

Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social

Determinants of health services use in veterans of Portuguese Colonial War: PTSD, neuroticism and social support

Rita Começanha, Angela Maia

Escola de Psicologia, Universidade do Minho. Campus de Gualtar, 4710-057, Braga, Portugal
ritacomecanha@gmail.com, angelam@psi.uminho.pt

Resumo. A exposição a situações traumáticas, especialmente quando dá origem a sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), está relacionada ao aumento de queixas físicas e à maior procura dos serviços de saúde. Este estudo explora variáveis associadas à procura dos serviços de saúde em 25 ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa, comparativamente a 25 não combatentes, nomeadamente exposição a trauma, sintomas de TEPT, doenças relatadas, neuroticismo e apoio social. Os resultados revelam elevada prevalência de sintomas de estresse pós-traumático nos ex-combatentes e diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao número de doenças e à procura dos serviços de saúde, superior nos ex-combatentes. Neste grupo, o neuroticismo encontra-se associado à maior procura de serviços de saúde, enquanto menor apoio social correlaciona-se com a procura da consulta de especialidade. Estes resultados sugerem que os profissionais deverão estar atentos aos sujeitos com sintomas de TEPT, procurando adaptar os cuidados médicos às suas especificidades.

Palavras-chave: ex-combatentes, serviços de saúde, Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Abstract. The exposure to traumatic events, especially when it origins Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), is related to the increase of physical complaints and a larger demand of health services. This study explores variables associated with health services use among 25 Portuguese Colonial War Veterans, compared to 25 Non-Combatants, particularly Trauma Exposure, PTSD Symptoms, Reported Diseases, Neuroticism and Social Support. The results reveal a high prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Veterans and significant differences between both groups in number of diseases and health services use, higher among Veterans. On this group, Neuroticism is associated to a higher health services use, while a smaller Social Support is correlated to specialized consultation use. These results suggest that professionals should be regardful to subjects with PTSD symptoms, seeking to adapt medical care to their specificities.

Key words: veterans, health services, post-traumatic stress.

Introdução

Fatores etiologicamente relacionados com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um transtorno psicológico do grupo dos transtornos de ansiedade, que pode manifestar-se após a exposição a uma situação traumática, sendo caracterizado por três sintomas: evocações intrusivas, sintomas de evitação/insensibilidade e sintomas de hiperestimulação (APA, 2002). Apesar de a exposição a trauma, principalmente de natureza muito ameaçadora, aumentar a probabilidade de desenvolver este transtorno, a exposição é uma condição necessária, mas insuficiente para o desenvolvimento do TEPT (Miller, 2003; Paris, 2000; Strelau e Zawadzi, 2005; Verhaeghe e Vanheule, 2005), ou seja, nem todos os sujeitos expostos a situações traumáticas desenvolvem os sintomas.

Os estudos que mostram que a gravidade da exposição explica apenas parte da variância dos sintomas de TEPT (por exemplo, Ozer *et al.*, 2003; Weiss *et al.*, 1992) alertam para a necessidade de considerarem-se as interações entre os fatores de predisposição, os estressores e os recursos disponíveis. As características idiossincráticas e os recursos disponíveis do sujeito condicionam a resposta ao trauma, mediando a relação entre a exposição e o desenvolvimento de psicopatologia. Estas remetem não só às características sócio-demográficas, da história pessoal, das experiências prévias e dos traços de personalidade, que determinam o processamento cognitivo e emocional dos eventos estressantes, mas também a recursos dos quais o sujeito dispõe em determinado momento (cf. Maia, 2007).

No que concerne aos fatores de predisposição, o traço de personalidade neuroticismo, operacionalizado em uma reactividade emocional excessiva, tem mostrado estar relacionado com a emergência de TEPT (Strelau e Zawadzi, 2005). Este traço descreve a tendência para reagir intensamente frente a eventos adversos. Os sujeitos que apresentam uma elevação clínica neste domínio são mais reativos ao estresse, dado o seu padrão de resposta rápido e intenso e a dificuldade que apresentam em restabelecer a homeostasia emocional.

Os resultados da avaliação do perfil de personalidade em ex-combatentes (Marshall *et al.*

1994; Talbert *et al.*, 1993, 1994) indiciam uma elevação clínica no domínio do Neuroticismo (também apelidado por alguns autores de reatividade emocional), que se encontra associado ao diagnóstico de TEPT (Miller, 2003; Strelau e Zawadzi, 2005; Verhaeghe e Vanheule, 2005). De acordo com Miller (2003), o diagnóstico de TEPT encontra-se associado ao traço de personalidade *emocionalidade negativa*, equivalente ao domínio do neuroticismo, constituindo-se como um importante fator de risco para a emergência de TEPT, influenciando o seu desenvolvimento, curso e expressão. Estas conclusões assumem especial destaque na medida em que resultam de estudos longitudinais, nos quais os traços de personalidade foram avaliados no período prévio à exposição ao trauma (Bramsen *et al.*, 2000; O'Toole *et al.*, 1998). Nesta perspectiva, o neuroticismo pode ser conceitualizado como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de TEPT após a exposição a um evento traumático, e também como uma dimensão de personalidade alterada em consequência da exposição, dado que acentua traços de personalidade pré-mórbidos.

Relativamente aos recursos disponíveis, o impacto do trauma é maximizado pela ausência de apoio social, constituindo-se, assim, como um fator de risco para o desenvolvimento de TEPT (Boscarino, 1995), o que foi confirmado em duas meta-análises sobre preditores deste transtorno (Brewin *et al.*, 2000; Ozer *et al.*, 2003).

Em suma, o transtorno após a exposição traumática resulta da interação entre os fatores de risco e os recursos, como o apoio social, que medeiam a relação entre o estressor e a expressão sintomática. Segundo Paris (2000), o perfil típico de um sujeito com vulnerabilidade para desenvolver TEPT implica: elevação clínica na escala de Neuroticismo, que o torna mais suscetível a perceber os eventos como ameaçadores; uma história passada de exposição à adversidade; e uma rede de apoio social enfraquecida.

Exposição traumática, TEPT, queixas físicas e procura a serviços de saúde em ex-combatentes

A exposição a experiências traumáticas, além de aumentar a probabilidade de desenvolver transtorno psicológico, constitui-se também em um preditor das queixas físicas, o que repercute em maior procura dos cuidados médicos (Schnurr *et al.*, 2000). Uma das explica-

ções para este fenômeno é o fato de, perante o evento traumático, serem ativados dois sistemas de resposta ao estressor: o hipotálamo-hipófise-suprarrenal e o adrenérgico, influenciados por outros mecanismos neurobiológicos envolvidos na relação entre o estresse e a saúde física (Schnurr e Jankowski, 1999).

Nos indivíduos expostos que recebem o diagnóstico de TEPT, nomeadamente em ex-combatentes, tem-se verificado valores elevados nas queixas físicas e nas condições médicas diagnosticáveis, conducentes à maior procura pelos serviços de saúde (Calhoun *et al.*, 2002; Marshall *et al.*, 1994; Schnurr *et al.*, 2000). As queixas físicas e a comorbilidade médica incluem problemas cardiovasculares, respiratórios, músculo-esqueléticos, neurológicos e somáticos, estando relacionados à baixa percepção de saúde e de qualidade de vida (Schurr *et al.*, 2000), que se agravam com a entrada na reforma (Schnurr *et al.*, 2005). Um estudo recentemente realizado com 350 ex-combatentes da guerra colonial (Maia *et al.*, 2011) verificou que os ex-combatentes reportam a dor, a fadiga e problemas de sono como as principais queixas físicas, e a saúde mental e os problemas gastro-intestinais como as principais doenças. A TEPT surge neste estudo como mediador para a relação entre exposição à guerra e a saúde física, com níveis elevados de *distresse* psicológico, problemas de saúde física e sintomas físicos nos sujeitos com mais TEPT.

Apesar destes resultados, poucos são os estudos que examinam a relação entre o diagnóstico de TEPT em ex-combatentes e a procura aos serviços de saúde. De acordo com um estudo realizado por Kulka *et al.* (1990), os ex-combatentes recorrem com maior frequência aos serviços de saúde, comparativamente aos não combatentes. Também a investigação conduzida por Calhoun *et al.* (2002) obteve diferenças significativas entre combatentes e não combatentes, mostrando que os primeiros recorrem, em média, a dezoito consultas de foro físico e sete de foro mental no período de um ano, em oposição a dez e quatro consultas, respectivamente, em não combatentes. Por outro lado, a severidade de TEPT encontra-se associada à maior procura de serviços de saúde mental em ex-combatentes. Apesar de essas conclusões indicarem taxas elevadas na procura dos serviços de saúde, não se pode descurar que estas podem ser ainda maiores se forem consideradas as vias informais de tratamento, tais como grupos de suporte (Frueh *et al.*, 2003).

Apoio social e procura aos serviços de saúde em ex-combatentes

A percepção de apoio social aparece também referenciada como um aspecto que prediz a procura aos serviços de saúde, uma vez que valores baixos predizem maior procura das instituições de saúde (Marshall *et al.*, 1994). A investigação fornece indicadores de que os sujeitos com TEPT podem apresentar redes de apoio social enfraquecidas. Por exemplo, o *National Vietnam Veterans Readjustment Study* aponta para níveis de divórcio de 70% e altos níveis de conflitos conjugais, o que representa cerca do dobro do percentual quando comparado a sujeitos sem TEPT (Kulka *et al.*, 1988). Um estudo que usou a abordagem narrativa verificou que a necessidade em serem aceitos e amados configura-se como o padrão central de relacionamento interpessoal nos sujeitos com TEPT de guerra, embora esta necessidade não seja, na maior parte das vezes, satisfeita (Okey *et al.*, 2000). Estas dificuldades interpessoais podem também ser compreendidas se forem considerados os sintomas característicos da TEPT, tais como a raiva, impulsos violentos, desconfiança em relação aos outros e irritabilidade.

Tendo por base a premissa de que a exposição a eventos traumáticos aumenta a probabilidade de desenvolver TEPT e que a participação na Guerra constitui-se como um evento traumático etiologicamente associado ao diagnóstico de TEPT, este estudo pretende avaliar os sintomas de TEPT em veteranos da guerra Colonial e averiguar se estes sintomas relacionam-se ao número de doenças relatadas, à procura aos serviços de saúde e de apoio social e à característica de personalidade neuroticismo, conforme tem sido suportado por diversas investigações (Bolton *et al.*, 2004; Frueh *et al.*, 2004; Frueh *et al.*, 2003). Este grupo será comparado com um grupo de não veteranos, seguindo a sugestão de autores como Talbert e colaboradores (Talbert *et al.*, 1993, 1994) acerca da relevância de integrar-se grupo de controle nestes estudos.

Espera-se encontrar um maior número de sujeitos com sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT no grupo de ex-combatentes, além de um maior número de relatos de doenças e uma maior procura pelos serviços de saúde. Por outro lado, prevê-se verificar neste grupo uma relação entre TEPT, percepção de baixo apoio social e a procura de serviços de saúde.

A relação entre neuroticismo e procura por serviços de saúde tem sido pouco explorada na investigação, por isso estabeleceu-se uma hipótese exploratória da existência de uma relação entre estas duas variáveis no grupo de ex-combatentes.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 50 sujeitos portugueses do sexo masculino, entre 55 e 65 anos ($M=59.04$, $d.p.=2.725$), residentes em uma vila do norte de Portugal. Destes, 25 eram ex-combatentes da Guerra Colonial e 25 não combatentes.

Relativamente ao perfil da amostra total, prevalece o nível sócio-económico médio em 46% dos sujeitos ($n=23$) e a escolaridade de 6 anos, sendo que 48% trabalham em tempo integral ($n=24$) e 44% são reformados ($n=22$). Com relação ao estado civil, 90% são casados ($n=45$). Não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto às variáveis sócio-demográficas.

Os ex-combatentes estiveram em Angola (42%), Moçambique (38%) e Guiné (20%), em média, cerca de 32 meses.

Instrumentos

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico. Este questionário inclui dados sócio-demográficos na primeira parte e uma caracterização clínica na segunda parte. A segunda parte avalia doenças crónicas e a regularidade na utilização dos serviços de saúde. Em relação às doenças, os participantes foram questionados sobre a presença de um conjunto de patologias, que permitiu calcular um índice de “total de doenças”. Os ex-combatentes foram ainda questionados sobre a emergência de doenças no período de guerra. Para avaliar a utilização de recursos de saúde, nomeados centro de saúde, hospital público, clínica privada e consulta da especialidade, foi utilizada uma escala de resposta do tipo *Likert* de 5 pontos, que variava entre 0 – menos de uma vez ao ano – e 4 – mais de uma vez por mês. A resposta a esta parte permitiu calcular-se um índice de utilização de serviços de saúde que poderia variar entre 0 e 16.

Escala de avaliação das respostas a acontecimentos traumáticos (E.A.R.A.T.) (McIntyre e Ventura, 1996). Este instrumento avalia a resposta a acontecimentos traumáticos e é cons-

tituído por 2 partes. A primeira é formada por 19 questões qualitativas e avalia a exposição a experiências traumáticas como vítima direta ou como observador. Relativamente a este grupo de questões, apenas foi analisado se o evento traumático se relaciona com a participação na guerra, o que deu origem à variável “exposição à guerra”, o que diferenciava os participantes dos dois grupos.

A segunda parte é constituída por 17 afirmações acerca de sintomas atuais, correspondendo aos critérios de diagnóstico do DSM para a TEPT. Os itens estão agrupados em três subescalas: evocações intrusivas do acontecimento (5 itens), sintomas de evitação/insensibilidade (7 itens) e sintomas de hiperestimulação (5 itens). O Alfa de Cronbach neste estudo foi de 0,71. O diagnóstico de TEPT exige o mínimo de um item na subescala “evocações intrusivas”, três itens na subescala de “evitação/insensibilidade” e dois itens de sintomas de “hiperestimulação”, de acordo com o estabelecido pelo DSM IV-TR (APA; 2002).

Brief Personal Survey (B.P.S.) (Derogatis, 1993). Neste estudo foi utilizada apenas a escala de apoio social, que avalia a percepção de apoio social. Esta escala dicotómica é constituída por oito afirmações. Neste estudo, o valor de consistência interna medido pelo Alfa de Cronbach foi igual a 0,70.

Neo five factor inventory (NEO-FFI) (adaptação portuguesa de Lima e Simões, 2000). Este questionário é uma versão reduzida do NEO PI-R, operacionalizada em 60 itens que avaliam cinco domínios de personalidade (Marshall *et al.*, 1994.). Para o presente estudo, foi apenas considerado o domínio Neuroticismo (N), que quantifica o contínuo desde a adaptação à instabilidade emocional. A resposta tem uma escala de 5 pontos, desde “discordo fortemente” (0) a “concordo fortemente” (4). Em termos de consistência interna, a versão original apresenta um coeficiente alfa para os cinco domínios entre 0,86 e 0,91, que se mantém no teste-reteste após 6 meses (cf. Costa e McCrae, 1992). O valor de consistência interna neste estudo para a subescala de neuroticismo foi de 0,72.

Procedimento

Após a autorização da comissão de ética da instituição envolvida, a selecção dos participantes teve por base a listagem dos utentes do sexo masculino inscritos na consulta médica de uma Instituição de Saúde, dos quais foram seleccionados aqueles que nasceram entre

01/01/1940 e 31/12/1950. Dos 1665 homens que cumpriam este critério, foram selecionados aqueles que tinham contato telefônico fixo e residiam no centro da vila, totalizando 129 sujeitos. Estes, então, foram contatados por telefone, tendo sido lido o objetivo central da investigação, bem como a forma de participação. Dos 129 sujeitos, apenas 74 atenderam ao telefone (47 ex-combatentes da Guerra Colonial e 26 não combatentes). Destes, apenas 26 ex-combatentes e 25 não combatentes compareceram, sendo que um ex-combatente desistiu do preenchimento dos questionários. Os participantes foram informados do objetivo do estudo e aceitaram participar, com a garantia da confidencialidade dos dados e a obtenção do consentimento informado. Os questionários foram preenchidos na Instituição de Saúde em horário pós-laboral para que todos pudessem comparecer e teve duração aproximada de 1 hora e 30 minutos.

Resultados

Verificou-se que 80% dos ex-combatentes apresentam sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT, enquanto apenas 4% dos não combatentes ($n=1$) apresentaram sintomas compatíveis com este diagnóstico ($\chi^2(1) = 29.639, p < .001$). Em relação à média dos sintomas, observou-se uma média estatística-

mente mais elevada de sintomas de TEPT em ex-combatentes ($M = 9,36 d.p. = 2,45$) quando comparadas a não combatentes ($M = 1,08 d.p. = 2,01$) (ver Tabela 1).

Centro saúde: frequência de utilização dos serviços de cuidados primários; *Hospital público*: frequência de utilização dos serviços de hospital público; *Clínica privada*: frequência de utilização dos serviços de clínicas privadas; *Consulta especialidade*: frequência de utilização dos serviços de consultas das diferentes especialidades médicas; *Total Serviços Saúde*: índice de total de utilização dos serviços de saúde.

Em relação às doenças relatadas, que emergiram durante a Guerra Colonial, observou-se que 92% ($n=23$) dos ex-combatentes relatam doenças durante esse período.

No que concerne às diferenças entre os grupos nas variáveis em estudo, como demonstra a Tabela 1, apenas nas variáveis utilização da clínica privada e neuroticismo não foram encontradas diferenças entre ex-combatentes e combatentes, sendo que em todas as variáveis de utilização dos serviços de saúde os ex-combatentes apresentam valores mais elevados.

Associação entre as variáveis em estudo

Os resultados das análises de correlação (Spearman) entre as diferentes variáveis, nos dois grupos, são apresentados na Tabela 2.

Tabela 1. Teste de Diferenças (Mann-Whitney) entre Ex-Combatentes (EC) e Não Combatentes (NC) nos Sintomas de TEPT, Apoio Social, Neuroticismo, Doenças Relatadas e regularidade na procura dos serviços de saúde.

Table 1. Differences Test (Mann-Whitney) between War Veterans and Non-Combatants on PTSD Symptoms, Social Support, Neuroticism, Reported Diseases and regularity in seeking health services

	Ordem média		Z
	EC	NC	
1. Sintomas de TEPT	37,48	13,52	- 5,88**
2. Doenças Relatadas	34,98	16,02	- 4,73**
3. Centro saúde	36,42	14, 58	- 5,52 **
4. Hospital público	33,32	17,68	4,14 **
5. Clínica privada	28,16	22,84	-1,69
6. Consulta especialidade	29,1	21,9	-2,03 *
7. Total Serviços Saúde	36,36	14,64	- 5,33**
8. Apoio Social	15,48	35,52	- 5,05**
9. Neuroticismo	27,84	23,16	0,25

Notas: ** $p < ,01$; * $p < ,05$.

Tabela 2. Correlações (Spearman) entre as variáveis em estudo para Ex-Combatentes (EC) e Não Combatentes (NC).**Table 2.** Correlations (Spearman) among study variables for War Veterans and Non-Combatants.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Sintomas de TEPT		0,47*	0,11	-0,28	-0,23	0,17	-0,16	-0,60**	0,10
2. Doenças Relatadas	0,29		0,24	-0,13	-0,24	0,39	0,10	-0,21	0,01
3. Centro saúde	,040	0,39		-,081	-,250	-,314	,196	,163	,104
4. Hospital público	0,11	0,17	0,58**		,108	,167	,752**	,120	,431**
5. Clínica privada	-0,17	0,14	0,00	0,04		-,176	,337	,176	,133
6. Consulta especialidade	0,30	0,37	0,06	0,41*	0,00		,368	-,416*	,042
7. Total Serviços Saúde	0,17	0,50*	0,71**	0,71**	0,31	0,57**		,065	,525**
8. Apoio Social	-0,21	-0,27	0,06	-0,04	0,24	-0,30	0,04		,093
9. Neuroticismo	0,06	0,10	0,34	0,37	0,08	-0,07	0,22	-0,29	

Notas: ** $p < ,01$, * $p < ,05$. Acima da diagonal: ex-combatentes; abaixo da diagonal: não combatentes.

Como se pode observar, quando se considera o grupo de ex-combatentes verifica-se que existe uma correlação positiva entre sintomas de TEPT e doenças relatadas, bem como uma correlação negativa entre estes sintomas e o apoio social. Nota-se que no grupo de sujeitos que não participaram da guerra há uma correlação positiva entre os sintomas de TEPT e o número de doenças relatadas e a maior procura aos serviços de saúde.

Discussão

Tendo por base os resultados obtidos, pode concluir-se que a participação na Guerra constitui-se como um evento traumático etiológicamente associado aos sintomas de TEPT, o que corrobora os dados obtidos por McFarlane (1997). Segundo a APA (2002), “trauma” é a experiência, observação ou confronto com uma ameaça de morte, ferimento grave ou ameaça à integridade física. A guerra, portanto, constitui-se em uma oportunidade para se estar exposto a todas estas vivências, quer diretamente quer pela observação de outras vítimas, entre aliados e inimigos. Além disso, devido ao fato de se prolongar no tempo (contrariamente a situações únicas, como acidentes, roubo ou ataque físico), tem um efeito cumulativo de exposição estressora. Estas ameaças extremas são perturbadoras em termos fisiológicos, devido à ativação do sistema de estresse, que provoca alterações no nível dos neuro-hormonas de stress (Southwick *et al.*, 2010), e em termos psicológicos,

porque expõem o ser humano a sua vulnerabilidade, aumentando, assim, o risco em se desenvolver transtorno mental, como aqui observado. Por outro lado, observou-se que um número significativo de ex-combatentes da Guerra Colonial (92%) relata várias doenças emergentes nesse período, sendo este um aspecto pouco investigado na literatura. Em relação às doenças físicas que foram relatadas pelos participantes neste estudo, observou-se que os dados estão de acordo com os resultados de Kulka *et al.* (1990), que verificaram que os veteranos descrevem a sua saúde de uma forma muito mais negativa e relatam mais doenças que os participantes sem experiência de guerra. Na verdade, uma vasta literatura mostra que os ex-combatentes, especialmente quando apresentam sintomas de TEPT, têm maior morbidade física (Boscarino e Chang, 1999; Boscarino, 1997, 2004; Schnurr *et al.*, 2000). Consistente com estas queixas e problemas, também se confirmou a hipótese de que os ex-combatentes apresentam uma maior regularidade na procura dos serviços de saúde, o que está de acordo com o estudo de Calhoun *et al.* (2002). Têm sido apresentadas várias razões para a relação entre exposição a trauma, TEPT e problemas de saúde, entre elas, a presença de afeto negativo (raiva, depressão) e comportamentos de risco para a saúde, como os consumos de álcool e drogas, frequentes nos ex-combatentes (cf. Friedman e Schnurr, 1995). Outras explicações incluem os mecanismos biológicos do estresse (Boscarino, 2004), que afetam o sistema imunitário e

cardiovascular, e o conceito de *carga alostática*, que McEwen (2000) utilizou para se referir às alterações fisiológicas permanentes de adaptação ao estresse crônico.

Tal como esperado, verificou-se que os ex-combatentes relataram menor apoio social. Em relação a este aspecto, sintomas típicos de TEPT, como sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros e uma gama de afetos restringida (por exemplo, sentir-se incapaz de gostar dos outros), que fazem parte do grupo dos sintomas de evitação/insensibilidade, ou sintomas de hiperestimulação, como irritabilidade ou acessos de cólera, podem contribuir para deteriorar as relações com os outros. Isso pode ocorrer pelo isolamento em relação aos outros e pelas dificuldades em expressar necessidades ou pelo fato de a relação com os outros ser perturbada, pelos próprios sintomas que apresentam. Por outro lado, a ausência de apoio social tem mostrado ser um dos melhores preditores de TEPT, como se verificou na meta-análise de Brewin *et al.* (2000). Assim, o impacto do evento traumático é maximizado pela ausência de suporte social, constituindo-se como um fator de risco para o desenvolvimento de TEPT (Boscarino, 1995) e, simultaneamente, como agravante para a morbidade pós-traumática, mais que a gravidade presumida do estressor traumático (Sendas, 2009). Este aspecto é congruente com os resultados obtidos na *National Vietnam Veterans Readjustment Study*, que aponta níveis de divórcio de 70% e altos níveis de conflitos conjugais, situando-se nos 49%, o que é cerca do dobro quando comparado com sujeitos sem TEPT (Kulka *et al.*, 1988). Um estudo de Okey *et al.*, (2000) sugere que o padrão central de relacionamento interpessoal é a forte necessidade em serem aceitos e amados, embora esta necessidade não seja, na maior parte das vezes, satisfeita. Estes resultados parecem suportar, de acordo com Sendas (2009), a ilação de que as dificuldades de relacionamento interpessoal da PPST influenciam negativamente as fontes de apoio social dos sujeitos.

Em relação ao neuroticismo, e contrariamente aos resultados obtidos em outros estudos (Marshall *et al.*, 1994; Talbert *et al.*, 1993, 1994), não foram encontradas diferenças entre ex-combatentes e não combatentes no que se refere ao neuroticismo. Como salientou-se na introdução, alguns autores têm verificado um neuroticismo mais elevado em ex-combatentes e afirmam que este é um preditor de PTSD. Entretanto, Engelhar *et al.* (2003), por exemplo,

salientaram que a relação entre PTSD e neuroticismo se deve em parte à sobreposição entre as características do neuroticismo e os sintomas de hiperestimulação de TEPT.

Em relação às correlações entre variáveis, registrou-se, conforme esperado e observado em outros estudos com ex-combatentes (Maia *et al.*, 2011), uma correlação positiva entre TEPT e doenças relatadas, embora não se observe, contrariamente ao expectável, uma correlação entre TEPT e uso de serviços de saúde neste grupo, o que contraria os resultados obtidos com amostras maiores (Schnurr *et al.*, 2000). Do mesmo modo, não se observou uma relação entre o número de doenças relatadas por ex-combatentes e a maior procura dos serviços de saúde, o que seria esperado e se observa nos não combatentes, contrariando os resultados obtidos por Marshall *et al.* (1994).

Os resultados da presente investigação apontam para uma relação inversa entre apoio social e TEPT e entre apoio social e uso de recursos de saúde, o que vem ao encontro das investigações na área (Kulka *et al.*, 1988; Marshall *et al.*, 1994). No entanto, a consulta de especialidade é o único serviço em que isso se verifica, sendo a correlação não significativa para os outros serviços de saúde, refutando a hipótese inicialmente formulada. A partir destes dados, pode-se depreender que o relato de baixo apoio social não se associa, nesta amostra, à maior procura dos serviços de saúde.

Em suma, este estudo revela que sujeitos expostos a experiências traumáticas, de que é exemplificativa a participação na Guerra Colonial Portuguesa, relatam mais sintomas de TEPT, maior número de doenças e menor percepção de apoio social. Neste grupo, registra-se também uma correlação positiva entre neuroticismo e a utilização de serviços de saúde.

Apesar do interesse destes resultados, a principal limitação deste estudo é o número de participantes ser muito baixo, sendo o fato de se basear em medidas de autorelato outra limitação importante.

Em termos de estudos futuros, seria interessante incluir a avaliação da personalidade resistente (Kobasa, 1979), que medeia o impacto de eventos traumáticos e está presente em sujeitos que mobilizam eficazmente os recursos existentes. Dado que os estudos apontam para uma maior procura de serviços de saúde mental, comparativamente a serviços de saúde física em ex-combatentes (Calhoun *et al.*, 2002), seria interessante testar essa hipótese.

Outro domínio de investigação prende-se com o impacto da reforma na percepção dos sintomas, uma vez que as investigações revelam um aumento significativo de sintomas físicos e psicológicos associados a esta tarefa desenvolvimental (Shnurr *et al.*, 2005). Atendendo às idades destes participantes, esta fase sensível da vida deve ser considerada pelos profissionais de saúde. O conhecimento da experiência de guerra e dos sintomas associados pode ser útil para os profissionais de saúde, permitindo delinear-se planos de intervenção adequados às necessidades apresentadas por ex-combatentes.

O trabalho com este grupo, em contexto de saúde, deve privilegiar a intervenção no TEPT, promovendo o seu bem-estar psicofisiológico e, conseqüentemente, a redução na procura dos serviços e dos custos que lhes estão associados. Um estudo conclusivo sobre este tema (Marshall *et al.*, 1994) apontou custos acrescidos que rondam os 79 dólares por cada veterano de guerra e 26 dólares por cada doença diagnosticável neste grupo. Por outro lado, Gabbard *et al.* (1997, p. 154), concluíram que “o acompanhamento em psicoterapia associa-se à redução dos custos médicos em TEPT”, o que justifica reformular os cuidados de saúde, em nível de prevenção de quadros crônicos.

Referências

- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). 2002. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª ed., Lisboa, Climepsi Editores, 2 p.
- BOLTON, E.A.; LAMBERT, J.F.; WOLF, E.A.; RAJA, S.; VARRA, A.A.; FISHER, L.M. 2004. Evaluating a cognitive-behavioural group treatment program for veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychological Services*, 2:140-146. <http://dx.doi.org/10.1037/1541-1559.1.2.140>
- BOSCARINO J.A.; CHANG, J. 1999. Electrocardiogram, abnormalities among men with stress-related psychiatric disorders: Implications for coronary heart disease and clinical research. *Annals of Behavioral Medicine*, 21:227-234. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02884839>
- BOSCARINO, J.A. 1997. Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care. *Psychosomatic Medicine*, 59:605-614.
- BOSCARINO, J.A. 2004. Posttraumatic stress disorder and physical illness: Results from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032:141-153. <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1314.011>
- BOSCARINO, J.A. 1995. Post-traumatic stress and associated disorders among Vietnam veterans: the significance of combat exposure and social support. *Journal of Trauma Stress*, 8:307-336. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490080211>
- BRAMSEN, I.; DIRKZWAGER, A.J.E.; VAN DER PLOEG, H.M. 2000. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, 157:1115-1119. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.7.1115>
- BREWIN, C.R.; ANDREWS, B.; VALENTINE, J.D. 2000. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:748-766. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- CALHOUN, P.S.; BOSWORTH, H.B.; GRAMBOW, S.C.; DUDLEY, T.K.; BECKHAM, J.C. 2002. Medical service utilization by veterans seeking help for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159:2081-2086. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2081>
- COSTA, P.T.; MCCRAE, R.R. 1992. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, Psychological Assessment Resources.
- DEROGATIS, L.R. 1993. *BSI Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring, and Procedure Manual*. 4th ed., Minneapolis, National Computer Systems.
- ENGELHARD, I.M.; van den HOUT, M.A.; KINDT, M. 2003. The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 35:381-88. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00200-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00200-3)
- FRIEDMAN, M.J.; SCHNURR, P.P. 1995. The relationship between trauma, posttraumatic stress disorder, and physical health. In: M.J. FRIEDMAN; D.S. CHARNEY; A.Y. DEUTCH (eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress*. Philadelphia, Lippincott-Raven, p. 507-524.
- FRUEH, B.C.; ELHAL, J.D.; REEVES, A.N. 2004. Predictors of mental health and medical service use in veterans presenting with combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 2:111-119.
- FRUEH, B.C.; SAUVAGEOT, J.A.; ELHAL, J.D.; GOLD, P.B.; HAMNER, M.B.; ARANA, G.W. 2003. Service utilization and satisfaction among elderly former prisoners of war in South Carolina. *Military Medicine*, 168:682-687.
- GABBARD, G.O.; LAZAR, S.G.; HORNBERGER, J.; SPIEGEL, D. 1997. The economic impact of psychotherapy: a review. *American Journal of Psychiatry*, 154:147-155.
- KOBASA, S.C. 1979. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37:1-11. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
- KULKA, R.A.; SHELENGER, W.E.; FAIRBANK, J.A.; HOUGH, R.L.; JORDAN, B.K.; MARMAR, C.R.; WEISS, D.S. 1988. *Contractual report of findings from the National Vietnam Veterans Readjust-*

- ment Study. Research Triangle Park, Research Triangle Institute.
- KULKA, R.A.; SHELENGER, W.E.; FAIRBANK, J.A.; HOUGH, R.L.; JORDAN, B.K.; MARMAR, C.R.; WEISS, D.S. 1990. *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York, Brunner/Mazel.
- LIMA, M.; SIMÕES, A. 2000. *NEO-PI-R manual profissional*. Lisboa, CEGOC.
- MAIA, A. 2007. Factores predictores de PTSD e critérios de seleção em profissionais de actuação em crise. In: L. SALES (coord.), *Psiquiatria da catástrofe*. Coimbra, Almedina, p. 263-276.
- MAIA, A.; MCINTYRE, T.; PEREIRA, M.G.; RIBEIRO, E. 2011. War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress, & Coping*, **24**:309-325. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2010.521238>
- MARSHALL, G.N.; WORTMAN, C.B.; VICKERS, R.R.; KUSULAS, J.W.; HERVIG, L.K. 1994. The five-factor model of personality-health research. *Journal of Personality and Social Psychology*, **2**:278-286. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.278>
- McEWEN, B.S. 2000. Allostasis and allostatic load: Implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, **22**:108-124. [http://dx.doi.org/10.1016/S0893-133X\(99\)00129-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0893-133X(99)00129-3)
- MCFARLANE, A.C. 1997. The prevalence and longitudinal course of PTSD: implications for the neurobiological models of PTSD. *Annals of the New York Academy of Science*, **812**:10-23. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48265.x>
- MCINTYRE, T.; VENTURA, M. 1996. Escala de avaliação da resposta aos acontecimentos traumáticos. In: L. ALMEIDA (ed.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga, Apport, p. 567-576.
- MILLER, M.W. 2003. Personality and the etiology and expression of PTSD: a three-factor model perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **4**:373-393. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg040>
- O'TOOLE, B.I.; MARSHALL, R.P.; SHURECK, R.J.; DOBSON, M. 1998. Risk factors for posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **32**:21-31. <http://dx.doi.org/10.3109/00048679809062702>
- OKEY, J.L.; MCWHIRTER, J.J.; DELANEY, M.K. 2000. The central relationship patterns of male veterans with posttraumatic stress disorder: a descriptive study. *Psychotherapy*, **2**:171-179. <http://dx.doi.org/10.1037/h0087754>
- OZER, E.J.; BEST, S.R.; LIPSEY, T.L.; WEISS, D.S. 2003. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, **129**:52-73. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- PARIS, J. 2000. Predispositions, personality traits, and post-traumatic stress disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, **8**:175-183.
- SCHNURR, P.P.; JANKOWSKI, M.K. 1999. Physical health and post-traumatic stress disorder: review and synthesis. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, **4**:65-78.
- SCHNURR, P.P.; LUNNEY, C.A.; SENGUPTA, A.; SPIRO, A. 2005. A longitudinal study of retirement in older male veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **3**:561-566. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.561>
- SCHNURR, P.P.; SPIRO, A.; PARIS, A.H. 2000. Physician-diagnosed medical disorder in relation to PTSD symptoms in older male military veterans. *Health Psychology*, **19**:91-97. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.19.1.91>
- SENDAS, S. 2009. *Elaboração de Significado das Histórias de Vida de Ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Universidade do Minho. Braga.
- SOUTHWICK, S.M.; DAVIS, L.L.; AIKINS, D.E.; RASMUSSEN, A.; BARRON, J.; MORGAN, C.A. 2010. Neurobiological alterations associated with PTSD. In: M.J. FRIEDMAN; T.M. KEANE; P.A. RESICK (eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York, Guilford, p. 166-189.
- STRELAU, J.; ZAWADZI, B. 2005. Trauma and temperament as predictors of intensity of posttraumatic stress disorder symptoms after disaster. *European Psychologist*, **2**:124-135. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.10.2.124>
- TALBERT, F.S.; BRASWELL, L.C.; ALBREECHT, J.W.; HYER, L.A.; BOUDEWYNS, P. 1993. NEO-PI profiles in PTSD as a function of trauma level. *Journal of Clinical Psychology*, **5**:663-669. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(199309\)49:5<663::AID-JCLP2270490508>3.0.CO;2-A](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(199309)49:5<663::AID-JCLP2270490508>3.0.CO;2-A)
- TALBERT, F.S.; BRASWELL, L.C.; ALBREECHT, J.W.; HYER, L.A.; BOUDEWYNS, P. 1994. Relationship to NEO-PPI to personality styles and severity of trauma in chronic PTSD victims. *Journal of Clinical Psychology*, **50**:699-707. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(199409\)50:5<699::AID-JCLP2270500505>3.0.CO;2-C](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(199409)50:5<699::AID-JCLP2270500505>3.0.CO;2-C)
- VERHAEGHE, P.; VANHEULE, S. 2005. Actual neurosis and PTSD, the impact of the other. *Psychoanalytic Psychology*, **4**:493-507. <http://dx.doi.org/10.1037/0736-9735.22.4.493>
- WEISS, D.S.; MARMAR, C.R.; SCHLENGER, W.E.; FAIRBANK, J.A.; JORDAN, B.K.; HOUGH, R.L. 1992. The prevalence of lifetime and partial posttraumatic stress disorder in Vietnam Theater veterans. *Journal of Traumatic Stress*, **5**:365-376. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490050304>

Submetido: 11/04/2011

Aceito: 27/09/2011