

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

HENRIQUE SEUS CARUCCIO

**TRAUMA NA INFÂNCIA E RESILIÊNCIA NA VIDA ADULTA DE
MULHERES QUE ENGRAVIDARAM NA ADOLESCÊNCIA**

Pelotas

2015

HENRIQUE SEUS CARUCCIO

**TRAUMA NA INFÂNCIA E RESILIÊNCIA NA VIDA ADULTA DE MÃES QUE
ENGRAVIDARAM NA ADOLESCÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Karen A. T. Pinheiro

Pelotas

2015

**TRAUMA NA INFÂNCIA E RESILIÊNCIA NA VIDA
ADULTA DE MÃES QUE ENGRAVIDARAM NA
ADOLESCÊNCIA**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Fábio Monteiro da Cunha Coelho

Profa. Dra. Mariane Lopez Molina

Orientador(a) – Profa. Dra. Karen Amaral Tavares Pinheiro

RESUMO

Desde muito tempo, a psicanálise traz a ideia de que existe um “filtro” em nossas mentes, e que a capacidade deste varia de pessoa para pessoa. Nesse contexto, eventos determinantes, podendo ser denominados estressores, podem alterar a eficiência deste filtro. A partir disso, a resiliência pode ser entendida como a capacidade de passar por eventos adversos e mesmo assim manter-se bem, adaptando-se positivamente – “continuar filtrando de modo eficaz”. Ainda na psicanálise, falando agora de trauma, este pode ser entendido como um choque violento que pode romper a barreira protetora do ego, podendo acarretar perturbações duradouras sobre a organização mental do indivíduo. Estima-se que se um trauma ocorre na infância é possível que hajam grandes prejuízos psíquicos ao indivíduo, frente a tamanha desordem causada pelo evento negativo. O objetivo do presente estudo foi verificar a associação entre trauma na infância e a resiliência na vida adulta de mulheres que engravidaram na adolescência cujos filhos estavam com idades entre 24 e 36 meses. Essas mães foram advindas de um ensaio clínico randomizado que avaliou uma intervenção psicológica para prevenção da depressão gestacional e do pós-parto. O estudo transformou-se em uma coorte, e na fase quando as crianças estavam entre a faixa etária supracitada foi realizada uma avaliação multiprofissional, dando origem ao presente trabalho. As mães responderam a um questionário que continha questões sobre aspectos sociodemográficos, um instrumento que avaliou os traumas na infância em cinco domínios (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional) denominado *The Childhood Trauma Questionnaire* “CTQ” e ainda uma escala que mede a resiliência, proposta por Wagnild & Young. Como resultado, foi escrita esta dissertação e dela surgiu um artigo a ser publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria. Foram avaliadas 539 díades “mãe-criança” sendo verificado que as mães com menores escores de resiliência são aquelas que sofreram mais traumas na infância, principalmente aqueles de origem emocional.

Palavras-chave: Resiliência, Trauma, Trauma na Infância

ABSTRACT

Psychoanalysis has been bringing the idea there is a "filter" in our minds, and that this ability varies from person to person. In this context, decisive events, which may be called stressors, may alter the efficiency of this filter. The resilience may be understood as the ability to pass for adverse events and hold up well, adapting positively - "keeping filtering effectively." In psychoanalysis, considering trauma, this may be understood as a violent shock, which may break through the protective barrier of the ego and may cause lasting mental disorders on the individual organization. It is estimated that if a trauma occurs in childhood, psychological damage might occur to the individual, for the disorder caused by the negative event. This study aims to investigate the association between childhood trauma and resilience in adulthood of women who became pregnant in adolescence and whose children were between 24 and 36 months. Mothers were chosen from a randomized clinical trial which evaluated psychological intervention for the prevention of gestational depression and postpartum. This study turned into a cohort, and when the children were between 24 and 36 months old, the multidisciplinary assessment was conducted. The mothers answered a questionnaire on sociodemographic characteristics, an instrument for the childhood trauma in five domains (physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, physical neglect and emotional neglect) called The Childhood Trauma Questionnaire "CTQ"; and a scale for resilience proposed by Young & Wagnild. As a result, this dissertation was written and was published in the Brazilian Journal of Psychiatry. There were evaluated 539 dyads "mother-child" and it has been found mothers with lower resilience scores are those who suffered more trauma in childhood, especially those of emotional etiology.

Keywords: Resilience, Trauma, Trauma in Childhood

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo hierárquico para análise dos dados.....	24
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação do número de artigos encontrados e selecionados bem como dos descritores utilizados em cada base de dados pesquisada.....	16
Tabela 2 - Quadro dos artigos mais recentes sobre o assunto de interesse.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AE – Abuso Emocional

AF – Abuso Físico

AS – Abuso Sexual

BDNF - Brain-derived Neurotrophic Fator

CTQ - The Childhood Trauma Questionnaire

CTQ - The Childhood Trauma Questionnaire.

DSM IV - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

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

NE – Negligência Emocional

NF – Negligência Física

NGF - Nerve Growth Factor

RBP – Revista Brasileira de Psiquiatria

TAB – Transtorno Afetivo Bipolar

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT - Transtorno de Estresse Pós Traumático

UBSs - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
PROJETO.....	12
1 IDENTIFICAÇÃO.....	13
1.1 Título	13
1.2 Titulação em andamento que designa o autor do trabalho (ex. Mestrando).....	13
1.3 Orientador	13
1.4 Instituição	13
1.5 Curso	13
1.6 Linha de pesquisa	13
1.7 Data	13
2 INTRODUÇÃO	14
3 OBJETIVOS	15
4 HIPÓTESES	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
6 MÉTODO	22

6.1 Delineamento	22
6.2 Participantes	22
6.3 Procedimentos e instrumentos.....	23
6.4 Análise dos dados.....	24
6.5 Aspectos éticos	25
6.6 Cronograma	26
6.7 Orçamento	27
7 REFERÊNCIAS	28
8 ARTIGO	30
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO.....	40
ANEXOS	43
Anexo A: Termo de consentimento livre e esclarecido	44
Anexo B: Questionário.....	45

APRESENTAÇÃO

Entende-se por resiliência, a capacidade do indivíduo em se adaptar a diferentes circunstâncias ambientais, mesmo sendo estas muitas vezes hostis. Tal capacidade pode ser determinada por características individuais (neurobiologia), coesão familiar e apoio/suporte externo.

Eventos traumáticos podem desencadear uma série de experiências internas e que por sua vez podem gerir processos que “ferem” o psiquismo atuando de modo a influenciar negativamente no desenvolvimento de experiências positivas dali em diante. Quando estes acontecimentos estiverem presentes numa mente ainda em desenvolvimento, os “danos” podem ser ainda mais devastadores, visto que os mecanismos de proteção ainda não estão bem formados.

A presente dissertação de mestrado busca investigar os efeitos do trauma da infância em cinco domínios (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional) na resiliência na vida adulta de mães que engravidara, na adolescência cujos filhos estão com idades entre 24 e 36 meses. Nela constam um projeto previamente qualificado, um artigo científico de acordo com as normas da Revista Brasileira de Psiquiatria (RBP) e uma sessão final com um fechamento geral do trabalho que contém uma conclusão, além de alguns resultados que não foram pertinentes incluir no artigo.

PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: TRAUMA NA INFÂNCIA E RESILIÊNCIA NA VIDA ADULTA DE MÃES QUE ENGRAVIDARAM NA ADOLESCÊNCIA

1.2 Designação do titulação pretendida pelo autor: Mestrando Henrique Seus Caruccio

1.3 Orientador: Karen Amaral Tavares Pinheiro

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Saúde Materno-Infantil

1.7 Data: Julho, 2015

1.8 Periódico: Revista Brasileira de Psiquiatria

2. INTRODUÇÃO

A resiliência na mulher puérpera e a gravidade dos traumas na infância tem sido associados inversamente, sendo estes últimos proporcionais a presença de transtornos psiquiátricos na vida adulta.¹ A resiliência pode ser entendida como um processo dinâmico que tem como produto a adaptação positiva em situações de adversidade. Nesse contexto, tem-se três entes que devem estar compreendidos no processo de resiliência: a noção de adversidade, risco, trauma ou ameaça ao desenvolvimento humano; a adaptação positiva ou superação da adversidade e por fim, o processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem no desenvolvimento humano².

Segundo o DSM IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), trauma é a experiência de ameaça a vida ou à integridade física, vivenciada com intenso medo, desamparo ou terror³. O conceito de trauma, transpondo-o ainda mais para o plano psíquico, pode-se dizer que é um choque violento capaz de romper a barreira protetora do ego, podendo acarretar perturbações duradouras sobre a organização psíquica do indivíduo^{4, 5}.

Sabe-se que é na infância que ocorrem os primeiros determinantes do desenvolvimento da personalidade no adulto⁶. Nesse contexto, traumas psicológicos ocorridos na infância podem levar a comportamentos disfuncionais na vida adulta e interferir em como a criança se desenvolverá. Portanto, é pertinente investigar os diversos efeitos (psicológicos e neurobiológicos) do trauma infantil na vida adulta e suas repercussões^{7, 8}.

Ademais, a produção científica que associa a resiliência e violência/trauma em mulheres é escassa, concentrando-se apenas em torna-la visível e tipifica-la, sem discutir mais profundamente seus achados.⁹ O objetivo do presente estudo é verificar a associação entre trauma na infância e a resiliência na vida adulta de mulheres que engravidaram na adolescência.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do presente estudo é verificar a associação entre trauma na infância e a resiliência na vida adulta de mulheres que engravidaram na adolescência.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra em relação aos aspectos sociais, demográficos e quanto a seus hábitos de vida/saúde;
- Discriminar as médias dos escores de resiliência quando aos aspectos sócio-demográficos e de saúde e verificar sua associação;
- Avaliar a associação entre o abuso emocional, físico e sexual, negligência emocional e física sobre a resiliência.

4. HIPÓTESES

- Aquelas mulheres pertencentes as classes sociais mais baixas bem como aquelas que engravidaram mais jovens são as menos resilientes.
- As menores médias nos escores de resiliência estarão entre as mulheres que sofreram algum tipo de abuso, principalmente no que se refere ao do tipo sexual.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Critérios de Busca

A busca de artigos foi realizada na base de dados do PubMed – National Center for Biotechnology Information (NCBI – Pubmed), do The Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Nessa busca não houve limitação quanto ao idioma, ano, tipo de artigo ou disponibilidade de acesso. Para a busca no PubMed foi realizada um pré-busca no NCBI-Mesh a fim de encontrar os descritores corretos.

Tabela 1. Relação do número de artigos encontrados e selecionados bem como dos descritores utilizados em cada base de dados pesquisada.

Base de Dados	Descritores	Número de Artigos	Artigos Selecionados
Pubmed	(((childhood) OR infancy) AND trauma) AND resilience	106	6
	(((child) AND trauma) AND resilience) AND adult	107	2
LILACS	(tw:(childhood)) OR (tw:(infancy)) AND (tw:(trauma))	518	1
	((tw:(childhood)) OR (tw:(infancy)) AND (tw:(trauma)) AND (tw:(resilience))	02	1

Na base de dados da SciELO foram utilizados os mesmos descritores e dos 65 artigos encontrados 2 foram selecionados. Também foram realizadas buscas nas referências dos estudos encontrados bem como na literatura “cinzenta”.

5.2 Resiliência

Há muito tempo o conceito de resiliência vem sendo lapidado e constituído de diversas nuances com complexidades crescentes. Para se ter ideia, Freud em 1915 já apontava a existência de um “filtro” protetor do psiquismo, considerando o trauma como um evento que ultrapassa a capacidade de contenção desse “filtro”, fazendo alusão ao que

hoje denomina-se resiliência^{2, 6}. Didaticamente, existem componentes essenciais quando se fala desta: a detecção da adversidade (risco, ameaça...), a adaptação - que é positiva se houve o processo de resiliência (adaptação resiliente) e ainda o próprio processo de resiliência que é determinado por múltiplos “fatores de risco” os quais podem ser familiares, biológicos, cognitivos, afetivos e ainda socioculturais².

Logo, ao longo desses anos, após muito se discutir, sabe-se que a resiliência é uma resposta global pondo em jogo mecanismos de proteção que permite ao indivíduo sair fortalecido da adversidade, em cada situação específica, respeitando as características pessoais².

5.3 Trauma Infantil

Além do conceito físico de trauma, a psicanálise o transpôs para o plano psíquico definindo-o como choque violento que pode romper a barreira protetora do ego, podendo acarretar perturbações duradouras sobre a organização mental do indivíduo. Ainda, Freud conferiu ao trauma um duplo destino: o primeiro é aquele que após a sucessão/acúmulo de ocorrências permite a rememoração e elaboração e o segundo que é aquele mais negativo, que se torna um verdadeiro entrave para o desenvolvimento do psiquismo^{5, 10}.

Assim, na vida adulta, a percepção da realidade e parte da personalidade será determinada pela maneira como esse psiquismo se desenvolveu ao longo dos anos iniciais. Simplificadamente, os eventos traumáticos ficam “povoando” o mundo interno do indivíduo na sua infância, servindo de base para as vivências futuras^{5, 10}.

Ademais, a criança por ser “imatura” psiquicamente tem menor capacidade de responder positivamente a um evento traumático e com isso representa-lo internamente de modo desfavorável. Portanto, pode-se dizer que traumas na infância levam a deficiências no desenvolvimento das defesas psicológicas, nos padrões adaptativos e cognitivos^{6, 7}.

5.3 Repercussões do Trauma na Vida Adulta

Fazem parte da mente humana os modelos de relações com o outro e consigo mesmo construídos desde o nascimento mas que podem ser reconstruídos ao longo da vida. Essa reconstrução se dá a partir das projeções e introjeções de impulsos amorosos e agressivos^{10, 11}. É bem documentado que aquelas vivências ditas mais “adequadas” na

infância proporcionam o desenvolvimento de defesas psicológicas mais maduras, o que permite um melhor padrão de adaptação da personalidade, uma maior qualidade dos relacionamentos interpessoais e uma melhor cognição^{6,7}.

São diversos os estudos que apontam que os traumas infantis como negligência, violências emocionais, físicas e/ou sexuais bem com carências, entre outros interferem sobremaneira na forma como essas crianças irão desenvolver-se. Eventos anteriormente descritos estão significativamente associados ao déficits no funcionamento social^{6,11,12}.

5.3 Repercussões do Trauma Infantil na Vida Adulta – algumas das evidências mais recentes

Ural *et al* estudou 92 pacientes com distúrbio do pânico, avaliando a presença de distúrbios dissociativos associados ao histórico de trauma na infância. Todas as variáveis relacionadas ao trauma na infância estiveram diretamente relacionadas com a gravidade dos sintomas dissociativos e também ao transtorno de pânico propriamente dito.

Um estudo com 116 indivíduos mais velhos (59-98) investigou a associação entre eventos traumáticos na infância e a presença de estresse pós-traumático (TEPT) na vida adulta. Os resultados mostraram que eventos de trauma durante a infância foram associados com sintomas patológicos clássicos de TEPT. Conclui-se que a infância traumática com presença de estresse afeta indivíduos em todo o ciclo da vida e pode estar associada com determinadas consequências psicopatológicas¹⁶.

Sit *et al* avaliou 628 mães deprimidas em 4 a 6 semanas pós parto e dentre outros achados, a presença de trauma físico na infância foi associada a prática de auto mutilação. Falando mais especificamente da resiliência, Infurna *et al* estudou através de 191 auto relatos de trauma na infância quanto ao “comportamento” frente ao bem estar e aos eventos negativos. Quem declarou mais eventos de trauma na infância obteve níveis de bem estar menores quando expostos a situações negativas. Também, a resposta a eventos cotidianos não tão “bons” foi pior naqueles indivíduos com traumas na infância fazendo alusão a uma menor resiliência.

Pacientes com transtorno afetivo bipolar (TAB) foram estudados quanto a presença de algum tipo de trauma na infância e o impacto destes sobre a resiliência.

Através de uma análise de regressão, concluiu-se que o abuso sexual e emocional na infância tem impacto negativo sobre a resiliência dos pacientes bipolares¹⁷.

Sexton *et al* investigou 214 mães aos 4 meses do período pós-parto, sendo que 145 tinham histórias de abuso/negligência na infância. Conclui-se que uma maior resiliência foi associada a redução dos processos psicopatológicos e a um maior bem-estar em todas as mães. Ele ainda serviu como um amortecedor contra os sintomas psiquiátricos decorrentes de algum tipo de trauma de infância. O estudo enfatiza que tais achados podem auxiliar na identificação de aprimoradas maneiras de intervenção com o objetivo de melhorar a resiliência para beneficiar o bem-estar perinatal.

O estudo de Vilete *et al* avaliou 3231 indivíduos entre 15 e 75 anos de idade quanto a adaptação positiva sobre os pontos de vista: tempo de vida, ausência de ansiedade, depressão e transtornos relacionados ao álcool – quando houve exposição a pelo menos um tipo de trauma. Dentre os principais achados, o sexo masculino foi o mais resiliente e a resiliência obteve uma relação linear inversa com a presença de violência durante a infância. Logo, de acordo com os achados supradescritos, pode-se concluir que estes vão de encontro as teorias propostas no início dessa revisão.

Tabela 2. Quadro dos artigos mais recentes sobre o assunto de interesse.

Autor, ano	Desenho	N	Principais resultados e/ou conclusões
Ural <i>et al</i> , 2015	Transversal	92	Trauma na infância diretamente relacionado com gravidade de sintomas psiquiátricos.
Krammer <i>et al</i> , 2015	Transversal	116	Trauma na infância está associado a problemas psicopatológicos em todo o ciclo de vida do indivíduo.
Sit <i>et al</i> , 2015	Transversal	628	Trauma na infância esteve associado a auto mutilação na vida adulta.

Autor, ano	Desenho	N	Principais resultados e/ou conclusões
Infurna <i>et al</i> , 2015	Transversal	191	Traumas na infância apontam menor “bem estar” frente a situações negativas.
Kesebir <i>et al</i> , 2015	Transversal	35	Abuso sexual e emocional tem impacto negativo sobre a resiliência.
Sexton <i>et al</i> , 2015	Transversal	245	Resiliência serviu como um amortecedor contra os sintomas psiquiátricos decorrentes de algum tipo de trauma de infância.
Vilete <i>et al</i> , 2014	Transversal	3231	Resiliência obteve uma relação linear inversa com a presença de violência durante a infância.

6. MÉTODO

6.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte, advinda da continuidade de um ensaio clínico com gestantes adolescentes da cidade de Pelotas –RS intitulado “Intervenção psicológica para prevenção da depressão gestacional e do pós-parto em adolescentes: Ensaio randomizado”. O corte transversal foi realizado na etapa onde o estudo encontrava-se na fase de avaliação do desenvolvimento infantil dos bebês com idades entre 24 e 36 meses, cujas mães estavam sendo entrevistadas para a presente investigação.

6.2 Participantes

Participaram deste corte transversal todas as mães da coorte supracitada que engravidaram na adolescência e que os seus filhos estavam com idades entre 24 e 36 meses, na etapa de avaliação do seu desenvolvimento infantil. Vale lembrar que inicialmente essas mães adolescentes foram captadas de uma das 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Pelotas-RS, que haviam engravidado na adolescência (entre os 10 e os 19 anos) e realizavam pré-natal pelo Sistema Único de Saúde.

Para o cálculo da amostra foi considerada a prevalência de transtorno de humor na população de gestantes adolescentes de 20% e uma proporção de atraso no desenvolvimento infantil no grupo de não expostas (mães sem transtorno do humor) de 14%, com risco relativo igual a dois, em nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, resultando em 486 díades. A este número foi acrescentado trinta por cento para eventuais perdas e recusas, totalizando 633 díades.

6.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudos todas as mães que participaram do ensaio clínico randomizado, cujos filhos estavam com idades entre 24 e 36 meses.

6.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo todas as mães cujos filhos haviam ultrapassado os 36 meses de idade, mudado-se de cidade ou recusado-se a participar da etapa do estudo.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

As mães chegavam ao local de avaliação (Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas) com seus filhos e algumas vezes também com os respectivos pais das crianças. Após a explicação detalhada de como funcionaria a etapa do estudo, foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) [ANEXO A] por todos os participantes, em duas vias de igual validade – ficando uma com o participante e uma com o entrevistador.

As avaliações nesta etapa do estudos foram compostas por diversos instrumentos e por uma equipe multiprofissional, cada uma com seus interesses. Portanto, para o presente estudo foram aplicados os seguintes instrumentos:

Caracterização da Amostra [ANEXO B]: questionário sócio-demográfico, incluindo avaliação socioeconômica que será realizada pelos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).²² Essa classificação baseia-se na escolaridade do chefe da família e no acúmulo de bens materiais, classificando os sujeitos em cinco níveis (A, B, C, D e E, sendo a E o mais baixo). Os níveis da ABEP serão divididos em três grupos para as análises (A e B, C e D e E).

The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) [ANEXO B] – versão curta: trata-se de um instrumento para triagem de abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. A versão curta é composta por 28 questões, sendo apresentadas em uma escala tipo “*likert*” de 1 a 5 por questão.

Segundo a escala, Abuso Emocional (AE) se refere a agressões verbais no sentido humilhante, degradante ou de comportamento ameaçador direcionado para uma criança por uma pessoa mais velha. O Abuso Físico (AF) refere-se a agressões corporais em uma criança por uma pessoa mais velha que representam um risco de lesão. O Abuso Sexual (AS) refere-se ao contato sexual ou comportamento do tipo entre uma criança e um adulto, incluindo coerção explícita. Negligência Emocional (NE) refere-se a falha dos cuidadores em proporcionar necessidades psicológicas e emocionais básicas como o amor, incentivo, inclusão e apoio. Negligência Física (NF) refere-se à incapacidade de fornecer necessidades físicas básicas, incluindo comida, abrigo e segurança.

As pontuações finais são classificadas de acordo com a pontuação de corte local para a gravidade do abuso e negligência em: “nenhuma a mínima”, “baixa a moderada”, “moderada a grave” e “grave a extrema”. No entanto, embora validada para a população brasileira, ainda não há um ponto de corte para a nossa população. Destaca-se então que a pontuação total da CTQ leva em conta a severidade de múltiplas formas de abuso e negligência.²³

Escala de Resiliência (*Resilience Scale*) [ANEXO B]: a escala de resiliência desenvolvida por Wagnild & Young 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.²⁴

6.3.1 Desfecho

O desfecho primário do presente estudo é a resiliência.

6.3.2 Definição das variáveis

6.3.3.1 Variáveis Sociodemográficas

- Idade / Discreta (engravidou)
- Estado Civil / Categórica
- Escolaridade / Ordinal
- ABEP / Ordinal
- Trabalha / Dicotômica
- Renda / Contínua

6.3.3.2 Variáveis de Saúde/Hábitos de Vida

- Histórico de Tratamento Psicológico/Psiquiátrico / Categórica

6.3.3.3 Variáveis de Trauma

- Escore de Abuso Emocional / Discreta

- Escore de Abuso Físico / Discreta
- Escore de Abuso Sexual / Discreta
- Escore de Negligência Emocional / Discreta
- Escore de Negligência Física / Discreta

6.3.3.3 Variáveis de Resiliência

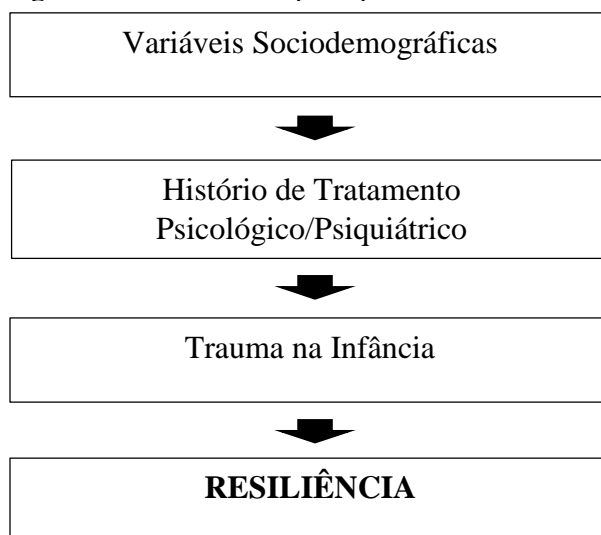
- Escore de Resiliência / Discreta

6.4 Análise dos Dados

Após a codificação dos instrumentos será realizada dupla entrada dos dados no programa EpiInfo 6.04d. Para realização de checagem automática dos dados no momento da digitação será utilizado o comando *check*, além de serem testadas no mesmo *software* as inconsistências na digitação comparando as duas entradas de dados.

Para análise dos dados serão utilizados os programas SPSS 13.0 e STATA 9, com os testes estatísticos apropriados para cada objetivo do estudo.

Figura 1. Modelo hierárquico para análise dos dados.



6.5 Aspectos Éticos

Neste protocolo de pesquisa foram respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. As mulheres receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um

TCLE. Foi assegurado o direito de confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados. As mulheres que apresentaram, em qualquer fase do estudo, algum transtorno mental, foram encaminhadas para atendimento psiquiátrico no Ambulatório de Psiquiatria da UCPEL. Os bebês com prejuízo no desenvolvimento neuropsicomotor foram encaminhados a clínica de fisioterapia da UCPEL, e aqueles com atraso cognitivo foram encaminhados à clínica psicológica da UCPEL.

Obs. Os estudos maiores os quais o presente trabalho está vinculado, foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPEL com os seguintes pareceres: Parecer n 2006/72, Parecer n 2006/97.

6.6 Cronograma

Atividades	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamento das escalas	X																								
Estudo piloto		X																							
Trabalho de campo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Codificação dos dados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Digitação dos dados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Análise dos resultados															X	X	X	X	X						
Elaboração 1º artigo (Qualis A)																					X	X	X	X	

*Refere-se ao mês de setembro de 2011

6.7 Orçamento

Material de consumo	Quantidade (unidades)	Preço unitário (R\$)	Preço Total (R\$)
Kit para dosagem de BDNF humano	1	4200,00	4200,00
Kit para dosagem de NGF humano salivar	1	4200,00	4200,00
Kit para dosagem cortisol salivar humano	3	1800,00	5600,00
Reagentes de grau analítico (sais, tween 20)		3000,00	3000,00
Material para coleta (tubos, seringas, agulhas. Luvas, microtubos, etc.)		4000,00	4000,00
Total			20.000,00

7. REFERÊNCIAS

1. Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The roles of resilience and childhood trauma history: main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *J Affect Disord.* 2015, 174: 562-568.
2. Infante F. "A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente." *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas (2005):* 23-38.
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais.* 2002. Artmed (Porto Alegre).
4. Freud S. Teoria geral das neuroses, 1917, 1916. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976; 16: 289-539.
5. Zavaschi MLS, Satler F, Poester D, Vargas CF, Piazenski, Rohde LAP, Eizirik CL. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(4):189-95.
6. Goi JD. *Da Dissociação à Resiliência: A influência das experiências infantis no estilo de defesa dos adultos [dissertação de mestrado].* Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
7. Russ E, Heim A, Westen D. Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. *J Pers Disord.* 2003; 17(6): 522-36.
8. Akbaba Turkoglu S, Essizoglu A, Kosger F, Aksaray G. Relationship between dysfunctional attitudes and childhood traumas in women with depression. *Int J Soc Psychiatry.* 2015;
9. Labronici LM. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(3) 625 – 632.
10. Freud S. Moisés e o monoteísmo, 1939. In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976; 3:13-161.

11. Klein M. Princípios Psicológicos del Analisis Infantil. In: Obras Completas. Buenos Aires: Paidós Hormes; 1926.
12. Eizirik CL, Hauk S. Psicanálise e Psicoterapia e Orientação Analítica. In: Cordioli, A.V.C Psicoterapia: Abordagens Atuais. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed. 2008: 151-166.
13. Doyle C. Surviving and coping with emotional abuse in childhood, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2001; 6(3): 387-402.
14. Briere J, Elliott DM. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*. 2003; 27: 1205–1222.
15. Ural C, Belli H, Akbudak M, Tabo A. Childhood Traumatic Experiences, Dissociative Symptoms and Dissociative Disorder Comorbidity among Patients with Panic Disorder: A Preliminary Study. *J Trauma Dissociation*. 2015;
16. Krammer S, Kleim B, Simmen-Janevska K, Maercker A. Childhood trauma and complex PTSD symptoms in older adults: A study on direct effects and social-interpersonal factors as potential mediators. *J Trauma Dissociation*. 2015
17. Sit D, Luther J, Buysse D, Dills JL, Eng H, Okun M, et al. Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. *J Psychiatr Res*. 2015
18. Infurna FJ, Rivers CT, Reich J, Zautra AJ. Childhood trauma and personal mastery: their influence on emotional reactivity to everyday events in a community sample of middle-aged adults. *PLoS One*. 2015; 10 (4).
19. Kesebir S, Ünübol B, Tatlıdıl Yaylacı E, Gündoğar D, Ünübol H. Impact of childhood trauma and affective temperament on resilience in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord*. 2015
20. Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The roles of resilience and childhood trauma history: main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *J Affect Disord*. 2015, 174: 562-568.
21. Vilete L, Figueira I, Andreoli SB, Ribeiro W, Quintana MI, de Jesus Mari J, *et al*. Resilience to trauma in the two largest cities of Brazil: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2014.

22. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2011. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). [Acesso em maio de 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
23. Oliveira RG, Moreira HC, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. PLOS ONE. 2014; 9 (1): 1-7.
24. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. J Nurs Meas 1993; 1:165-78.

ARTIGO

FOLHA DE ROSTO**TRAUMA NA INFÂNCIA E RESILIÊNCIA NA VIDA ADULTA DE MÃES QUE ENGRAVIDARAM NA ADOLESCÊNCIA**

Periódico a ser submetido: **Revista Brasileira de Psiquiatria**

Henrique Seus Caruccio - Aluno do Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas. Pelotas – Brasil.

Ciciliane Leite Foster - Aluna do Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas. Pelotas – Brasil.

Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro - Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas. Pelotas – Brasil.

Profa. Dra. Karen Amaral Tavares Pinheiro - Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas. Pelotas – Brasil.

Título Abreviado: **TRAUMA NA INFÂNCIA E RESILIÊNCIA NA VIDA ADULTA**

Correspondência: Henrique Seus Caruccio

(53) 99860762

henrique.caruccio@hotmail.com

Praça Nova República, 247 – Fátima. Pelotas – RS

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre trauma na infância e resiliência na vida adulta de mulheres que engravidaram na adolescência. **Métodos:** Estudo transversal aninhado a uma coorte de gestantes adolescentes, cujo corte foi realizado quando os filhos destas mães estavam com as idades entre 24 e 36 e as mães entrevistadas para a presente investigação. O trauma na infância foi avaliado através da “*The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – short version*” e a resiliência pela “*Resilience Scale*”. **Resultados:** De um total de 539 mães avaliadas, apenas a variável fazer histórico de tratamento psicológico/psiquiátrico esteve inversamente associado à média nos escores de resiliência ($p \leq 0.00$). Após análise ajustada para os fatores de confusão, os escores de resiliência estiverem significativamente menores naquelas mães que sofreram trauma na infância ($p=0.03$), principalmente no que se refere ao abuso emocional ($p=0.01$). **Conclusão:** Eventos traumáticos na infância do tipo abuso emocional estão diretamente relacionados a uma menor resiliência na vida adulta em mães adolescentes.

Introdução

A resiliência na mulher puérpera e a gravidade dos traumas na infância tem sido associados inversamente, sendo estes últimos proporcionais a presença de transtornos psiquiátricos na vida adulta.¹ Freud apontava a existência de um “filtro” protetor do psiquismo enquanto hoje pode-se defini-lo como resiliência - uma resposta global pondo em jogo mecanismos de proteção que permite ao indivíduo sair fortalecido da adversidade, respeitando as características pessoais.²

O trauma pode ser entendido como um evento que ultrapassa a capacidade de contenção do “filtro”, desencadeando uma série de experiências internas e que por sua vez podem gerar processos que “ferem” o psiquismo. Quando estes acontecimentos estiverem presentes numa mente ainda em desenvolvimento, os “danos” podem ser ainda mais devastadores, visto que os mecanismos de proteção ainda não estão bem formados.^{1,3}

A criança por ser “imatura” psiquicamente tem menor capacidade de responder positivamente a eventos traumáticos e com isso representa-lo de modo desfavorável. Portanto, pode-se dizer que traumas na infância podem levar a deficiências no desenvolvimento das defesas psicológicas, padrões adaptativos e cognitivos.^{1,3}

Ademais, a produção científica que associa a resiliência e violência/trauma em mulheres é escassa, concentrando-se apenas em torna-la visível e tipifica-la, sem discutir mais profundamente seus achados.⁴ Tais informações justificam o presente estudo cujo objetivo é verificar a associação entre trauma na infância e resiliência na vida adulta de mulheres que engravidaram na adolescência.

Métodos

Delineamento e Amostra

Estudo transversal advindo de uma coorte de gestantes adolescentes da cidade de Pelotas-RS. Este corte foi realizado na avaliação do desenvolvimento infantil dos bebês com idades entre 24 e 36 meses, cujas mães estavam sendo entrevistadas para a presente investigação. Essas mães foram captadas de uma das 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que engravidaram na adolescência (entre os 10 e os 19 anos) e realizavam pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Logística e Instrumentos

Após a explicação das etapas do estudo maior, apresentação da equipe multiprofissional e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dentre as diversas etapas, as mães foram entrevistadas para este estudo. O momento foi composto por 3 instrumentos - 1) Questionário: questões sociodemográficas. 2) *The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – short version*: para triagem de abuso físico, emocional e sexual, negligência física e emocional. Esta versão é composta por 28 questões, apresentadas em escala tipo “*likert*” de 1 a 5 pontos. Embora validada no Brasil, não há um ponto de corte definido, logo, a pontuação total leva em conta múltiplas formas de abuso e negligência⁵ 3) *Resilience Scale*: desenvolvida por Wagnild & Young 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 a 7. Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência.⁶

Análise dos Dados

Para comparação das médias dos escores de resiliência com as variáveis dicotômicas foi realizado o Teste t enquanto que para as categóricas foi utilizado o teste ANOVA, adotado-se um nível de significância de $p \leq 0.05$. A análise multivariada foi realizada através de regressão linear múltipla, obtendo-se o coeficiente de regressão (β), o intervalo de confiança de 95% (IC95%) e o nível de significância ($p \leq 0.05$). Para isso, um modelo hierárquico com as variáveis de confusão foi adotado, sendo levadas para regressão aquelas em que o valor de p foi igual ou inferior a 0.20 na análise bivariada. No primeiro nível foram incluídas variáveis sócio-demográficas; no segundo variáveis de hábitos de vida e de hábitos de saúde; no terceiro variáveis de trauma e no último nível o escore de resiliência.

Aspectos Éticos

O estudo maior ao qual esta pesquisa está vinculada foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) sob o parecer nº 006/97, estando em conformidade com a resolução 466/2012. Todos os participantes assinaram o TCLE.

Resultados

Ao final desta etapa, foram avaliadas 539 mães. Destas, 33.3% tem idades iguais ou inferiores à 19 anos, aproximadamente metade da amostra vive com um companheiro(a) (62.8%), a maior parte da amostra possui 4 anos de estudo (39.8%) seguido de 5 a 8 anos de estudo (36.1%), a maioria pertence à classe social C (59.9%) e por fim, 18.2% tem histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico.

Com relação aos escores de resiliência, obteve-se as maiores médias, as mães com idades entre 10 e 19 anos, as que moram com um companheiro (a), quem tem 9 ou mais anos de estudo, quem pertence a classes econômicas A e B e quem não tem histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico. No entanto, obteve-se um valor de p estatisticamente significativo ($p < 0.00$) apenas no que se refere a associação entre fter histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico e as médias dos escores de resiliência, estando as maiores médias com quem não tem histórico.

Tabela 1 Análise bruta e ajustada dos domínios da CTQ segundo o escore de resiliência sendo verificada pelo coeficiente de regressão (β) e pelo (IC 95%), em mães que tiveram seus filhos da adolescência na cidade de Pelotas –RS

CTQ	β (IC 95%)	p	β (IC 95%)	p
	valor		valor	
	Análise Bruta		Análise Ajustada	
Domínio:				
Abuso Físico	-0.40 (-1.10, 0.30)	0.26	-0.17(-0.85, 0.051)	0.62
Abuso Emocional	-0.42 (-0.82, -0.02)	0.03*	-0.65 (-1.11, 0.19)	0.01*
Abuso Sexual	-0.07 (-1.05, 0.91)	0.88	-0.31 (-1.01, 0.94)	0.95
Negligência Física	-0.24 (-0.93, 0.43)	0.47	-0.42 (-1.12, 0.28)	0.24
Negligência Emocional	-0.73 (-1.19, -0.27)	0.00*	-0.37 (-0.77, 0.01)	0.06
Soma Total	-0.18 (-0.34, -0.03)	0.01*	-0.16 (-0.32, -.011)	0.03*

* p valor ≤ 0.05 , estatisticamente significativo.

Discussão

Com base nos dados apresentados, pode-se inferir que pouco mais de 30% da amostra engravidou no início de sua adolescência, mas que tal fato não impactou de maneira significativa na resiliência destas mães, visto que a idade não esteve associada a diferenças significativas nos escores de resiliência. Em contrapartida, sabe-se que a gestação na adolescência traz uma série de efeitos sociais, psíquicos e biológicos, que por sua vez podem ter impacto negativo da vida da jovem mãe.⁷ Talvez o fato de aproximadamente metade da amostra viver com um companheiro, possa dar condições suportivas que minimizem os efeitos negativos da gestação precoce no psiquismo destas mulheres.⁸

Obtiveram melhores escores de resiliência aquelas mães que não realizam nenhum tipo de tratamento relacionado à saúde mental. O achado pode ser justificado pois devemos pressupor que indivíduos que não estão em tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico devam ter um conjunto de características pessoais que justificam uma elevada resiliência a ponto de não necessitarem de suporte profissional.^{1,2}

Na análise bruta, a soma total dos domínios da CTQ em relação aos escores de resiliência apontaram diferença estatisticamente significativa ($p=0.01$), sendo que quando discriminados, os domínios de cunho emocional claramente destacam-se como determinantes desse achado. Quando os dados são ajustados para os fatores de confusão, a soma total permanece significativa ($p=0.03$), o domínio emocional ganha poder mas no que se refere a negligência emocional, passa-se a apresentar apenas uma tendência à significância.

Alguns estudos demonstram achados que vão de encontro àqueles apresentados neste trabalho. Vilete *et al* avaliou 3231 indivíduos e apontou que os eventos traumáticos na infância do tipo abuso estão diretamente relacionados a baixa resiliência na vida adulta, mas ao contrário do que foi apresentado, o abuso sexual mostrou ser o domínio mais determinante em uma menor adaptação positiva. Já um estudo com 35 indivíduos bipolares mostrou uma importante relação inversa entre os escores de resiliência e trauma na infância no que se refere a negligência emocional, abuso emocional e abuso sexual – os dois primeiros corroborando o presente estudo. Ainda, a relação foi mais proeminente no abuso emocional e sexual.¹⁰ Embora a identificação de qual tipo de abuso é mais determinante na resiliência ainda esteja nebulosa, sabe-se que alguns fatores de proteção e de vulnerabilidade não têm efeitos mais fortes para as crianças abusadas só fisicamente, mas em vez disso são igualmente benéficas ou prejudiciais para as crianças, independentemente do tipo de abuso.¹¹ Em relação ao abuso sexual e aos traumas do tipo negligência física e emocional, estes podem não ser exatamente compreendidos como tais pelo infante, o que pode passar despercebido e não configurar o impacto negativo que os outros tipos de trauma conferem à criança.¹²

Ademais, os eventos traumáticos na infância tem sido associados pela literatura a uma maior gravidade dos sintomas psiquiátricos, a interferência na psicopatologia de maneira geral e a práticas patológicas como auto-mutilação.¹³⁻¹⁴ Logo, pode-se concluir que os traumas, mais especificamente os de etiologia emocional, estão associados a menor resiliência em mães que engravidaram na adolescência, e estes devem ser tratados com maior importância por todos profissionais que trabalham com a saúde geral e psíquica da mulher para que possam ser minimizadas as repercussões na sua vida, assim como de seu conceito.

Declaração

Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesse

Lista de Referências

1. Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The roles of resilience and childhood trauma history: main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *J Affect Disord.* 2015, 174: 562-568.
2. Goi JD. Da Dissociação à Resiliência: A influência das experiências infantis no estilo de defesa dos adultos [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
3. Akbaba Turkoglu S, Essizoglu A, Kosger F, Aksaray G. Relationship between dysfunctional attitudes and childhood traumas in women with depression. *Int J Soc Psychiatry.* 2015.
4. Labronici LM. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(3) 625 – 632.
5. Oliveira RG, Moreira HC, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. *PLOS ONE.* 2014; 9 (1): 1-7.
6. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *J Nurs Meas* 1993; 1:165-178.

7. Kim TH, Connolly JA, Tamim H. The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 7(14): 162.
8. Oliveira VC. *Vida de mulher: Gênero, Pobreza, Saúde Mental e Resiliência*. [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2007.
9. Vilete L, Figueira I, Andreoli SB, Ribeiro W, Quintana MI, de Jesus Mari J, *et al*. Resilience to trauma in the two largest cities of Brazil: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2014.
10. Kesebir S, Ünübol B, Tatlıdil Yaylacı E, Gündoğar D, Ünübol H. Impact of childhood trauma and affective temperament on resilience in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord*. 2015; 3:3.
11. Lansford JE, Malone PS, Stevens KI, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Developmental trajectories of externalizing and internalizing behaviors: Factors underlying resilience in physically abused children. *Dev Psychopathol*. 2006; 18(1): 35–55.
12. Krammer S, Kleim B, Simmen-Janevska K, Maercker A. Childhood trauma and complex PTSD symptoms in older adults: A study on direct effects and social-interpersonal factors as potential mediators. *J Trauma Dissociation*. 2015; 1–16.
13. Ural C, Belli H, Akbudak M, Tabo A. Childhood Traumatic Experiences, Dissociative Symptoms and Dissociative Disorder Comorbidity among Patients with Panic Disorder: A Preliminary Study. *J Trauma Dissociation*. 2015; 6(4):463-75.

14. Sit D, Luther J, Buysse D, Dills JL, Eng H, Okun M, et al. Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. *J Psychiatr Res.* 2015; 66-67:95-104.

CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO

Diante do que foi apresentado, pode-se confirmar a influência negativa dos eventos traumáticas no desenvolvimento da resiliência e na adaptação positiva do indivíduo, nas mães adolescentes mais propriamente ditas. O trabalho atingiu todos os objetivos aos quais se propôs, mas, em relação às hipóteses houve alguns dados inesperados.

Ao contrário do que se imaginava, a classe social tampouco outras variáveis sociodemográficas estão diretamente associadas a resiliência. A única variável associada inversamente a resiliência foi fazer tratamento psicológico ou psiquiátrico, conforme já foi discutido. Em função da revista que foi escolhida permitir apenas uma figura ou tabela na modalidade “*brief communication*”, uma das tabelas construídas para compor o artigo segue abaixo para melhor entendimento da análise inicial do estudo.

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto a alguns aspectos sociodemográficos bem como de hábitos de vida e saúde além da média dos escores de resiliência segundo as variáveis anteriormente citadas e suas possíveis associações

Variáveis	N	%	Média (\pm dp)	p valor
Idade				
≤ 19 anos	179	33.27	136.11 (\pm 19.76)	0.18
>19 anos	359	66.73	133.59 (\pm 21.41)	
Mora				
Com companheiro (a)	289	53.72	134.73 (\pm 21.31)	0.66
Sem companheiro (a)	249	46.28	133.93 (\pm 20.37)	
Renda				
≤ 1006 reais	267	49.54	135.36 (\pm 21.59)	0.33
> 1006 reais	272	50.46	133.63 (\pm 20.22)	
Anos de Estudo				
< 4 anos	40	7.43	131.45 (\pm 27.00)	0.58
4 anos	214	39.78	135.17 (\pm 22.52)	
5 a 8 anos	194	36.06	133.70 (\pm 18.67)	
9 a 11 anos	90	16.73	136.17 (\pm 18.36)	

Variáveis	N	%	Média (±dp)	p valor
Classe Socioeconômica				
A + B	139	15.96	135.29 (±20.92)	0.91
C	522	59.93	134.23 (±20.92)	
D + E	310	24.11	134.37 (±21.13)	
Tratamento				
Psicológico/Psiquiátrico				
Sim	98	18.18	128.94 (±21.91)	<0.00*
Não	441	81.82	135.72 (±20.50)	
Total	539			

A presente dissertação aponta algumas características quanto aos aspectos de vida e de saúde de mulheres que engravidaram da adolescência bem como seu história de traumas e a repercussão destes na sua capacidade de resiliência. Os dados encontrados permitiram pensar acerca do quão determinantes e impactantes são os eventos traumáticos do tipo abuso emocional no psique da mãe jovem e a importância que os mesmos devem serem tratados sob a ótica da promoção de adaptação positiva nessas mulheres.

ANEXOS

ANEXO A**CLÍNICA PSICOLÓGICA – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE PESQUISA E EXTENSÃO
TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃE**

**PESQUISA SOBRE IMPACTO DA DOENÇA MENTAL EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS
E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DE SEUS FILHOS**

O Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPel e o Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel estão lhe convidando a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência da saúde mental dos pais adolescentes (através de fatores psicossociais, neuroquímicos e genéticos) no desenvolvimento psicomotor e na saúde bucal de seus filhos.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, faremos um exame clínico detalhado onde serão avaliados seus dentes e sua gengiva, assim como, será necessária a coleta de saliva para análise posterior em laboratório. Os exames serão realizados com toda higiene e segurança através de materiais esterilizados ou descartáveis, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde), enquanto que os resultados dos exames odontológicos serão fornecidos à você de forma escrita. A equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco, não causa dor alguma, mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos e odontológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, as pessoas que forem diagnosticadas com algum transtorno mental serão procuradas por nossa equipe e encaminhados para atendimento especializado. Enquanto que os com necessidade de tratamento odontológico serão encaminhados à Faculdade de Odontologia, se assim desejarem. Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 32226690 (Odontologia) e (053) 21288404 (Saúde e Comportamento).

Declaração do Participante

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura participante: _____

Declaração de Responsabilidade dos Investigadores

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Entrevistador: _____

ANEXO B

DESENVOLVIMENTO INFANTIL MÃE

Quest _____ mãe	Data de aplicação: ____ / ____ / ____
Nome: _____	
Telefone: _____ - _____	
Endereço: _____ Bairro: _____	
Existe algum ponto de referência por perto? Qual? _____	
Telefone de um parente: _____ - _____	
Quem é este parente? ____ (Tio/a = 01 Sogra/a = 02 Cunhado/a = 03 Primo/a = 04 Amigo/a = 05 Enteado/a = 06 Filho/a = 07 Irmão/ã = 08 Pai/Mãe = 09 Padrasto/madrasta = 10 Sobrinho/a = 11 Noivo ou namorado = 12)	
Pretende se mudar? (0) Não (1) Sim Provável novo endereço: _____	
Bairro: _____	Cidade: _____

ESTAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ALGUNS DADOS PESSOAIS COM O OBJETIVO DE LHE CONHECER MELHOR

1. Qual a sua idade? ____ anos

idade ____

2. Qual o seu estado civil?

- (0) Solteira (1) Casada/vive companheiro
(2) Separada ou divorciada (3) Viúva

estcivil ____

3. Qual a sua escolaridade?

- (0) Analfabeto/ Primário incompleto
(1) Primário completo / Ginásial incompleto
(2) Ginásial completo / Colegial incompleto
(4) Colegial completo / Superior incompleto
(8) Superior completo

escol ____

4. Na tua casa tem:

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

tv ____
radio ____
banh ____
aut ____
mens ____
maqlav ____
vidvd ____
gelad ____
freez ____

5. Qual a escolaridade do chefe da família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)

- (0) Analfabeto/ Primário incompleto
 (1) Primário completo / Ginásial incompleto
 (2) Ginásial completo / Colegial incompleto
 (4) Colegial completo / Superior incompleto
 (8) Superior completo

esche ___

6. Você trabalha? (0) Não (1) Sim

trab ___

7. Em média, qual a renda somada das pessoas que moram na sua casa por mês? R\$ ___ ___ ___

rend ___ ___ ___

8. Além de você, quantas pessoas moram na sua casa? ___ ___ pessoas

numpes ___ ___

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE E DE SEUS FAMILIARES**9. Você faz ou fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?**

- (0) não, nunca fiz (1) fiz, mas não faço atualmente (2) faço atualmente

trapsi ___

10. Algum(s) de seus familiares sofre ou sofreu por problemas psicológicos/psiquiátricos?

- (0) não (*pule para questão 35*) (1) sim, sofre (2) sim, já sofreu, mas não atualmente

famner ___

AGORA, VAMOS CONVERSAR SOBRE O USO DE CIGARRO E OUTRAS DROGAS (autoaplicado)**11. Na tua vida, tu já usou bebida(s) alcoólica(s)?**

- (0) Não (1) Sim

12. Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou bebida(s) alcoólica(s)?

- (0) Nunca
 (1) 1 ou 2 vezes
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Diariamente ou quase todo dia

Bebida ___

Freqbeb ___

13. Com que idade (em anos) tu experimentaste alguma bebida alcoólica pela primeira vez? ___ ___ anos

Idexp ___

14. Você fuma cigarros atualmente?

- (0) Não, nunca fumei. (*pule para questão 52*)
 (1) Não, fumei no passado, mas parei de fumar.
 (2) Sim.

Fumatual ___

15. Você fumou durante a gravidez do (nome da criança que participou da pesquisa)?

- (0) Não
 (1) Sim

Fumgrav ___

16. Gostaríamos que tu respondesses algumas questões de acordo com o teu comportamento na maior parte do tempo. Por favor, marque com um "X" na numeração de 1 a 7 apresentada abaixo de cada frase.

01. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi1__

02. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi2__

03. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi3__

04. Manter interesse nas coisas é importante para mim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi4__

05. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi5__

06. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi6__

07. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi7__

08. Eu sou amiga de mim mesmo.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi8__

09. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi9__

10. Eu sou determinada.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi10__

11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi11__

12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi12__

13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi13__

14. Eu sou disciplinada.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

resi14__

15. Eu mantenho interesse nas coisas.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar .

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

21. Minha vida tem sentido.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

17. As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um X na antiga e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	1	2	3	4	5
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	1	2	3	4	5
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".	1	2	3	4	5

resi15__

resi16__

resi17__

resi18__

resi19__

resi20__

resi21__

resi22__

resi23__

resi24__

resi25

ctq1__

ctq2__

ctq3__

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	1	2	3	4	5	ctq4__
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	1	2	3	4	5	ctq5__
6. Eu tive que usar roupas sujas.	1	2	3	4	5	
7. Eu me senti amado (a).	1	2	3	4	5	ctq6__
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	1	2	3	4	5	ctq7__
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	1	2	3	4	5	ctq8__
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	1	2	3	4	5	ctq9__
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	1	2	3	4	5	ctq10__
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	1	2	3	4	5	ctq11__
						ctq12__
						ctq13__
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1	2	3	4	5	ctq14__
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	1	2	3	4	5	ctq15__
						ctq16__
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	1	2	3	4	5	ctq17__
16. Eu tive uma ótima infância.	1	2	3	4	5	
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	1	2	3	4	5	ctq18__
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	1	2	3	4	5	ctq19__
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	1	2	3	4	5	ctq20__
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	1	2	3	4	5	ctq21__
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	1	2	3	4	5	ctq22__
22. Eu tive a melhor família do mundo.	1	2	3	4	5	ctq23__
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	1	2	3	4	5	ctq24__
24. Alguém me molestou.	1	2	3	4	5	ctq25__
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	1	2	3	4	5	ctq26__
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	1	2	3	4	5	ctq27__
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	1	2	3	4	5	ctq28__
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	1	2	3	4	5	