA PRÉVIA: Há uma história dos critérios terem sido preenchidos para o transtorno, mas o indivíduo é considerado como recuperado do mesmo.

Quando você teve pela última vez (QUALQUER SINTOMAS DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO)? Número de meses anteriores à entrevista quando teve pela última vez um sintoma de Transtorno de Estresse Pós-Traumático F133

IDADE DE INÍCIO

SE DESCONHECIDO: Quantos anos você tinha quando você teve pela primeira vez (SINTOMAS DO TEPT)? Idade de início de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (CODIFICAR 99 SE DESCONHECIDO) F134

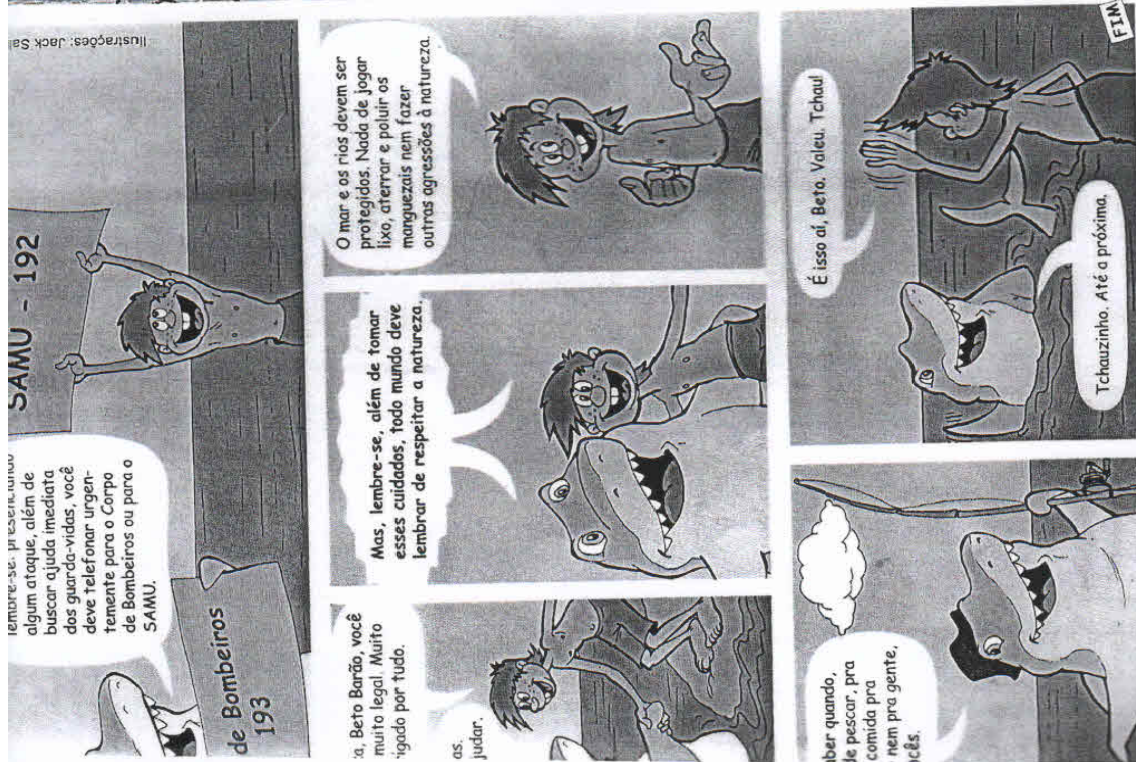
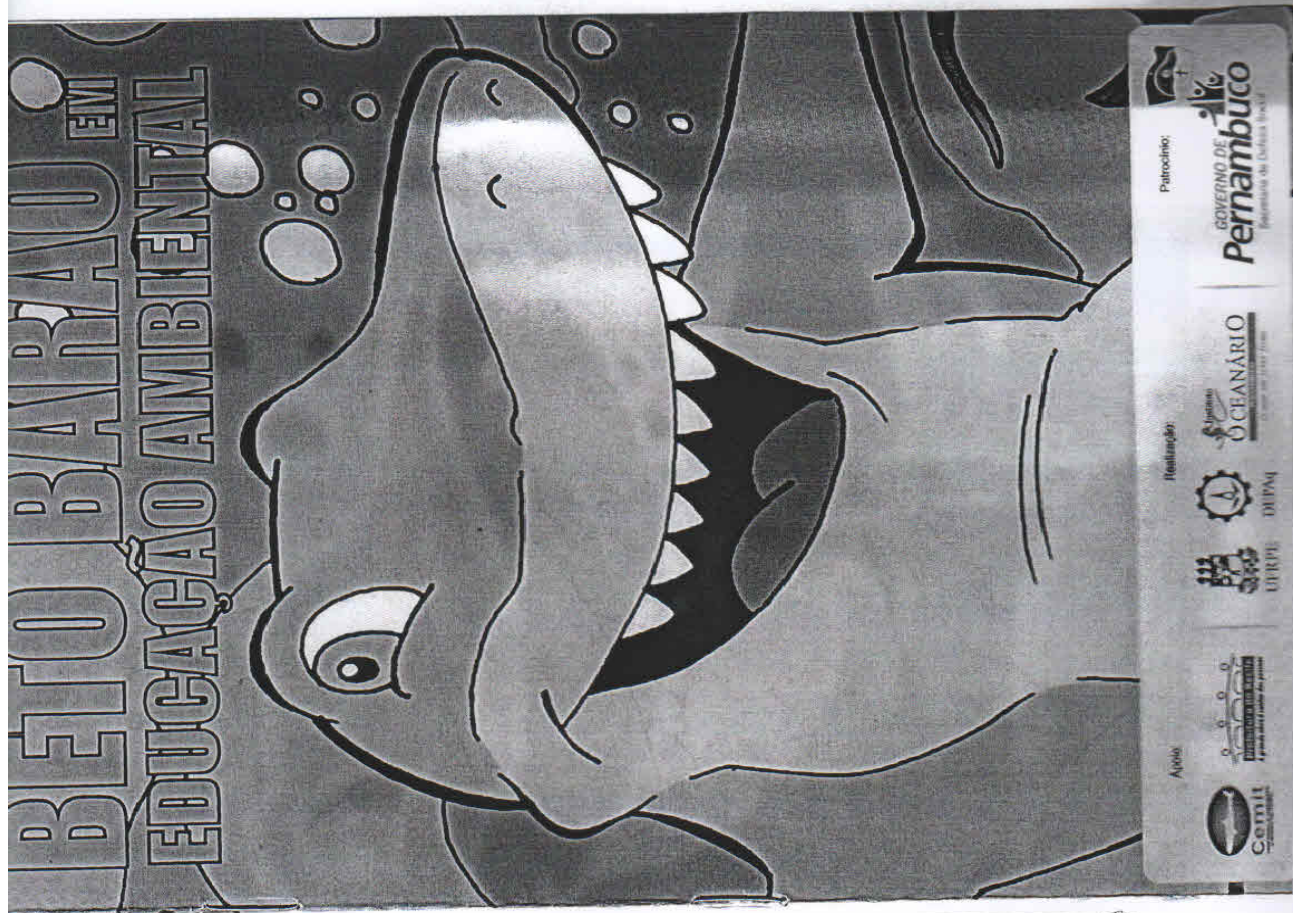
IR PARA *TAG*, F. 31

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro

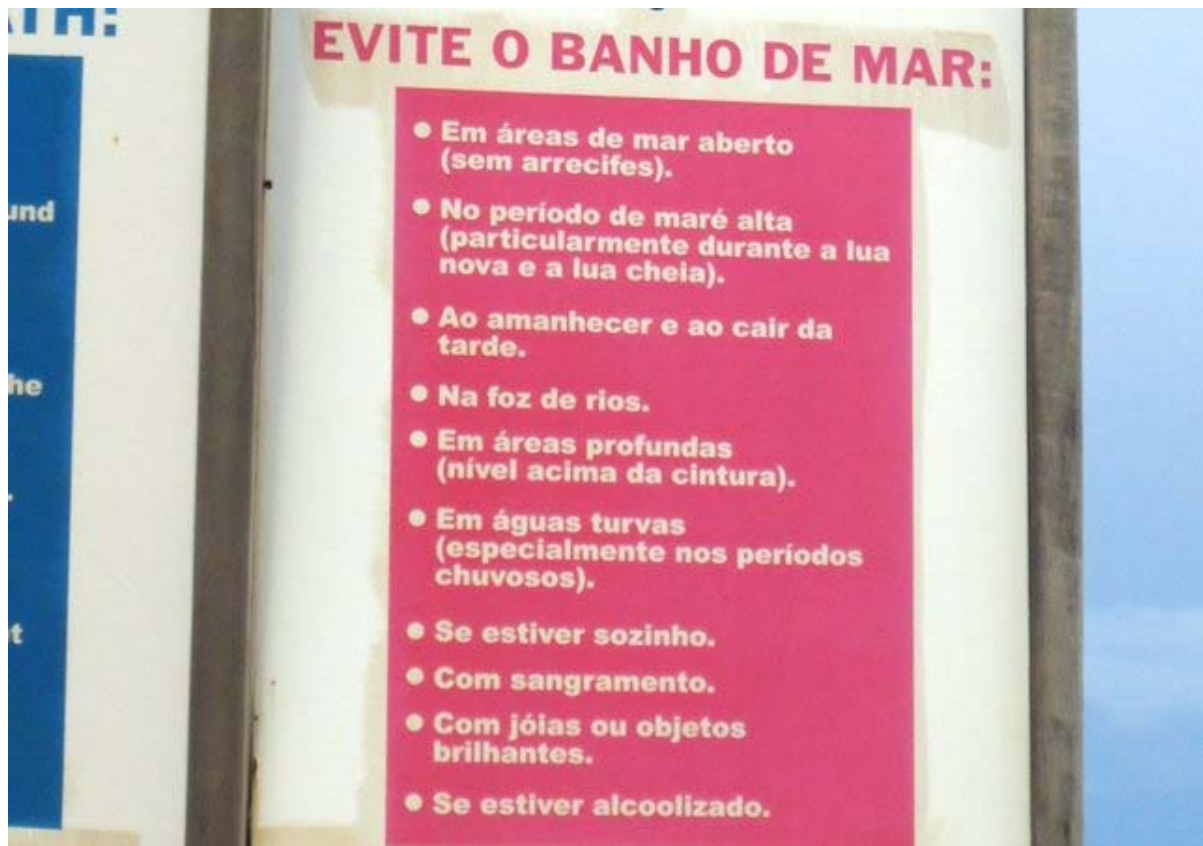


ANEXO O



Fonte: google.com.br

ANEXO P



ANEXO Q

04

DIÁRIO OFICIAL

Recife, Sábado, 07 de Janeiro de 1995

PODER EXECUTIVO

Governador: Miguel Arraes de Alencar

DECRETO Nº 18.313 DE 06 DE JANEIRO DE 1995

EMENTA: Disciplina a fiscalização do uso de embarcações miúdas nas Praias do Estado de Pernambuco.

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 37, IV da Constituição Estadual, bem como pelo Art. 270, § 2º do Regulamento do Tráfego Marítimo, combinado com a Portaria nº 008 da Diretoria de Portos e Costas do Ministério da Marinha e,

Considerando a premente necessidade de aprofundamento de pesquisas e estudos científicos que tenham por objeto detectar e diagnosticar as causas dos ataques de tubarões em trechos da costa pernambucana, notadamente:

- No Município de Jaboatão dos Guararapes:

1 - Da Avenida Beira Mar, nº 2120, até a Rua Nossa Senhora do Loreto, no bairro de Piedade;

2 - Da Avenida Beira Mar, esquina com a Rua Coronel Francisco Galvão, até a Rua Comendador José Didier, no bairro de Piedade;

3 - Da Avenida Beira Mar, nº 1180, até o Corpo de Salvamento, s/n, no bairro de Piedade.

- No Município do Recife:

1 - Da Avenida Boa Viagem, nº 6500, até o nº 6238, no bairro de Boa Viagem;

2 - Da Avenida Boa Viagem, nº 4558, até o nº 4224, no bairro de Boa Viagem;

3 - Da Avenida Boa Viagem, nº 3336, até o nº 3196.

- No Município do Cabo:

1 - Praia do Paiva;

2 - Praia de Gaiburi;

3 - Praia de Itapuarã.

- No Município de Olinda:

1 - Praia de Ponta Del Chifre.

Considerando o consenso existente entre as mais diversas entidades da Sociedade Pernambucana, a exemplo da Associação Pernambucana dos Surfistas, da Universidade Federal Rural de Pernambuco, através do seu Departamento de Pesca, do Trade Turístico, do Corpo de Bombeiros e da Sociedade em geral;

Considerando, ainda, a imperiosa necessidade da adoção de medidas que almejem combater as causas de incidência de ataques de tubarões a surfistas e banhistas e

Considerando, por fim, evitar danos ao afluxo de turistas e à utilização das praias pernambucanas, com resguardo da integridade daqueles que as frequentam,

DECRETA:

Art. 1º - Cabe ao Corpo de Bombeiros, nas áreas adjacentes às praias do Estado de Pernambuco, onde tem ocorridos acidentes com danos à integridade física dos banhistas e desportistas:

I - zelar pelo cumprimento das normas de utilização das embarcações;

II - orientar os banhistas, desportistas e assemelhados;

III - disciplinar a utilização de meios flutuantes, rígidos e infláveis, e de embarcações miúdas, tais como, pranchas de surf, pranchas de "body-boarding", calques, caiaques, "windsurf", e demais embarcações, quando for o caso, de acordo com a legislação em vigor.

Art. 2º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO DO CAMPO DAS PRINCESAS, em 06 de janeiro DE 1995.

Miguel Arraes de Alencar
GOVERNADOR DO ESTADO
Eduardo Henriques Accioly Campos
Alvaro Oscar Ferraz Jucá
Israel Nóbrega da Cunha
Jorge Luiz de Moura

ATOS DO DIA 06 DE JANEIRO DE 1995

O EXMO. SR. GOVERNADOR DO ESTADO ASSINOU OS SEGUINTE ATOS:

ATO Nº 160 . DE 06 DE JANEIRO DE 1995

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 37, inciso VIII da Constituição Estadual, RESOLVE nomear AUGUSTO DINIZ ACCIOLY LINS para exercer o cargo, em comissão, de Oficial de Gabinete da Governadoria, símbolo CG-6, do Gabinete do Governador.

ATO Nº 161 . DE 06 DE JANEIRO DE 1995

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 37, inciso VIII da Constituição Estadual, RESOLVE nomear BRUNO AUGUSTO PAES BARRETO BRENNAND para exercer o cargo, em comissão, de Oficial de Gabinete da Governadoria, símbolo CG-6, do Gabinete do Governador.

ATO Nº 162 . DE 06 DE JANEIRO DE 1995

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 37, inciso VIII da Constituição Estadual, RESOLVE nomear FELIPE AUGUSTO LIMA CARRERAS para exercer o cargo, em comissão, de Oficial de Gabinete da Governadoria, símbolo CG-6, do Gabinete do Governador.

ATO Nº 163 . DE 06 DE JANEIRO DE 1995

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 37, inciso VIII da Constituição Estadual, RESOLVE nomear JORGE FELIPE LINS DA COSTA para exercer o cargo, em comissão, de Oficial de Gabinete da Governadoria, símbolo CG-6, do Gabinete do Governador.

ATO Nº 164 . DE 06 DE JANEIRO DE 1995

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 37, inciso VIII da Constituição Estadual, RESOLVE nomear ODILON PEREIRA DA CUNHA FILHO, para exercer o cargo, em comissão, de Oficial de Gabinete da Governadoria, símbolo CG-6, do Gabinete do Governador.

ATO Nº 165 . DE 06 DE JANEIRO DE 1995

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 37, inciso VIII da Constituição Estadual, RESOLVE nomear RODRIGO AUREO DE LUCENA BRADLEY para exercer o cargo, em comissão, de Oficial de Gabinete da Governadoria, símbolo CG-6, do Gabinete do Governador.

ATO Nº 166 . DE 06 DE JANEIRO DE 1995

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 37, inciso VIII da Constituição Estadual, RESOLVE nomear ANA CAROLINA ADOLANDA CARNEIRO DA CUNHA para exercer o cargo, em comissão, de Assessor, símbolo CC-3, da Secretaria do Governo.

ATO Nº 167 . DE 06 DE JANEIRO DE 1995

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 37, inciso VIII da Constituição Estadual, RESOLVE nomear RICARDO PEDROSA BORTINO DE OLIVEIRA para exercer o cargo, em comissão, de Assessor, símbolo CC-3, da Secretaria do Governo.

ATO Nº 168 . DE 06 DE JANEIRO DE 1995

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 37, inciso VIII da Constituição Estadual, RESOLVE exonerar, a pedido, MARINANDA DE CARVALHO SILVA, do cargo, em comissão, de Diretor Adjunto da Diretoria de Administração Geral, símbolo CC-3, da Secretaria da Fazenda, a partir de 01 de janeiro de 1995.

ANEXO R

DECRETO Nº 21.402, DE 06 DE MAIO DE 1999

Estabelece a interdição, para prática de surf, body boarding e atividades náuticas similares, de áreas da orla marítima do Estado que indica; disciplina sua fiscalização e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelo art. 37,

incisos II e IV, da Constituição Estadual, fundamentado no art. 2º, inciso VIII da Lei Estadual nº

11.199, de 30 de janeiro de 1995,

CONSIDERANDO a constatação de índice elevado anormal de ataques de Tubarão, que vêm

vitimando os praticantes de surf, em determinadas áreas da orla marítima do Estado;

CONSIDERANDO a necessidade premente de instituir e disciplinar medidas coercitivas adequadas para efetivar o policiamento da prática de surf, e atividades análogas, nas áreas de

risco iminente;

CONSIDERANDO a atribuição Constitucional do Estado, conjunta com os outros entes Federados, em adotar medidas que almejem a proteção e defesa da saúde, integridade física e

bem-estar da população;

CONSIDERANDO o objetivo principal e inadiável de reduzir ao máximo a estatística alarmante

de ataques de Tubarão, observada especificamente em relação aos praticantes e desportistas

do surf em nosso Estado,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituída área de interdição, para as práticas de surf, body boarding, e atividades

desportivas náuticas similares, na faixa litorânea da orla marítima dos seguintes municípios:

Paulista;

Olinda;

Recife;

Jaboatão dos Guararapes; e

Cabo de Santo Agostinho.

Art. 2º Compete ao Corpo de Bombeiros Militar, sem prejuízo das competências previstas na Lei Estadual nº 11.199, de 30 de janeiro de 1995, na efetivação do presente decreto:

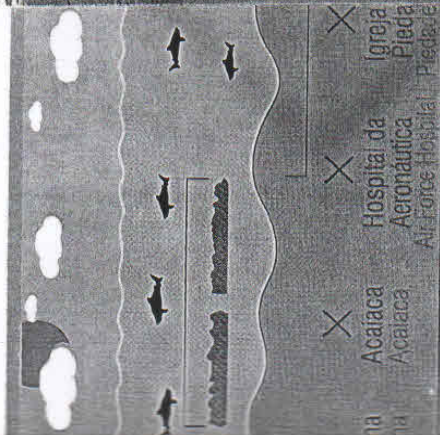
I - prestar orientação e esclarecimentos à população, acerca das áreas de perigo interditas,

e sobre as restrições que trata este Decreto;

II - fiscalizar as áreas interditas, proibindo a prática das atividades dispostas no artigo anterior;

III - apreender pranchas, embarcações miúdas e equipamentos dos indivíduos que violarem a interdição instituída por este Decreto na forma disciplinada pelo eu art. 4º;

SEGURANÇA NAS PRAIAS SAFETY ON THE BEACH



Nesta área de nossa orla, do Paredão à Paredão, existe um canal profundo que favorece a aproximação de tubarões. This area of our sea shore, from Paredão to Paredão, is a deep canal that facilitates shark's approach.

EVITE TOMAR BANHO NOS TRECHOS ASSINALADOS COM O 'X', ESPECIALMENTE QUANDO NÃO EXISTIR ARRECIFFES.

AVOID BATHING ON THE AREAS MARKED WITH 'X', ESPECIALLY WHERE THERE ARE NO REEFS.

PRESERVE O MEIO AMBIENTE. BOMBARDIERS:
PRESERVE THE ENVIRONMENT. FOR EMERGENCY



EDUCAÇÃO AMBIENTAL

PROJETO DE PESQUISA E MONITORAMENTO DE TUBARÕES NO ESTADO DE PERNAMBUCO




ATENÇÃO

PARA MINIMIZAR A POSSIBILIDADE DE INCIDENTE COM TUBARÃO, OBEDEÇA ÀS PLACAS DE ADVERTÊNCIA, PROCURE BANHAR-SE SOB ORIENTAÇÃO DOS GUARDA-VIDAS E EVITE O BANHO DE MAR NAS SEGUINTES CIRCUNSTÂNCIAS:

- Em áreas de mar aberto, ou seja, sem a proteção dos recifes naturais ou artificiais.
- Nas marés altas, principalmente nos períodos de lua cheia e lua nova.
- Ao amanhecer e ao cair da tarde, quando os tubarões são mais ativos.
- Na boca de rios, porque as correntes da maré vazante são mais intensas, podendo arrastar o banhista para o mar ao largo, além de haver uma maior probabilidade da presença do tubarão Cabeça-chata.
- Em águas que ultrapassem a linha da cintura (água no umbigo, sinal de perigo).
- Quando a água estiver turva, especialmente nos períodos chuvosos.
- Se estiver sozinho, pois os tubarões, normalmente, atacam presas solitárias.
- Se estiver com qualquer tipo de sangramento.
- Com jóias ou objetos brilhantes.
- Quando ingerir bebidas alcoólicas.

Apóio: Prefeitura de Recife, Governo de Pernambuco, Instituto Oceanário, UFRPE, DEPA.

Patrocinador: Governo de Pernambuco, Secretaria de Defesa Social.

Realização: Instituto Oceanário, Prefeitura de Recife.