



UC/EPCE—2018

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**TRAUMATIZAÇÃO SECUNDÁRIA EM ESPOSAS DE  
VETERANOS DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA  
COM PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO:  
UM PERFIL DE FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO E DE  
QUALIDADE DE VIDA**

Mariana Rodrigues Correia (e-mail: [correia.r.mariana@gmail.com](mailto:correia.r.mariana@gmail.com))

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde,  
área de especialização em Psicogerontologia Clínica, sob a orientação  
da Professora Doutora Maria Manuela Pereira Vilar

## **TRAUMATIZAÇÃO SECUNDÁRIA EM ESPOSAS DE VETERANOS DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA COM PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO: UM PERFIL DE FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO E DE QUALIDADE DE VIDA**

O presente estudo pretendeu analisar/explorar a realidade das esposas de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa diagnosticados com Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), visando conferir se a exposição a manifestações da sintomatologia de PSPT (e sintomatologia comórbida) de veteranos por parte das esposas leva ao desenvolvimento/manifestação de Perturbação Secundária de Stress Traumático (PSST) nas mesmas. Objetivou, ainda, caracterizar o funcionamento psicológico (cognitivo, emocional/sintomatológico) e de Qualidade de Vida (QdV) destas mulheres. Para isso procedeu-se à comparação entre grupos de esposas de casais em que o marido preencheu os critérios de diagnóstico (N=8) e em que o marido não exibiu esse padrão nosológico (N=7), no que diz respeito aos resultados dos seguintes instrumentos de avaliação: *Addenbrooke Cognitive Examination-Revised*, *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Military Version/Civilian Version*, Inventário de Estado-Traço de Ansiedade, Escala de Depressão Geriátrica - 30 itens, *Traumatic Events Questionnaire* e *World Health Organization Quality of Life-OLD Module*. Com vista a conferir se o padrão de sintomatologia das esposas era similar ao dos maridos com PSPT efetuou-se a comparação entre cada casal relativamente aos instrumentos que medem os construtos de depressão, ansiedade e PSPT. Com o objetivo de complementar a caracterização do perfil de funcionamento psicológico e de QdV destas esposas, foi implementado um grupo focal.

Com a presente investigação não foram encontradas diferenças significativas entre o perfil de funcionamento psicológico e de QdV das esposas de veteranos com PSPT e o das esposas de veteranos sem este diagnóstico. No entanto foi evidenciada a existência de PSST em 25% das esposas de ex-combatentes com PSPT e conferido que o perfil de sintomas de depressão, ansiedade (como traço e como estado) e evitamento dos maridos é similar ao observado nas esposas.

O estudo qualitativo permitiu-nos dar maior abrangência à investigação tendo sido identificada a existência de percepções de descontinuidade, continuidade e de progressão no que diz respeito à sintomatologia dos ex-

combatentes, e nas suas dinâmicas conjugais e familiares, sendo os relatos caracterizados pela discrepância entre o pré e o pós-guerra, uma vez que a Guerra Colonial foi identificada como um desencadeador de uma grande mudança no comportamento dos seus maridos, nas suas vidas e nas suas dinâmicas conjugais.

Conclui-se que a intervenção terapêutica oferecida aos ex-combatentes com PSPT deve ter em consideração também as esposas, que desempenham o papel de cuidadoras primárias, sendo importante o desenvolvimento de programas de intervenção eficazes dirigidas não só aos ex-combatentes, como às suas esposas.

Sugerimos a replicação deste estudo com um maior N amostral, com vista a possibilitar um maior grau de generalização dos dados, conciliando os objetivos com metodologias que permitam excluir o funcionamento subclínico dos ex-combatentes do grupo que não apresenta diagnóstico de PSPT. Também se recomenda a inclusão da análise dos fatores de risco e fatores de proteção das esposas desta população.

O intuito foi dar continuidade a um movimento no sentido de intervir junto destas pessoas, contribuindo para o desenvolvimento da área da PSST, com vista ao desenvolvimento de medidas de intervenção e prevenção adaptadas às particularidades, desafios e exigências desta população.

Identificou-se também a necessidade de fomentar a consciencialização nesta área e de ações de esclarecimento/sensibilização junto desta população (e da população geral) que incidam sobre esta temática.

Palavras chave: Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, Veteranos, Guerra Colonial Portuguesa, Esposas de Veteranos, Perturbação Secundária de *Stress* Traumático, Funcionamento Psicológico, Qualidade de Vida.

## **SECONDARY TRAUMATISATION IN WIVES OF VETERANS OF THE PORTUGUESE COLONIAL WAR WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: A PROFILE OF PSYCHOLOGICAL FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE**

The present study aimed to analyze/explore the reality of the Portuguese Colonial War veterans wives diagnosed with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), in order to verify if the exposure of symptoms of PSPT (and comorbid symptoms) by veterans would lead to the development/manifestation of Secondary Traumatic Stress Disorder (STSD) in them. It also aimed to characterize the psychological functioning (cognitive, emotional and symptomatic) and quality of life (QoL) of these women. For that purpose, a comparison was carried out between the groups of couples wives in which the husband met the diagnostic criteria (N = 8) and the ones in which the husband did not exhibit this nosological pattern (N = 7), regarding the results of the following assessment instruments: Addenbrooke Cognitive Examination-Revised, Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Military Version/Civilian Version, State-Trait Anxiety Inventory, Geriatric Depression Scale - 30 items, Traumatic Events Questionnaire and World Health Organization Quality of Life-OLD Module. In order to check if the symptoms pattern was similar to the veterans with PTSD a comparison was carried out among the all the couples regarding the tools used to measure depression constructs, anxiety and PTSD. With the aim of complementing the characterization of this wives psychological and quality of life profiles, a focal group was then implemented.

With the present investigation no significant differences were found between the psychological functioning and quality of life profile of veterans with PTSD wives and the wives of veterans with no such diagnosis. However it was revealed the existence of STSD in 25% of veterans with PTSD wives and led to the conclusion that the depression, anxiety (as trait and as state) profile and the husbands avoidance is similar with what is observed with the wives.

The qualitative study allowed us to provide a broader scope to the present investigation, with the existence of perceptions of discontinuity, continuity and progression concerning the symptomatology of war veterans, and their marital and familiar dynamics, being identified by the discrepancy between the pre and post-war events, once the Colonial War was

acknowledged as a trigger for a major behavior change of their husbands, in their lives and in their marital dynamics.

It is established that the therapeutic intervention offered to war veterans with PSPT should also take their wives into account, who often act like primary caretakers, and it is imperative to develop effective intervention programs directed not only at war veterans but also to their wives.

We propose the replication of this study with a much higher N sample, in order to allow a superior degree of data generalization, conciliating the objectives with methodologies that exclude the subclinical functioning of war veterans of the group that does not show a PTSD diagnosis. It is also recommended to include the analysis of the risk factors and protection factors of the wives of this population.

The objective was to carry on an action in order to intervene with these people, contributing to the development of the STSD area, with a vision to develop intervention and prevention measures adapted to such particularities, challenges and requirements of this population.

It was also identified the importance to raise awareness throughout this field and raising clarification/awareness actions with this population (and the whole population) in order to focus more deeply on this particular subject.

**Key Words:** Posttraumatic Stress Disorder, Veterans, Portuguese Colonial War, Veterans Spouses, Secondary Traumatic Stress Disorder, Psychological Functioning, Quality of Life.

*“They say it takes a special woman to be a military spouse - it takes an even tougher one to be a spouse of a soldier who has never really come home. I love my husband unconditionally, in sickness and in health, and I remind myself of that every day. He came home - even if he isn't exactly the same as he was when he left. I wouldn't have left him if he came home with no legs, this is no different.”*

Unknown

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, aos utentes da Liga dos Combatentes com quem tive a oportunidade de me cruzar. Um obrigada por cada partilha e por toda a disponibilidade.

Aos meus estimados pais, António e Cláudia, por serem a minha grande fonte de energia e inspiração. Obrigada por acreditarem em mim e por me apoiarem em tudo o que faço.

Aos meus dois manos, António e Inês, por estarem sempre comigo e por me ajudarem sempre a sorrir para a vida.

Ao meu namorado, Paulo, pelo amor incondicional e por todo o apoio.

Às minhas colegas de mestrado Nídia, Rafaela, Isabela e Daniela, por toda a amizade e presença constante nesta fase.

À minha estimada orientadora da presente dissertação, Professora Doutora M<sup>ª</sup> Manuela Vilar, por todo o cuidado e apoio. Uma fonte de inspiração de carácter inigualável, não apenas a nível académico/profissional mas também como pessoa.

À minha prezada orientadora de estágio curricular, Professora Doutora Margarida Lima, imprescindível na construção da minha atitude crítica face à intervenção na idade avançada. Obrigada por toda a orientação e partilha de conhecimento.

À minha querida orientadora de estágio curricular do CAMPS-4, Doutora Catarina Gonçalves, indispensável para o delineamento e execução de todo este projeto. Um obrigada por toda a ajuda, atenção e amizade.

Ao Professor Doutor Bruno de Sousa pelos seus conselhos metodológicos e ao Professor Doutor Alferes, pelas suas regras estatísticas de algibeira.

## Índice

|   |    |
|---|----|
| Introdução .....  | 1  |
| I – Enquadramento concetual.....  | 4  |
| Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático em Veteranos da Guerra<br>Colonial Portuguesa ..... | 4  |
| Traumatização Secundária em Esposas de Ex-Combatentes da<br>Guerra Colonial Portuguesa .....    | 7  |
| II - Objetivos .....  | 13 |
| III - Metodologia.....  | 14 |
| IV - Resultados .....   | 22 |
| V – Discussão .....   | 38 |
| VI - Conclusões.....  | 47 |
| Bibliografia .....  | 51 |
| Anexos .....  | i  |



## Introdução

A investigação acerca do *stress* e do trauma associados a experiências de guerra foi impulsionada no seguimento da Guerra do Vietname (debruçando-se sobre o seu impacto em militares americanos) e pelo estabelecimento da categoria de diagnóstico da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003).

À semelhança de outros conflitos armados, a Guerra Colonial Portuguesa deixou sequelas físicas, psicológicas e sociais na vida dos indivíduos que nela participaram, sendo que muitos dos veteranos, agora maioritariamente adultos idosos, continuam a sentir as repercussões das experiências traumáticas vividas nesse contexto.

Apesar da maioria dos estudos acerca do *stress* traumático se debruçar sobre o impacto direto destas experiências traumáticas, tem vindo a assistir-se a um aumento da investigação relativa às consequências da exposição a manifestações da sintomatologia de PSPT e de sintomatologia comórbida (e.g., ansiedade e depressão) em esposas e filhos das pessoas traumatizadas. Assim, tem sido descrito um padrão de desenvolvimento de sintomas similares aos da PSPT que corresponde à Perturbação Secundária de *Stress* Traumático (PSST) (Klarić, Kvesić, Mandić, Petrov, & Frančišković, 2013).

A presente dissertação enquadra-se no âmbito de uma parceria/colaboração levada a cabo entre a Liga dos Combatentes (LC) e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (FPCE) da Universidade de Coimbra, que se iniciou com a realização do estágio curricular em Psicogerontologia Clínica referente ao Mestrado Integrado em Psicologia, efetuado no passado ano letivo 2016-2017, e se prolongou na implementação de um projecto investigacional.

Dado que os centros de apoio médico, psicológico e social da LC têm como população-alvo os veteranos e as suas famílias, considerou-se pertinente explorar/investigar a temática da PSST objetivando uma melhor compreensão da realidade dos utentes. Neste contexto, o aprofundamento do conhecimento acerca deste tipo de quadro sintomatológico, em particular, poderá contribuir para o desenvolvimento de medidas de intervenção e prevenção focadas na

melhoria do bem-estar dos familiares, nomeadamente das esposas dos veteranos, e não apenas das pessoas com PSPT.

Para a conceção desta investigação contribuiu também a leitura inicial do estudo de Oliveira (2008), intitulado “Traumas da guerra: Traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PTSD”, onde a investigadora recomenda a replicação do mesmo noutras zonas do país com o intento de vir a poder generalizar os resultados encontrados e contribuir para um melhor entendimento desta temática.

No presente projeto, enquadrado na subárea de especialização em Psicogerontologia Clínica e por forma a circunscrever o estudo, optámos por não integrar na amostra os descendentes/filhos(as), sendo apenas avaliado o impacto dos traumas de guerra/traumatização secundária nas esposas de veteranos. O tema foi operacionalizado de forma a manter a avaliação dos construtos de base do protocolo utilizado naquela investigação, nomeadamente, sintomatologia de ansiedade e depressão, e a avaliação da prevalência de acontecimentos traumáticos ao longo da vida das esposas e o seu impacto a nível psicológico. A este protocolo foram adicionados instrumentos de avaliação dos domínios cognitivo e de qualidade de vida (QdV), assim como constituído e analisados os resultados de um grupo focal de esposas de veteranos com PSPT. Com isto, o intuito da presente investigação foi a obtenção de uma caracterização o mais completa possível do perfil de funcionamento psicológico e de QdV de esposas de ex-combatentes com PSPT e a verificação da existência de sintomatologia de PSST nas mesmas.

No Capítulo I da presente dissertação encontra-se a conceitualização teórica relevante para a compreensão dos objetivos em estudo, sendo explorados os temas “Perturbação de *Stress* Pós-Traumático em Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa” e “Perturbação Secundária de *Stress* Traumático em Esposas de Ex-Combatentes da Guerra Colonial Portuguesa”.

No Capítulo II são expostos os objetivos gerais e específicos da investigação e no Capítulo III encontra-se a metodologia que foi adotada para a concretização dos mesmos, sendo apresentados os critérios de seleção da amostra tidos em consideração, os procedimentos, os instrumentos e as técnicas utilizadas e a descrição das análises de dados efetuadas.

No Capítulo IV são apresentados os resultados obtidos (caracterização amostral, resultados quantitativos/qualitativos e respetivas análises) e no Capítulo V é apresentada a discussão dos resultados, tendo como referência os objetivos de investigação e a revisão da literatura realizada.

Por último, no Capítulo VI, são expostas as conclusões do estudo e deixadas recomendações para a elaboração de futuras investigações nesta área.

No final do texto, encontram-se a bibliografia consultada e os anexos que visam complementar os dados apresentados.

## I – Enquadramento concetual

Perturbação de *Stress* Pós-Traumático em Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa

### PERTURBAÇÃO DE *STRESS* PÓS-TRAUMÁTICO

No campo da Psicologia o conceito de *trauma* é associado a acontecimentos psicologicamente intensos, normalmente imprevisíveis, que estão para além dos considerados “normais”/usuais na vida das pessoas (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003) e que representam uma ameaça significativa de carácter físico, emocional ou psicológico à segurança da vítima ou dos seus entes queridos (Nugent et al., 2009; Orcutt, Erickson, & Wolfe, 2004; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992, cit. in American Psychological Association, 2017). Este tipo de eventos são denominados de acontecimentos traumáticos (AT) e têm natureza e intensidade variáveis (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003).

Durante ou logo após um contexto/situação de *stress* poderá desenvolver-se uma Reação Aguda de *Stress* (RAS) que dura pelo menos 3 dias após o incidente crítico. Se os sintomas se mantiverem até 2 semanas após o AT é então reconhecida a Perturbação Aguda de *Stress* (PAS), que poderá ser precursora de uma sequela denominada de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT; em inglês PTSD - *Post Traumatic Stress Disorder*) (APA, 2013).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – V (DSM-V; APA, 2013), o indivíduo que desenvolve esta perturbação pode ter sido exposto ao AT de três formas diferentes: diretamente, indiretamente (testemunhar ou ter conhecimento de AT que outras pessoas viveram) ou sendo exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos de um AT que outra pessoa sofreu (apenas estão incluídos parentes ou amigos próximos e, se envolveu perigo de vida ou morte, esta deve ter sido acidental ou violenta). Independentemente do tipo de trauma e das diferenças individuais, existe um padrão de resposta similar entre indivíduos, sendo este caracterizado pela reexperiência do acontecimento (através de pensamentos intrusivos e repetitivos, pesadelos e mal-estar psicológico), por evitamento (amnésia e falta de sentido de futuro), por embotamento afetivo (dificuldade em sentir e expressar emoções), e por hiperativação fisiológica (manter estados

Traumatisação Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de *Stress* Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

exagerados de alerta, problemas em adormecer e falta de concentração).

Quando comparada com outras perturbações mentais, esta surge na literatura como sendo a doença mental com maior nível de comorbilidade (e.g., Sautter et al., 1999; Zayfert, Becker, Unger, & Shearer, 2002, cit. in Pinto et al., 2012), sendo que pode tornar propenso o desenvolvimento de “fobias, perturbações de pânico, depressão, distímia, abuso de substâncias, problemas ao nível das relações interpessoais, problemas de saúde física e défices cognitivos” (Albuquerque & Lopes, 1997; Freedy & Donkervoet, 1995; Joseph, Williams, & Yale, 1997; Orsillo et al., 1996, cit. in Pereira, Pedras, Lopes, Pereira, & Machado, 2010, p. 213). Estes indivíduos poderão desenvolver problemas ao nível da sociabilidade, resolução de problemas interpessoais e intimidade conjugal (Monson, Taft, & Fredman, 2009; Robert et al., 1982, cit. in Jordan et al., 1992). No que diz respeito ao perfil neuropsicológico destas pessoas, a meta-análise de 60 estudos levada a cabo por Scott e colaboradores (2015) indica que a literatura tem vindo a relatar que a PSPT surte efeitos nos processos cognitivos de atenção, velocidade de processamento de informação complexa, memória de trabalho, aprendizagem verbal e função executiva, não tendo sido encontrados efeitos evidentes nos domínios da linguagem, função viso-espacial, aprendizagem visual e memória.

Na primeira investigação epidemiológica acerca da PSPT na população geral adulta portuguesa, Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003), numa amostra de 2606 sujeitos, constataram que a taxa de prevalência desta perturbação é de 7.87%, existindo uma diferença estatisticamente significativa entre sexos, sendo a prevalência maior nas mulheres. Os autores constataram também que a prevalência desta perturbação a nível global e por sexo é semelhante à de outros países desenvolvidos.

Historicamente, esta perturbação de ansiedade surgiu enquanto categoria nosológica apenas no rescaldo da Guerra do Vietname, em 1980, no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - III (DSM-III), estabelecendo a descrição de sinais/sintomas manifestados por militares/veteranos de guerra. No entanto, inúmeros autores referem a existência prévia de relatos e descrições de sintomas de perturbações psicológicas associadas a AT em cenários pós-guerra (e.g., primeira e segunda

guerras mundiais) compatíveis com a PSPT (Marcelino & Gonçalves, 2012; Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003; Pinto, Gonçalves, & Lima, 2012).

#### (PSPT EM) VETERANOS DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA

Desde sempre que a humanidade tem vindo a ser vítima de circunstâncias adversas e trágicas, sendo a guerra vista como um dos principais *stressores* conhecidos pelo Homem (Vaz Serra, 2003).

Do espectro de AT, o contexto de combate é um dos mais severos, sendo este caracterizado por uma prolongada exposição a uma sucessão de situações de violência de guerra que afetam essencialmente os sentimentos de segurança dos seus intervenientes, dando origem a sentimentos de impotência, rotura/colapso físico e psicológico e desconforto (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003). Dada a sua elevada exigência física, emocional e cognitiva (Rizzo et al., 2006, cit. in Gamito et al., 2010), o desenvolvimento da área do trauma foi precipitado pelo estudo das consequências de AT vivenciados pelos participantes de vários conflitos armados ao longo da história (Sher, 2004).

No caso de Portugal, em particular, só após o término da Guerra Colonial, há 44 anos, é que foi iniciado o estudo dos efeitos psicológicos da guerra em ex-combatentes. Segundo dados do Estado-Maior do Exército, estima-se que tenham sido destacados para as províncias ultramarinas (Angola, Guiné e Moçambique) cerca de um milhão de combatentes (Albuquerque, Fernandes, Saraiva & Lopes, 1992, cit. in Anunciação, 1997). Dos sobreviventes, grande parte conseguiu reintegrar-se na vida civil, no entanto, dessa experiência muitos ficaram com sequelas físicas e psicológicas que marcam particularmente a realidade atual da população idosa portuguesa (se considerarmos o processo de envelhecimento entretanto ocorrido).

Relativamente à prevalência de perturbações psicológicas, a partir da comparação com dados da Guerra do Vietname, estima-se que em Portugal cerca de 140.000 veteranos sofram de perturbações psicológicas que advêm de vivências de guerra (Albuquerque et al., 1992, cit. in Anunciação, 1997). A investigação acerca da prevalência da PSPT na população adulta portuguesa levada a cabo por Albuquerque e colaboradores (2003) indica que, dos 11.6% indivíduos do sexo masculino que referiram ter sido expostos a situações de guerra ou combate, 9.9% desenvolveram PSPT. Já numa amostra de 230 ex-

combatentes da Guerra Colonial Portuguesa, Pereira e colaboradores (2010) reportam que 39.5% cumpriam os critérios de PSPT e 81% apresentavam perturbações emocionais comórbidas. Neste mesmo estudo os autores reportam também outras investigações que se debruçaram sobre a prevalência de PSPT nesta população em específico, sendo exemplos: o estudo de Albuquerque e Lopes (1997), com 120 sujeitos, no qual 84.2% apresentavam um quadro clínico de PSPT crónico, 98.2% apresentavam patologias associadas e 37.7% apresentavam um grau de incapacidade severa; o estudo de Maia, McIntyre, Pereira e Fernandes (2006), com uma amostra de 350 indivíduos, no qual 39% apresentavam PSPT e 56% apresentavam morbidade psicológica; e o estudo de Pereira e Pedras (2007), com 505 veteranos, no qual 36% apresentavam sintomatologia de PSPT e 43% tinham o diagnóstico desta perturbação.

Não está ainda descrito na literatura como é que a PSPT e o processo de envelhecimento se interrelacionam (Daniels, Boehnlein, & McCallion, 2015), no entanto, numa revisão da literatura efetuada por Lapp, Agbokou e Ferreri (2011), os autores apontam que alguns estudos sugerem que em adultos idosos existe uma aceleração do envelhecimento cognitivo (e.g., Golier et al., 2002; Yaffe et al., 2010; Yehuda et al., 2002), o desenvolvimento de perceções de saúde negativas, uma maior utilização de serviços de saúde, ideação suicida (e.g., Spitzer et al., 2008), um nível de satisfação mais reduzido e uma idade subjetiva superior à real (e.g., Solomon et al., 2009, van Zelst et al., 2006).

Também um estudo com veteranos australianos do conflito da Coreia demonstrou que a perceção de QdV em termos psicossociais e de saúde na idade avançada é condicionada pela exposição a situações de combate enquanto jovens adultos, recomendando que se deverá considerar o impacto do serviço militar no bem-estar na idade avançada (Böttche, Kuwert & Knaevelsrud, 2012; Ikin et al., 2009). Estes delineamentos podem constituir-se como relevantes no estudo da PSPT em veteranos (idosos) portugueses.

Traumatização Secundária em Esposas de Ex-Combatentes da Guerra Colonial Portuguesa

#### PERTURBAÇÃO SECUNDÁRIA DE STRESS TRAUMÁTICO

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

Na secção precedente explorou-se uma forma de traumatização que se baseia no contacto direto com o stressor, tendo o próprio indivíduo experienciado o AT, levando ao desenvolvimento da PSPT. Nesta secção iremos abordar uma forma de traumatização relacionada com a exposição indireta que advém das vivências partilhadas com um membro da família que sofre da PSPT, sendo o sujeito exposto às reações físicas e emocionais daquele membro/familiar e desenvolvendo sintomatologia semelhante (Figley, 1983, cit. in Galovski & Lyons, 2004; Allen, 2005). Estamos neste caso a referir-nos ao ramo de estudo que se debruça sobre os efeitos secundários da convivência com indivíduos com PSPT que é denominado de traumatologia sistémica (Klarić et al., 2013). É neste campo que tem vindo a ser explorada a PSST, que tem por base o contacto prolongado com alguém com PSPT, constituindo-se como stressor crónico (Solomon et al., 1992, cit. in Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003).

Na sua revisão da literatura, Galovski e Lyons (2004) analisaram e distinguiram dois tipos de utilização da expressão “traumatização secundária”. O primeiro equivale ao tipo de traumatização vicariante, em que o indivíduo não exposto de forma direta ao AT desenvolve sintomatologia traumática (pesadelos, pensamentos intrusivos, *flashbacks*) depois de ter conhecimento do AT indiretamente através de alguém que o viveu de forma direta; e o segundo reporta-se a qualquer tipo de transmissão de *distress* da pessoa traumatizada primariamente às pessoas que convivem com a mesma. Segundo os autores, esta segunda aceção é a mais abrangente e é sobre este prisma que esta temática será aqui abordada. Embora a literatura nesta área se foque principalmente em veteranos do sexo masculino e suas companheiras, com alguns estudos a abordar também os efeitos da PSPT sobre os seus descendentes, o impacto negativo do *stress* traumático individual na família tem sido também estudado noutros grupos como “traumatização secundária”, como são exemplo as famílias de sobreviventes do Holocausto (e.g. Bergmann & Jucovy, 1982; Epstein, 1979, cit. in Galovski & Lyons, 2004).

Segundo Pereira e Monteiro-Ferreira (2003), o conceito de PSST tem vindo a ser utilizado para descrever os efeitos do trauma nos filhos de pessoas com PSPT (e.g., Rosenheck & Nathan, 1985), nos cônjuges de indivíduos traumatizados (e.g., Figley, 1983; McCann & Pearlman, 1990) e em



profissionais que trabalham com sujeitos que sofreram traumas (e.g., Figley, 1995).

A partir da revisão da literatura efetuada no presente estudo, constatámos que as investigações de Jordan e colaboradores (1992), Anunciação (1997), Galovski e Lyons (2004), Monson e colaboradores (2009), Oliveira (2008), Pereira e Monteiro-Ferreira (2003) e Pereira e colaboradores (2010) indicam que apenas nas últimas três décadas se tem estudado os efeitos da sintomatologia de PSPT nos membros da família de pessoas traumatizadas e analisado as diferenças (evidentes) entre famílias que têm um membro com esta perturbação e as que não integram membros com esta perturbação.

Apesar de este campo carecer ainda de suporte empírico, por ser recente, os autores supracitados exploraram diversos parâmetros que têm vindo a indicar que as famílias dos veteranos diagnosticados com PSPT revelam maior *distress* familiar (Galovski & Lyons, 2004; Jordan et al., 1992; Monson et al., 2009), um agravamento do grau de severidade e número de problemas nas relações familiares/conjugais (Galovski & Lyons, 2004), mais divórcios e infidelidade, maior ocorrência de episódios de violência e agressão por parte dos maridos (Galovski & Lyons, 2004; Gimbel & Booth, 1994, cit. in. Monson et al., 2009; Jordan et al., 1992), e menor coesão e adaptabilidade familiar. Desta forma estas famílias são consideradas mais desequilibradas em relação ao seu funcionamento familiar (coesão e adaptabilidade familiar) sendo consideradas famílias do tipo “extremo” (Anunciação, 1997; Jordan et al., 1992; Pereira et al., 2010). É também relatado o desenvolvimento de traumatização secundária nas suas esposas e filhos (Galovski & Lyons, 2004; Oliveira, 2008).

#### (PSST EM) ESPOSAS DE EX-COMBATENTES DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA

Como referido previamente, durante ou logo após a exposição a uma situação de *stress*, poderá desencadear-se uma RAS sendo, em contexto de combate, denominada de Reação de Stress de Combate (RSC). Os seus sintomas incluem reações intensas aos pensamentos/lembranças do trauma, evitamento dos mesmos, problemas de sono, emoções negativas, irritabilidade/raiva

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

frequentes e reatividade (American Psychiatric Association, 2013). Em 1995 Mikulincer, Florian e Solomon (cit. in Galovski & Lyons, 2004) compararam 49 esposas de veteranos de Israel que apresentaram RSC com 31 esposas de veteranos que não tinham tido este diagnóstico. A avaliação baseava-se em descrições das reações emocionais imediatamente após o regresso dos seus maridos, 6 anos antes do estudo. As esposas dos veteranos com RSC reportaram sentir mais ansiedade, solidão, hostilidade, psicopatologia severa e somatização e um decréscimo do seu otimismo aquando do regresso dos seus maridos. Segundo os investigadores o processo de traumatização secundária destas esposas poderá começar logo após a exposição aos sintomas iniciais apresentados pelos maridos.

A revisão supramencionada de Galovski e Lyons debruçou-se acerca das sequelas psicológicas causadas pela exposição à violência de combate focalizando-se no impacto que a PSPT dos veteranos de guerra tinha nas respetivas famílias. Neste trabalho os autores apontam a PSPT como fator mediador dos efeitos das experiências violentas de combate nas famílias de veteranos com PSPT. Referem também que os indicadores/sintomas de embotamento afetivo/hiperativação têm vindo a constatar-se como principais preditores de *distress* na família e os sintomas de raiva dos ex-combatentes com PSPT têm vindo a constatar-se preditores de relações familiares problemáticas e traumatização secundária. Ainda neste estudo os autores citam as revisões de Solomon (1992) e de Solomon, Kotler e Mikulincer (1988), que se referem à situação das esposas que vivem com veteranos com PSPT como sendo caracterizada por desapego emocional da parte do marido, falta de intimidade sexual, episódios de abuso, completa responsabilidade (da esposa) pelo bem-estar dos filhos e responsabilidade pela manutenção do bem-estar do marido e pela gestão financeira da família.

Desta forma as esposas dos ex-combatentes com PSPT são também referidas na literatura como sendo cuidadoras. Quando as mesmas têm a perceção de que a sua saúde emocional, saúde física e a sua vida social e situação financeira são afetadas por desempenharem este papel podem sentir-se sobrecarregadas (Zarit, Todd, & Zarit, 1986, cit. in Monson et al., 2009), sendo que este fenómeno também poderá contribuir para os problemas familiares/maritais. Monson e colaboradores (2009) referem também que a

literatura tem vindo a indicar que o grau de severidade dos sintomas de PSPT está associado à severidade do grau de sobrecarga do cuidador.

A dinâmica característica das relações conjugais, das normas culturais, as expectativas e os sentimentos de “obrigação” contribuem para a susceptibilidade das esposas ao *stress* dos seus companheiros. Nas suas relações íntimas com os seus cônjuges, os veteranos do sexo masculino com PSPT crónica têm vindo a apresentar maior ansiedade em relação à intimidade (Riggs, Byrne, Foy, & Donahoe, 1985, cit. in Monson et al., 2009), menor abertura e expressividade emocional (Carrol, Rueger, Foy, & Donahoe, 1985, cit. in Monson et al., 2009) quando em comparação com casais de ex-combatentes sem PSPT. Riggs, Byrne, Weathers e Litz (1998, cit. in Galovski & Lyons, 2004) identificaram também maior perceção de *distress* na relação marital nos casais em que o marido foi diagnosticado com PSPT e uma correlação positiva entre a severidade da sintomatologia de PSPT e a severidade do *distress* na relação. Por outro lado, Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon e Poliack (2005) salientam que algumas investigações têm vindo também a apontar como aspeto positivo da relação marital a importância e o valor atribuído ao casamento por parte de ambos os elementos do casal (e.g., Frye & Stockton, 1982; Williams & Williams, 1985).

Numa revisão da literatura, Klarić e colaboradores (2013) referem que os dados de investigação acerca de veteranos da guerra do Vietname e suas companheiras reportam que as esposas de veteranos com PSPT, em comparação com as esposas de veteranos sem esta perturbação, evidenciam mais sentimentos de eminentes esgotamentos nervosos, um maior isolamento social e episódios de violência doméstica (e.g., Kulka et al., 1990). Num estudo que também pretendeu efetuar uma comparação entre estes dois grupos de esposas, Jordan e colaboradores (1992) analisaram o nível de *distress* psicológico tendo verificado que as esposas dos veteranos com PSPT relatam uma menor satisfação em relação à vida, menores níveis de felicidade, mais problemas maritais, apresentam *distress* geral mais elevado e consideram existir mais violência da parte dos maridos e delas mesmas. Ainda na revisão citada anteriormente é referido um estudo qualitativo com companheiras de veteranos, também da guerra do Vietname, onde as mesmas referem que os seus episódios de pânico tiveram agentes desencadeadores semelhantes aos

dos maridos, como o som de helicópteros, tiros, avistar fumo, entre outros (e.g., Maloney, 1988).

Dekel e colaboradores (2005) recensiam estudos que apontam a coabitação com veteranos com PSPT como propícia ao desenvolvimento de baixa autoestima (Verbosky & Ryan, 1988), de confusão, perda de controlo e autoculpabilidade (Matsakis, 1988), de sentimentos de tensão (Jordan et al., 1992; Verbosky & Ryan, 1988), de queixas somáticas, de ansiedade e de depressão e solidão (Solomon et al., 1992) por parte das suas esposas.

Nesta sequência, poderemos avançar que não foram apenas os veteranos da Guerra Colonial que sofreram repercussões das experiências traumáticas aí vividas. As suas famílias também foram condicionadas por este conflito, no entanto, não foi ainda explorada a prevalência da PSST em Portugal.

Em Portugal, na amostra estudada por Pereira e colaboradores (2010), de 230 veteranos, cerca de 72% pertenciam a famílias com elevado grau de disfunção familiar. O estudo de Oliveira (2008), com uma amostra de 198 indivíduos (66 famílias), corroborou que a existência de PSPT em ex-combatentes é preditora da PSST das esposas e que a sintomatologia de depressão do ex-combatente se revela como preditor significativo da depressão e ansiedade-estado da esposa. A mesma autora cita também o estudo de Pereira e Ferreira (2006), com amostra de 58 esposas, onde 78% apresentaram sintomas de PSST, conferindo assim a presença de PSST e sintomatologia comórbida nas esposas dos ex-combatentes.

De referir que na pesquisa efetuada não foram encontrados estudos portugueses acerca do impacto a nível do funcionamento cognitivo e da QdV, nem na população com PSST, em geral, nem nas esposas de ex-combatentes, em específico.

Galovski e Lyons (2004) salientam que as intervenções junto de famílias de veteranos diagnosticados com PSPT têm vindo a centrar-se apenas na melhoria do bem-estar e das relações dos ex-combatentes não tornando central a intervenção com as suas esposas e filhos. Na sequência desta constatação sugerem intervenções delineadas especificamente para a melhoria do bem-estar dos entes mais significativos dos veteranos diagnosticados com PSPT. É apontado também o potencial impacto positivo da melhoria das

relações e redução da sobrecarga do cuidador na eficácia da intervenção/redução de sintomatologia junto de ex-combatentes com PSPT.

## **II - Objetivos**

A presente investigação debruça-se sobre o impacto da PSPT (e sintomatologia comórbida) de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa no desenvolvimento/manifestação de PSST nas suas esposas. Visa, ainda, caracterizar o funcionamento psicológico (cognitivo, emocional/sintomatológico) e a QdV destas mulheres.

Os objetivos e hipóteses foram delineados com base na revisão da literatura reportada no Enquadramento Concetual e para efeitos de análise foram constituídos dois grupos: o Grupo 1 (casais em que marido apresenta PSPT) e o Grupo 2 (casais em que o marido não apresenta PSPT). Implementaram-se, assim, dois estudos, um quantitativo e outro qualitativo.

No âmbito do estudo quantitativo foram elaboradas as seguintes hipóteses:

1. Há diferenças entre os resultados de sintomatologia de PSST do Grupo 1 (esposas expostas à sintomatologia de PSPT e sintomatologia comórbida dos maridos) e do Grupo 2 (esposas cujos maridos não apresentam PSPT), sendo os valores obtidos superiores no Grupo 1;
2. Há diferenças entre os resultados de sintomatologia depressiva do Grupo 1 e do Grupo 2, sendo os valores obtidos superiores no Grupo 1;
3. Há diferenças entre os resultados de sintomatologia de ansiedade do Grupo 1 e do Grupo 2, sendo os valores obtidos superiores no Grupo 1;
4. Há diferenças entre os resultados de QdV do Grupo 1 e do Grupo 2, sendo os valores obtidos inferiores no Grupo 1;
5. Há diferenças entre os resultados de funcionamento/estado cognitivo do Grupo 1 e do Grupo 2, sendo os valores obtidos inferiores no Grupo 1;
6. Não há diferenças entre os resultados/perfil de sintomas

(sintomatologia de PSST/PSPT, sintomatologia depressiva e ansiógena) das esposas do Grupo 1 e dos respetivos maridos, isto é, o perfil de sintomas das esposas do Grupo 1 é semelhante ao perfil de sintomas observado nos maridos.

Com o objetivo de complementar a caracterização do perfil de funcionamento psicológico e QdV destas esposas, foi implementado um grupo focal. Com este estudo qualitativo pretendeu-se também evidenciar a perspetiva subjetiva das esposas de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa face à temática da exposição à expressão sintomatológica da PSPT dos seus maridos/companheiros, das repercussões destas experiências e, adicionalmente, das estratégias mais utilizadas para lidar com a mesma.

### **III - Metodologia**

#### **Participantes**

Foi selecionada uma amostra de conveniência de 30 pessoas (15 casais), a frequentar o Centro de Apoio Médico, Psicológico e Social-4 (CAMPS-4), com 8 casais em que o marido preencheu os critérios de diagnóstico de PSPT e 7 casais em que o marido não exibiu esse padrão nosológico.

Com os critérios de seleção procuraram-se casais (casados ou a viver maritalmente) em que os maridos tenham participado na Guerra Colonial e, para efeitos de inclusão no Grupo 1 ou no Grupo 2, considerou-se o diagnóstico de PSPT.

De referir que, inicialmente, foram avaliados 17 casais. No entanto, das aplicações do protocolo não foram incluídas em análise as informações/dados de dois casais: uma por desistência da esposa de um dos veteranos avaliados e outra por exclusão de um casal ao não ter sido identificado qualquer trauma associado ao contexto militar no marido, ainda que fosse indicada a presença de PSPT.

Da subamostra referente a veteranos com PSPT, foram posteriormente contactadas as esposas respetivas, para realização do estudo qualitativo, sendo que apenas 4 puderam estar presentes aquando da realização do grupo focal implementado.

### **Procedimento, instrumentos e técnicas**

Para concretizar os objetivos do estudo foram utilizadas medidas quantitativas e qualitativas, sendo que as segundas serviram como complemento das primeiras, com vista a explorar e caracterizar de forma mais abrangente a realidade das participantes.

Com a colaboração da equipa técnica do CAMPS-4, pertencente ao Núcleo de Coimbra (psicólogo, assistente social e médico psiquiatra) foi selecionada a amostra e em seguida foram convidados os ex-combatentes (sócios da Liga dos Combatentes da zona centro) e suas esposas, pessoalmente ou por telefone, a participar no estudo.

De forma a controlar a variável PSPT, considerou-se primeiramente o facto de os ex-combatentes, de ambos os grupos a constituir (com e sem PSPT), já terem frequentado ou frequentarem consultas de psiquiatria e/ou psicologia no CAMPS-4.

A amostra foi recolhida entre março e setembro de 2017.

Depois de obtido o consentimento informado dos participantes, aplicou-se o seguinte protocolo de avaliação:

#### **1. Entrevista Sócio-demográfica**

Nesta secção pretendeu-se efetuar a recolha de informação sócio-demográfica (Género, Idade, Escolaridade, Estado Civil, Agregado Familiar, Distrito/Morada [zona urbana, moderadamente urbana ou rural], Condição Laboral Atual), do estado de saúde atual/prévio (Perceção do Estado de Saúde, Situação Médica [recorrer a/manter consultas de psicologia/psiquiatria]) dos sujeitos.

Na versão para o ex-combatente foram adicionadas questões relativas ao serviço militar (Local de Missão na Guerra Colonial e Ramo das Forças Armadas).

#### **2. *Addenbrooke Cognitive Examination-Revised* (ACE-R) (Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold, & Hodges, 2006; Versão Portuguesa: Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008, 2010; Simões, Firmino, Sousa, & Pinho, 2011; Simões et al., 2015.)**

Este instrumento de administração individual foi concebido como um

teste de rastreio cognitivo que inclui os itens do *Mini Mental State Examination* (MMSE) e permite, comparativamente a este, uma exploração mais abrangente dos domínios visuo-espacial, memória, linguagem e atenção/orientação, sendo ainda acrescentada uma tarefa de fluência verbal. A pontuação total máxima é de 100 pontos, que corresponde ao somatório das sub-pontuações em 5 domínios: Atenção/Orientação (18 pontos), Memória (26 pontos), Fluência (14 pontos), Linguagem (26 pontos), Viso-espacial (16 pontos). Permite, ainda, obter o resultado derivado do MMSE. Pontuações mais elevadas são indicativas de melhor funcionamento cognitivo (Simões et al., 2015).

**3. World Health Organization Quality of Life-OLD Module (WHOQOL-OLD)** (Power et al., 2005; Versão Portuguesa: Vilar, Sousa, & Simões, 2016)

A versão portuguesa do WHOQOL-OLD é um instrumento de autorresposta constituído por 28 itens que avaliam a QdV, cotados numa escala *Likert* de 5 pontos (num total máximo de 140 pontos), e que cobrem 7 facetas, compostas por 4 itens cada (num valor máximo de 20 pontos). Integra as 6 facetas do estudo original: Funcionamento Sensorial, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade; e a faceta culturalmente relevante para a população portuguesa, Família/Vida Familiar (Vilar et al., 2016). A valores mais elevados (total e facetas) corresponde uma melhor percepção de QdV (Vilar et al., 2016).

**4. Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y)** (Spielberger, 1983; Versão Portuguesa: Silva, 1998, 2000, 2003)

O STAI-Y é um questionário de auto-relato que permite a avaliação da ansiedade enquanto estado transitório (Escala de Ansiedade-Estado) e/ou enquanto propensão relativamente estável (Escala de Ansiedade-Traço). Aos 20 itens de cada escala formulados numa escala *Likert* de 4 pontos, pretende-se que o sujeito responda como se sente “agora, neste preciso momento” (Estado) e, seguidamente,



como se sente “geralmente” (Traço). O máximo de cada escala é de 80 pontos, sendo que valores mais elevados indicam uma ansiedade estado/traço mais elevada (Silva, 2003).

**5. Escala de Depressão Geriátrica – 30 itens** (*Geriatric Depression Scale: GDS-30*) (Yesavage et al., 1983; Versão Portuguesa: Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008; Simões & Firmino, 2013; Simões, Prieto, Pinho, & Firmino, 2015)

A GDS-30 é uma medida estandardizada de 30 itens que permite aceder a sintomas afetivos e comportamentais da depressão, excluindo preocupações que podem ser confundidas com doenças somáticas ou quadros demenciais. O seu formato de resposta simples, do tipo “Sim/Não”, e a ausência de itens destinados à avaliação de sintomas somáticos, é particularmente apropriada para populações geriátricas. Tem um máximo de 30 pontos, sendo que uma pontuação de 0 a 10 pontos corresponde a “ausência de sintomatologia depressiva”; de 11 a 20 pontos a “sintomatologia depressiva ligeira”; e de 21 a 30 pontos a “sintomatologia depressiva severa”.

**6. *Traumatic Events Questionnaire* (TEQ)**

(Vrana & Lauterbach, 1994; Versão Portuguesa, traduzida e adaptada: Oliveira & Pinto, 2007)

Este instrumento tem como objetivo rastrear e verificar a prevalência de AT ao longo da vida dos sujeitos e o seu impacto a nível psicológico. Foi utilizada a versão experimental portuguesa traduzida e adaptada por Oliveira e Pinto (2007; cf. Oliveira, 2008).

Este é um instrumento de auto-relato que permite efetuar um rastreio de 11 AT reportados/retirados do DSM-II-R (American Psychiatric Association, 1987) e de literatura empírica: combate; grandes incêndios/explosões; grandes acidentes industriais/agrícolas graves; ataque sexual/violação; desastres naturais; crimes violentos; relações adultas abusivas; abuso físico/sexual na infância; testemunhar alguém a ser mutilado, gravemente ferido ou

violentamente morto; outras situações que ameacem a vida; e morte violenta ou muito inesperada de um ente querido (Maia & Fernandes, 2003, cit. in Oliveira, 2008). Na sua constituição existem ainda dois itens que não se reportam especificamente a nenhum dos AT referidos acima: o “outro acontecimento como estes” e o “outro acontecimento como estes do qual sente que não pode falar”, sendo que este último se refere a acontecimentos tão traumáticos que os sujeitos não os podem, hipoteticamente, discutir (Vrana & Lauterbach, 1994).

É constituído por uma escala dicotómica (Sim/Não) acerca da vivência ou não de AT e, no caso de o sujeito responder positivamente a um item, são requeridos mais detalhes acerca da situação traumática em particular, através de sub-itens de resposta tipo *Likert* para avaliar a severidade de ferimentos, da sensação de ter a sua vida ameaçada, da severidade do trauma na altura e atualmente; de escolha múltipla para indicar o número de vezes que o AT ocorreu e para indicar o género do agressor; e de itens em que é pedido para indicar quais foram as idades/intervalo de idades em que o AT aconteceu, para especificar o AT e para referir o tipo de relação que o sujeito estabelece com alguém (pessoa que foi mutilada, gravemente ferida ou violentamente morta ou o agressor).

No final, caso o sujeito tenha indicado mais do que um evento traumático, é pedido que identifique o que foi mais traumático e também que indique se se referiu a um mesmo acontecimento em mais do que uma questão.

Na adaptação e tradução para português efetuada por Oliveira e Pinto (2007; cf. Oliveira, 2008), considerando a especificidade do seu estudo, os autores introduziram uma questão adicional, de forma a avaliar a exposição da esposa e dos filhos à sintomatologia do veterano. No presente estudo foi feita a adaptação do item de forma a ser direcionado apenas à esposa: “Já estive exposta a reações emocionais ou comportamentos negativos (por exemplo irritabilidade, acessos de cólera, isolamento, revivência do trauma) de algum ente querido (como o cônjuge) com Perturbação de Stress Pós-Traumático?”. Adoptou-se também a alteração efetuada por Oliveira

e Pinto (2007; cf. Oliveira, 2008), da questão “Em adulto alguma vez esteve num relacionamento em que fosse abusado(a) fisicamente ou de outra forma?” para “Alguém, incluindo membros da sua família, já o(a) agrediu sem arma, espancou ou agarrou com força”, com o objetivo de especificar o melhor possível o AT.

Este instrumento foi incluído com o intuito de auxiliar a identificar que AT poderão ter gerado a sintomatologia de PSST.

**7. *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Military Version/Civilian Version* (PCL-M e PCL-C) (Weathers, Litz, Huska, & Keane, 1994; Carvalho, Cunha, Pinto–Gouveia, & Duarte, 2015)**

A PCL é uma escala de auto-relato constituída por 17 itens que correspondem aos sintomas da PSPT de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – IV (DSM-IV; APA, 1994), onde é pedido ao sujeito que classifique os sintomas numa escala *Likert* de 5 valores. A pontuação total é obtida através da soma das pontuações de todos os itens e pode variar entre 17 e 85. A versão militar (PCL-M) é específica para avaliação de PSPT causada por experiências militares e a versão civil (PCL-C) é aplicada geralmente para qualquer evento traumático. Uma pontuação total da intensidade dos sintomas é obtida somando as pontuações assinaladas para todos os itens. Utilizada como uma medida dicotómica, a PCL permite fazer um *screening* do diagnóstico da PSPT. Para este efeito, devem ser combinados os pontos de corte para pontuação total da escala com os pontos de corte para cada um dos seus 17 itens e devem ser tidos em consideração os critérios B (Reexperiência), C (Evitamento), e D (Hiperativação) do DSM-IV. Uma pontuação igual ou superior ao ponto de corte (49 pontos) para a escala total é um indicador de um possível diagnóstico positivo de PSPT (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993).

O protocolo supracitado foi aplicado ao total da amostra selecionada (N=30), todavia, tendo em consideração os objetivos do presente estudo, para efeitos de análise não foram considerados os resultados do teste de rastreio

cognitivo (ACE-R), do teste de avaliação da QdV (WHOQOL-OLD) e do teste de avaliação da prevalência de AT (TEQ) dos ex-combatentes, não sendo estes apresentados no Capítulo IV. Para o restante protocolo foram analisados os dados relativos aos veteranos e às suas esposas.

Adicionalmente, para retratar a PSST, considerou-se importante criar a oportunidade para as esposas dos ex-combatentes poderem expressar a sua opinião/perceção acerca desta temática, sendo que foi utilizada uma técnica de investigação qualitativa: o **Grupo Focal**. Para tal, formou-se um grupo de esposas de ex-combatentes com PSPT, tendo sido exploradas algumas questões consideradas relevantes e complementares da abordagem quantitativa do estudo. Posteriormente foi efetuada a transcrição dos dados recolhidos em suporte áudio e procedeu-se à respetiva análise.

A utilização de grupos focais é uma técnica de investigação qualitativa comprometida com a abordagem metacientífica compreensiva (Gondim, 2003), utilizada para recolher dados a partir da discussão entre os participantes e o investigador focada em tópicos específicos e diretivos. Estes participantes são selecionados por apresentarem certas características em comum que estão associadas à temática a ser investigada. Geralmente, a sessão é composta por 6 a 10 participantes e a sua duração é de cerca de uma hora e meia (Lervolino & Pelicioni, 2001).

Esta técnica foi integrada nesta investigação com o objetivo de evidenciar a perspetiva subjetiva das esposas de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa face à temática da exposição à expressão sintomatológica da PSPT dos seus maridos/companheiros, das repercussões destas experiências e, adicionalmente, das estratégias mais utilizadas para lidar com a mesma. Com a duração de 45 minutos e a participação de 4 esposas do Grupo 1, as questões colocadas/para guiar a discussão foram:

1. Já devem ter ouvido falar PSPT... (Se sim) O que entendem/o que é para vós PSPT?
2. Quais são as maiores dificuldades que encontram ao viver com um veterano com PSPT?
3. Como lidam com essas dificuldades? Que estratégias funcionam e quais é que não resultam?
4. Como foi para vós o período antes, durante e depois da guerra

colonial?

5. O que esperam do vosso futuro?

### **Análises**

Para a análise dos resultados, como referido anteriormente, foram primeiramente estabelecidos dois grupos de casais: Grupo 1 (8 casais nos quais o marido foi diagnosticado com PSPT) e o Grupo 2 (7 casais nos quais o marido não apresentava PSPT).

Para o tratamento dos dados recolhidos através do protocolo de avaliação (estudo quantitativo) foi utilizado o *software* IBM SPSS Statistics (Versão 22).

Primeiramente, para assegurar a equivalência das amostras/grupos de esposas (1 e 2), procedeu-se à comparação dos dados no que concerne as variáveis Idade e Escolaridade (teste U de *Mann Whitney* de amostras independentes) e variável Perceção de Saúde [teste do Qui-quadrado ( $X^2$ )] (por poderem ter influência nos resultados do funcionamento/perfil psicológico e de qualidade de vida). Seguidamente, procedeu-se à verificação das cinco primeiras hipóteses delineadas para o estudo através da análise das diferenças de resultados entre as esposas do Grupo 1 e as esposas do Grupo 2.

Assim, com o intuito de efetuar a comparação entre as medianas dos resultados das variáveis sintomatológicas de PSST, depressão, ansiedade, QdV e estado cognitivo, entre as esposas do Grupo 1 e do Grupo 2, procedeu-se a uma análise não-paramétrica de verificação de hipóteses U de *Mann Whitney* de amostras independentes.

Para averiguar as diferenças entre o perfil de sintomas (PSST/PSPT, depressão e ansiedade) observado nas esposas do Grupo 1 e respectivos maridos (hipótese 6) utilizou-se o Teste dos Postos Sinalizados de *Wilcoxon* de amostras relacionadas. Para a significância estatística, nas várias análises, foi sempre considerado o valor de  $p < .05$ .

Para estabelecer as correlações entre os resultados nos diferentes indicadores de sintomatologia das esposas do Grupo 1 e respetivos maridos efetuou-se o Teste de Correlações de *Spearman*, interpretado de acordo com os parâmetros sugeridos por Pestana e Gageiro (2014): correlação muito alta (entre 0.9 e 1.00), alta (entre 0.89 e 0.70), moderada (entre 0.69 e 0.4), baixa

(entre 0.39 e 0.2), muito baixa (valores inferiores a 0.2).

A organização e análise de conteúdo da transcrição da sessão do grupo focal foi efetuada com o auxílio do *software* MAXQDA 2018 que permite a análise de dados qualitativos e métodos mistos de investigação.

Inseriu-se assim a transcrição do grupo focal no MAXQDA 2018 e, através de leituras sistemáticas da transcrição e da utilização da ferramenta de codificação de segmentos de texto deste *software*, foram selecionados segmentos de texto ilustrativos que permitiram construir categorias e subcategorias analíticas que facilitaram a organização dos dados recolhidos.

#### IV - Resultados

##### AMOSTRA

A descrição da amostra das esposas por grupos encontra-se na Tabela 1 e a dos ex-combatentes por grupos encontra-se na Tabela A (Anexo 1).

No que concerne os grupos de esposas, em relação à variável Idade, através da análise dos resultados, pôde constatar-se que as diferenças das respetivas médias entre os grupos de esposas são de aproximadamente 1 ano de idade (M Grupo 1= 66.75 e M Grupo 2 = 67.71). A maior amplitude de dispersão no Grupo 2 (DP=7.274) confere a este grupo os valores mínimo e máximo da amostra feminina, sendo que no Grupo 1 se observa uma maior homogeneidade na referida variação (DP=2.866). Já em termos de número de anos de escolaridade os grupos coincidem, com a exceção de um sujeito (que integra o Grupo 1, com uma escolaridade de 10 a 12 anos) que confere diferentes proporções desta variável entre grupos.

Através da análise não-paramétrica de verificação de hipóteses U de *Mann Whitney* de amostras independentes pôde verificar-se que a distribuição das variáveis Idade (U=36.50; Z=.991; p=.336) e Escolaridade (U=25.00; Z=-.416; p=.078) de esposas no Grupo 1 e do Grupo 2 é equivalente, não tendo sido apresentadas diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito à Perceção de Saúde, a maior proporção em ambos os grupos é de sujeitos que se consideram saudáveis (N=5 em cada grupo), sendo que 37.5% do Grupo 1 (3 elementos) e 28.6% do Grupo 2 (2 elementos) se consideram doentes. Da comparação de frequências de Perceção de Saúde

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

entre as esposas dos Grupos 1 e 2 pôde constatar-se que não existem diferenças significativas ( $X^2=.058$ ;  $p=.809$ ).

Quanto à situação profissional, em cada grupo existem 2 esposas que ainda se encontram no ativo, sendo o resto da amostra aposentada.

Nesta amostra global, 80% vivem com o cônjuge/companheiro e 20% com o cônjuge/companheiro e filhos, sendo que os casais do segundo grupo pertencem ao Grupo 2.

Relativamente aos dados da zona geográfica, 7 casais pertencem ao distrito de Coimbra, 2 ao de Aveiro, 2 ao da Guarda, 2 ao de Viseu e 2 ao de Leiria, sendo que 53.3% vivem em zonas urbanas, 6.7% em zonas moderadamente urbanas e 40% em zonas rurais.

**Tabela 1. Descrição da amostra das esposas, por grupos**

|                      | Esposas Grupo 1<br>(Veterano com PSPT) |       |       |            | Esposas Grupo 2<br>(Veterano sem PSPT) |       |       |            |
|----------------------|--|-------|-------|------------|--|-------|-------|------------|
|                      | N                                      | M     | DP    | Mín.– Máx. | N                                      | Média | DP    | Mín.– Máx. |
| Idade                | 8                                      | 66.75 | 2.866 | 63-71      | 7                                      | 67.71 | 7.274 | 54-74      |
|                      |  |       | N     | %          |  |       | N     | %          |
| Anos de escolaridade |  |       |       |            |  |       |       |            |
|                      |  |       | 5     | 62.5       |  |       | 5     | 71.4       |
|                      |  |       | 1     | 12.5       |  |       | 1     | 14.3       |
|                      |  |       | 2     | 25.0       |  |       | 1     | 14.3       |
|                      |  |       | 8     | 100.0      |  |       | 7     | 100.0      |
| Estado de saúde      |  |       |       |            |  |       |       |            |
|                      |  |       | 5     | 62.5       |  |       | 5     | 71.4       |
|                      |  |       | 3     | 37.5       |  |       | 2     | 28.6       |
|                      |  |       | 8     | 100.0      |  |       | 7     | 100.0      |

Legenda: N=Total da amostra; M=Média; DP=Desvio-padrão; Mín.– Máx.=Valores Mínimo-Máximo.

A descrição das participantes do grupo focal constituído encontra-se na tabela que se segue (cf. Tabela 2). Neste grupo todos os elementos são aposentados e vivem apenas com o seu cônjuge.

**Tabela 2. Descrição geral da amostra das esposas incluídas no grupo focal**

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

| Sujeitos | Idade | Número de filhos | Anos de escolaridade | Estado de saúde | Acompanhamento em psiquiatria ou psicologia |
|----------|-------|------------------|----------------------|-----------------|---|
| A        | 71    | 2                | 4                    | Doente          | Psicologia                                  |
| B        | 63    | 3                | 4                    | Saudável        | Psicologia                                  |
| C        | 66    | 2                | 4                    | Doente          | Psicologia e Psiquiatria                    |
| D        | 66    | 2                | 6                    | Saudável        | -----                                       |

## RESULTADOS QUANTITATIVOS OBTIDOS NOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

### RESULTADOS DESCRITIVOS

#### A) ACE-R

Na Tabela 3 podem consultar-se os resultados do ACE-R referentes às esposas, por grupos.

Relativamente aos resultados do funcionamento cognitivo dos dois grupos de esposas, pôde constatar-se que as esposas pertencentes ao Grupo 1 (M=79.38; DP=12.535) apresentam uma média do resultado total do ACE-R inferior à do grupo 2 (M=81.00; DP=18.092). A média do resultado total do MMSE é de 28.00, para os grupos 1 e 2 (com desvio-padrão de 2.878 e 3.559), respetivamente.

No que se refere aos resultados por domínios do ACE-R, o Grupo 2 revelou em média melhor desempenho nas dimensões de Atenção e Orientação, Fluência e Viso-espacial sendo que nos parâmetros relativos à Memória e Linguagem as esposas do Grupo 1 obtiveram um melhor desempenho.

**Tabela 3. Estatística descritiva do ACE-R por Grupos**

|       | Esposas Grupo 1<br>(Veterano com PSPT) |       |        | Esposas Grupo 2<br>(Veterano sem PSPT) |       |        |
|-------|--|-------|--------|--|-------|--------|
|       | N                                      | M     | DP     | N                                      | M     | DP     |
| Total | 8                                      | 79.38 | 12.535 | 7                                      | 81.00 | 18.092 |
| MMSE  | 8                                      | 28.00 | 2.878  | 7                                      | 28.00 | 3.559  |
| AO    | 8                                      | 16.75 | 2.315  | 7                                      | 16.86 | 3.024  |
| MEM   | 8                                      | 21.25 | 4.559  | 7                                      | 18.86 | 6.986  |
| FV    | 8                                      | 7.00  | 2.330  | 7                                      | 8.57  | 3.823  |
| L     | 8                                      | 23.50 | 2.828  | 7                                      | 23.14 | 4.259  |
| VE    | 8                                      | 13.13 | 2.850  | 7                                      | 13.57 | 2.299  |

Legenda: N=Total da amostra; M=Média; DP=Desvio-padrão; Total=Resultado

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018



*total do ACE-R; AO=Atenção e Orientação; MEM=Memória; FV=Fluência Verbal; L=Linguagem; VE=Viso-espacial.*

#### B) WHOQOL-OLD

Analisando o resultado total de QdV dos grupos, as esposas do Grupo 1 apresentam uma média inferior ( $M=91.25$ ;  $DP=13.781$ ) à das esposas do Grupo 2 ( $M=99.57$ ;  $DP=6.852$ ). Em todas as facetas, com exceção da faceta Família/Vida Familiar, as esposas do Grupo 1 revelaram ter em média um resultado inferior às do Grupo 2 (cf. Tabela 4).

**Tabela 4. Estatística descritiva do WHOQOL-OLD por Grupos**

|       | Esposas Grupo 1<br>(Veterano com PSPT) |       |               | Esposas Grupo 2<br>(Veterano sem PSPT) |       |               |
|-------|--|-------|---------------|--|-------|---------------|
|       | N                                      | Média | Desvio-padrão | N                                      | Média | Desvio-Padrão |
| Total | 8                                      | 91.25 | 13.781        | 7                                      | 99.57 | 6.852         |
| FS    | 8                                      | 14.63 | 3.701         | 7                                      | 16.43 | 4.158         |
| A     | 8                                      | 11.25 | 3.370         | 7                                      | 12.86 | 3.078         |
| APPF  | 8                                      | 12.25 | 2.121         | 7                                      | 14.29 | 2.870         |
| PS    | 8                                      | 13.38 | 1.685         | 7                                      | 15.00 | 2.449         |
| MM    | 8                                      | 12.37 | 4.274         | 7                                      | 15.29 | 2.812         |
| I     | 8                                      | 13.00 | 3.928         | 7                                      | 14.43 | 3.101         |
| F/VF  | 8                                      | 13.88 | 3.758         | 7                                      | 12.14 | 2.854         |

Legenda: N=Total da amostra; M=Média; DP=Desvio-padrão; Total=Resultado total do WHOQOL-OLD; FS= Funcionamento Sensorial; A= Autonomia; APPF=Atividades Presentes, Passadas e Futuras; PS=Participação Social; MM=Morte e Morrer; I=Intimidade; F/VF=Família/Vida Familiar.

### C) STAI-Y

Nas Tabelas 5 e 6 encontram-se as estatísticas descritivas dos resultados das esposas e dos veteranos relativas ao STAI-Y, por grupos, onde se podem verificar as características relativas a sintomas de ansiedade como estado transitório e como traço relativamente estável.

Pôde constatar-se que o grupo de esposas de ex-combatentes diagnosticados com PSPT apresentou uma média de Ansiedade-Estado (M=43.00; DP=17.096) e de Ansiedade-Traço (M=49.13; DP=12.276) superior ao Grupo 2 (Tabela 5). Observa-se o mesmo padrão nos grupos de ex-combatentes correspondentes, sendo que o Grupo 1, com uma média de Ansiedade-Estado de 56.50 pontos (DP=12.294) e de Ansiedade-Traço de 56.88 pontos (DP=11.569) apresentou resultados superiores aos do Grupo 2 (Tabela 6). Para além disso, constata-se que os resultados dos ex-combatentes do Grupo 1 são superiores aos das suas esposas, já no Grupo 2 sucede o inverso.

**Tabela 5. Estatística descritiva do STAI-Y por grupos (esposas)**

|                   | Grupo 1<br>(Veterano com PSPT) |       |        | Grupo 2<br>(Veterano sem PSPT) |       |        |
|-------------------|--------------------------------|-------|--------|--------------------------------|-------|--------|
|                   | N                              | M     | DP     | N                              | M     | DP     |
| Ansiedade-Estado  | 8                              | 43.00 | 17.096 | 7                              | 40.71 | 15.934 |
| Ansiedade - Traço | 8                              | 49.13 | 12.276 | 7                              | 43.71 | 11.470 |

Legenda: N=Total da amostra; M=Média; DP=Desvio-padrão.

**Tabela 6. Estatística descritiva do STAI-Y por grupos (veteranos)**

|                   | Grupo 1<br>(Veterano com PSPT) |       |        | Grupo 2<br>(Veterano sem PSPT) |       |        |
|-------------------|--------------------------------|-------|--------|--------------------------------|-------|--------|
|                   | N                              | M     | DP     | N                              | M     | DP     |
| Ansiedade-Estado  | 8                              | 56.50 | 12.294 | 7                              | 36.86 | 8.877  |
| Ansiedade - Traço | 8                              | 56.88 | 11.569 | 7                              | 37.86 | 13.447 |

Legenda: N=Total da amostra; M=Média; DP=Desvio-padrão.

#### D) GDS-30

Na Tabela 7 pode verificar-se que a média de resultados totais da GDS-30 foi superior no Grupo 1, quer para os veteranos, quer para as esposas. Para além disso, constata-se que os resultados dos ex-combatentes do Grupo 1 são superiores aos das suas esposas, já no Grupo 2 sucede o inverso.

No Grupo 1, os ex-combatentes apresentaram uma média de 20.50 (DP=7.635) pontos e as esposas uma média de 15.88 (DP=7.019) e no Grupo 2 os ex-combatentes obtiveram uma média de 10.71 (DP=6.800) e as esposas uma média de 13.14 (DP=6.040) pontos (cf. Tabela 7).

**Tabela 7. Estatística descritiva da GDS-30 por grupos (veteranos e esposas)**

|              | Grupo 1<br>(Veterano com PSPT) |       |       | Grupo 2<br>(Veterano sem PSPT) |       |       |
|--------------|--------------------------------|-------|-------|--------------------------------|-------|-------|
|              | N                              | M     | DP    | N                              | M     | DP    |
| GDS-30 Total |                                |       |       |                                |       |       |
| Veteranos    | 8                              | 20.50 | 7.635 | 7                              | 10.71 | 6.800 |
| Esposas      | 8                              | 15.88 | 7.019 | 7                              | 13.14 | 6.040 |

Legenda: N=Total da amostra; M=Média; DP=Desvio-padrão.

Entre os veteranos do Grupo 1, 50% apresentaram sintomatologia depressiva ligeira, 37.5% apresentaram sintomatologia depressiva severa e 12.5% não apresentaram sintomatologia. Já entre os veteranos do grupo sem PSPT 57.1% apresentaram sintomatologia depressiva ligeira e a

Traumaturação Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

sintomatologia depressiva estava ausente em 42.9% (cf. Tabela 8).

No que diz respeito à sintomatologia depressiva nas esposas, no Grupo 1, 62.5% apresentou sintomatologia depressiva ligeira, 25% revelou sintomatologia depressiva severa e 12.5% ausência da mesma. No Grupo 2, 28.6% das esposas não indicaram sintomatologia depressiva, 57.1% indicaram sintomatologia ligeira e 14.3% sintomatologia severa (cf. Tabela 8).

**Tabela 8. Estatística descritiva dos resultados clínicos da GDS-30 por grupos (veteranos e esposas)**

|     | Grupo 1 (Veterano com PSPT) |           | Grupo 2 (Veterano sem PSPT) |           |
|-----|-----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|
|     | Veteranos                   | Esposas   | Veteranos                   | Esposas   |
| ASD | 1 (12.5%)                   | 1 (12.5%) | 3 (42.9%)                   | 2 (28.6%) |
| SDL | 4 (50%)                     | 5 (62.5%) | 4 (57.1%)                   | 4 (57.1%) |
| SDS | 3 (37.5%)                   | 2 (25%)   | -                           | 1 (14.3%) |

Legenda: ASD=*Ausência de Sintomatologia Depressiva*; SDL=*Sintomatologia Depressiva Ligeira*; SDS=*Sintomatologia Depressiva Severa*.

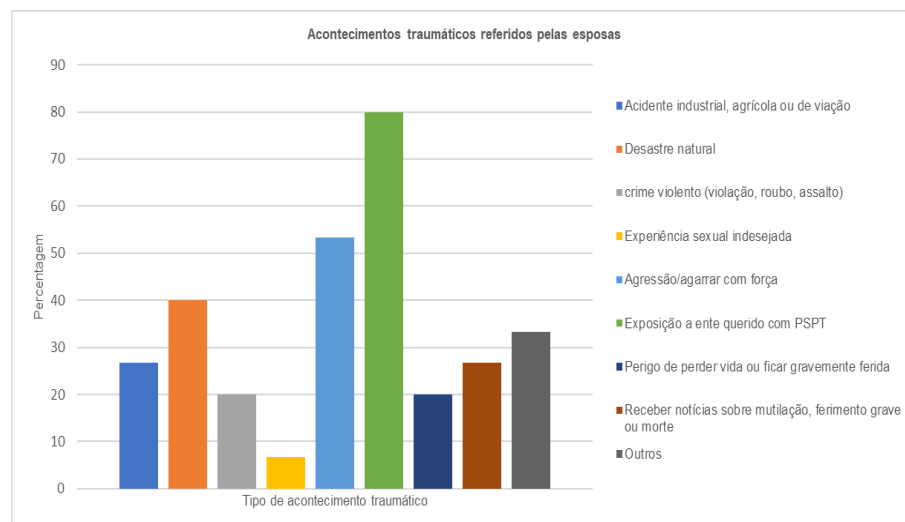
#### E) TEQ

No Gráfico 1 encontram-se representados os itens que as esposas apontaram como AT e as suas respetivas frequências.

De entre as 15 esposas constatou-se que 4 apontaram o acontecimento “acidente industrial, agrícola ou de viação”, 6 o acontecimento “desastre natural”, 3 o acontecimento “crime violento (violação, roubo, assalto)”, 1 o acontecimento “experiência sexual indesejada que envolvesse ameaça ou uso de força”, 8 o acontecimento “alguém, incluindo membros da sua família, já a agrediu sem arma, espancou ou agarrou com força”, 3 com “perder a sua vida ou ficar gravemente ferida”, 4 com “receber notícias sobre a mutilação, ferimento grave ou morte violenta ou inesperada de alguém que lhe era próximo”, 5 com “vivenciou algum outro grande acontecimento traumático como estes” e 12 com “exposição a ente querido com PSPT”.

Em média, em cada grupo, cada esposa relatou 3 AT.

Gráfico 1. Prevalência de AT para ambos os grupos de esposas



Na questão “Se respondeu sim a uma ou mais questões anteriores, qual foi o acontecimento mais traumático que viveu?”, as respostas apontaram maioritariamente para o AT “exposição a ente querido com PSPT” sendo que 5 esposas do Grupo 1 (62.5%) e 3 esposas do Grupo 2 (42.9%) o apontaram como sendo o acontecimento mais traumático.

Em relação a outros acontecimentos identificados como mais traumáticos, 8 esposas (53.3%) apontaram “alguém, incluindo membros da sua família, já a agrediu sem arma, espancou ou agarrou com força” e 6 esposas (40.0%), acontecimento “desastre natural”.

#### F) PCL-M E PCL-C

No instrumento de rastreio de PSPT, como referido anteriormente, apenas os veteranos do Grupo 1 apresentaram resultados que apontam para o diagnóstico desta entidade nosológica. A descrição pormenorizada dos resultados dos elementos masculinos da amostra encontra-se na Tabela 9, por grupos.

**Tabela 9. Descrição dos resultados totais da amostra de veteranos na PCL-M e respetivos critérios, por grupos.**

|                      | Veteranos Grupo 1<br>(com diagnóstico de PSPT) |       |       |               | Veteranos Grupo 2<br>(sem diagnóstico de PSPT) |       |       |            |
|----------------------|--|-------|-------|---------------|--|-------|-------|------------|
|                      | N  | M     | DP    | Mín.–<br>Máx. | N  | M     | DP    | Mín.– Máx. |
| PCL-M                | 8  | 64.13 | 12.38 | 51-85         | 7  | 28,57 | 10.91 | 17-44      |
|                      |  |       | N     | %             |  |       | N     | %          |
| Nr. Itens Critério B |  |       |       |               |  |       |       |            |
|                      | 0  | -     | -     | -             | 5  | 71.4  |       |            |
|                      | 3  | 1     | 12.5  |               | 1  | 14.3  |       |            |
|                      | 4  | 3     | 37.5  |               | -  | -     |       |            |
|                      | 5  | 4     | 50.0  |               | 1  | 14.3  |       |            |
|                      | Total  | 8     | 100.0 |               | 7  | 100.0 |       |            |
| Nr. Itens Critério C |  |       |       |               |  |       |       |            |
|                      | 0  | -     | -     | -             | 6  | 85.7  |       |            |
|                      | 1  | -     | -     | -             | 1  | 14.3  |       |            |
|                      | 2  | 2     | 25.0  |               | -  | -     |       |            |
|                      | 3  | 1     | 12.5  |               | -  | -     |       |            |
|                      | 4  | 1     | 12.5  |               | -  | -     |       |            |
|                      | 6  | 4     | 50.0  |               | -  | -     |       |            |
|                      | Total  | 8     | 100.0 |               | 7  | 100.0 |       |            |
| Nr. Itens Critério D |  |       |       |               |  |       |       |            |
|                      | 0  | -     | -     | -             | 3  | 42.9  |       |            |
|                      | 1  | -     | -     | -             | 3  | 42.9  |       |            |
|                      | 2  | 1     | 12.5  |               | -  | -     |       |            |
|                      | 3  | 1     | 12.5  |               | -  | -     |       |            |
|                      | 4  | 2     | 25.0  |               | 1  | 14.3  |       |            |
|                      | 5  | 3     | 37.5  |               | -  | -     |       |            |
|                      | 6  | 1     | 12.5  |               | -  | -     |       |            |
|                      | Total  | 8     | 100.0 |               | 7  | 100.0 |       |            |

Legenda: N=Total da amostra; M=Média; DP=Desvio-padrão; Mín.– Máx.=Valores Mínimo-Máximo; Nr. Itens Critério B=Itens sintomáticos Critério B (Reexperiência); Nr. Itens Critério C=Itens sintomáticos Critério C (Evitamento); Nr. Itens Critério D=Itens sintomáticos Critério D (Hiperativação fisiológica).

Relativamente às esposas de cada grupo, o diagnóstico de PSST foi conferido a 2 esposas, ambas do grupo 1, equivalendo a 25% deste grupo. A descrição pormenorizada dos resultados dos elementos femininos da amostra encontra-se na Tabela 10, por grupos.

**Tabela 10. Descrição dos resultados totais da amostra de esposas na PCL-C e respetivos critérios, por grupos**

|                      | Esposas Grupo 1<br>(Veterano com PSPT) |      |       |               | Esposas Grupo 2<br>(Veterano sem PSPT) |       |      |               |
|----------------------|--|------|-------|---------------|--|-------|------|---------------|
|                      | N                                      | M    | DP    | Mín.–<br>Máx. | N                                      | M     | DP   | Mín.–<br>Máx. |
| PCL-C                | 8                                      | 42.0 | 14.64 | 22-64         | 7                                      | 33.29 | 9.71 | 22-46         |
|                      |  |      | N     | %             |  |       | N    | %             |
| Nr. Itens Critério B |  |      |       |               |  |       |      |               |
|                      | 0                                      |      | 3     | 37.5          |  |       | 3    | 42.9          |
|                      | 1                                      |      | 1     | 12.5          |  |       | 1    | 14.3          |
|                      | 3                                      |      | 2     | 25.0          |  |       | 3    | 42.9          |
|                      | 4                                      |      | 2     | 25.0          |  |       | -    | -             |
|                      | Total                                  |      | 8     | 100.0         |  |       | 7    | 100.0         |
| Nr. Itens Critério C |  |      |       |               |  |       |      |               |
|                      | 0                                      |      | 2     | 25.0          |  |       | 2    | 28.6          |
|                      | 1                                      |      | 1     | 12.5          |  |       | 1    | 14.3          |
|                      | 2                                      |      | 3     | 37.5          |  |       | 1    | 14.3          |
|                      | 3                                      |      | -     | -             |  |       | 3    | 42.9          |
|                      | 4                                      |      | 1     | 12.5          |  |       | -    | -             |
|                      | 5                                      |      | 1     | 12.5          |  |       | -    | -             |
|                      | Total                                  |      | 8     | 100.0         |  |       | 7    | 100.0         |
| Nr. Itens Critério D |  |      |       |               |  |       |      |               |
|                      | 0                                      |      | 1     | 12.5          |  |       | 2    | 28.6          |
|                      | 1                                      |      | 3     | 37.5          |  |       | 1    | 14.3          |
|                      | 2                                      |      | 1     | 12.5          |  |       | 3    | 42.9          |
|                      | 3                                      |      | 1     | 12.5          |  |       | 0    | 0.0           |
|                      | 4                                      |      | -     | -             |  |       | 1    | 14.3          |
|                      | 5                                      |      | 2     | 25.0          |  |       | -    | -             |
|                      | Total                                  |      | 8     | 100.0         |  |       | 7    | 100.0         |

Legenda: N=Total da amostra; M=Média; DP=Desvio-padrão; Mín.– Máx.=Valores Mínimo-Máximo; Nr. Itens Critério B=Itens sintomáticos Critério B (Reexperiência); Nr. Itens Critério C=Itens sintomáticos Critério C (Evitamento); Nr. Itens Critério D=Itens sintomáticos Critério D (Hiperativação fisiológica).

#### VERIFICAÇÃO DE HIPÓTESES/RESULTADOS DAS ANÁLISES

##### A. COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DE SINTOMATOLOGIA DE PSST, DEPRESSÃO E ANSIEDADE DAS ESPOSAS DO GRUPO 1 E DO GRUPO 2 (HIPÓTESES 1, 2 E 3)

Na análise não-paramétrica de verificação de hipóteses U de *Mann Whitney*

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

de amostras independentes a categoria utilizada para a diferenciação dos dois grupos é aqui denominada de “PSPT Marido”, sendo que os resultados da comparação se encontram apresentados na Tabela 11.

**Tabela 11. Resultados do Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes para sintomatologia de PSPT, ansiedade e depressão, entre os grupos de esposas**

| Variáveis | M1    | M2    | U    | Z      | p    |
|-----------|-------|-------|------|--------|------|
| 1         | 38.00 | 34.00 | 20.0 | -.927  | .397 |
| 2         | 2.00  | 1.00  | 23.0 | -.611  | .613 |
| 3         | 2.00  | 2.00  | 27.0 | -.118  | .955 |
| 4         | 1.50  | 2.00  | 23.0 | -.592  | .613 |
| 5         | 16.00 | 13.00 | 19.0 | -1.043 | .336 |
| 6         | 41.00 | 37.00 | 26.0 | -.232  | .867 |
| 7         | 49.00 | 48.00 | 23.0 | -.579  | .613 |

\*  $p < 0.05$  (bicaudado).

\*\*  $p < 0.01$  (bicaudado).

Legenda: M1= Mediana das esposas do Grupo 1; M2= Mediana das esposas do Grupo 2; U=U de Mann-Whitney; 1=PCL Total; 2=Critério B (Reexperiência); 3=Critério C (Evitamento); 4=Critério D (Hiperativação Fisiológica); 5=GDS-30 Total; 6=STAI-Y: Ansiedade-Estado; 7=STAI-Y: Ansiedade-Traço.

A análise corrobora as hipóteses nulas formuladas por este teste de hipóteses, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os resultados na PCL total, Critério B, Critério C, Critério D, GDS-30, STAI-Y Ansiedade-Estado e STAI-Y Ansiedade-Traço, dos dois grupos.

#### B. COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DE QdV E ESTADO COGNITIVO DAS ESPOSAS DO GRUPO 1 E DO GRUPO 2 (HIPÓTESES 4 E 5)

Nas Tabelas 12 e 13 encontram-se os resultados do Teste U de Mann Whitney de amostras independentes em relação ao resultado dos testes WHOQOL-OLD e ACE-R administrado às esposas.



**Tabela 12. Resultados do Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes para o funcionamento cognitivo, entre os grupos de esposas**

| Variáveis | M1    | M2    | U    | Z     | p     |
|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| 1         | 29.50 | 29.00 | 26.0 | -.244 | .867  |
| 2         | 85.50 | 88.00 | 32.5 | .522  | .613  |
| 3         | 18.00 | 18.00 | 23.0 | -.581 | .613  |
| 4         | 22.50 | 21.00 | 30.0 | .331  | .867  |
| 5         | 7.00  | 10.00 | 32.5 | .525  | .613  |
| 6         | 24.50 | 25.00 | 30.5 | .296  | .779  |
| 7         | 13.50 | 15.00 | 29.0 | .118  | .1000 |

\*  $p < 0.05$  (bicaudado).

\*\*  $p < 0.01$  (bicaudado).

Legenda: M1= Mediana das esposas do Grupo 1; M2= Mediana das esposas do Grupo 2; U=U de Mann-Whitney 1=MMSE; 2= Total do ACE-R; 3=Memória; 4=Atenção e Orientação; 5=Fluência Verbal; 6=Linguagem; 7=Viso-Espacial.

**Tabela 13. Resultados do Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes para a QdV, entre os grupos de esposas**

| Variáveis | M1    | M2     | U     | Z      | p     |
|-----------|-------|--------|-------|--------|-------|
| 1         | 95.00 | 102.00 | 28.00 | .000   | 1.000 |
| 2         | 16.50 | 18.00  | 25.00 | -.357  | .779  |
| 3         | 12.00 | 12.00  | 33.00 | .591   | .613  |
| 4         | 12.50 | 14.00  | 40.50 | 1.460  | .152  |
| 5         | 13.50 | 15.00  | 39.50 | 1.360  | .189  |
| 6         | 12.00 | 15.00  | 12.00 | -1.858 | .072  |
| 7         | 14.50 | 15.00  | 30.00 | .234   | .867  |
| 8         | 15.00 | 13.00  | 16.50 | -1.344 | .189  |

\*  $p < 0.05$  (bicaudado).

\*\*  $p < 0.01$  (bicaudado).

Legenda: M1= Mediana das esposas do Grupo 1; M2= Mediana das esposas do Grupo 2; U=U de Mann-Whitney; 1=Resultado total do WHOQOL-OLD; 2=Funcionamento Sensorial; 3=Autonomia; 4=Atividades Presentes, Passadas e Futuras; 5=Participação Social; 6=Morte e Morrer; 7=Intimidade; 8=Família/Vida Familiar.

Através deste teste conclui-se que as distribuições dos resultados totais e parciais dos instrumentos que avaliam a QdV e o estado cognitivo não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

C. COMPARAÇÃO ENTRE O PERFIL DE SINTOMAS OBSERVADOS NOS VETERANOS E RESPECTIVAS ESPOSAS DO GRUPO 1 (HIPÓTESE 6)

Da análise efetuada, pode constatar-se que não existem diferenças significativas entre as medianas de sintomatologia depressiva, de ansiedade (como traço e como estado), nem no critério C (evitamento), considerando os resultados das esposas e veteranos deste grupo. Apenas são identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as medianas dos resultados totais da PCL, do critério B (reexperiência) e do critério D (hiperativação) desta escala (cf. Tabela 14).

**Tabela 14. Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de Amostras Relacionadas para sintomatologia de PSPT, ansiedade e depressão, entre casais**

| Variáveis | M1    | M2    | Z      | p     |
|-----------|-------|-------|--------|-------|
| 1         | 16.00 | 20.00 | 1.053  | .292  |
| 2         | 41.00 | 57.00 | 1.544  | .123  |
| 3         | 49.00 | 56.50 | .983   | .326  |
| 4         | 38.00 | 63.00 | 2.380  | .017* |
| 5         | 2.00  | 4.50  | -2.388 | .017* |
| 6         | 2.00  | 5.00  | -1.781 | .075  |
| 7         | 1.50  | 4.50  | -2.032 | .042* |

\*  $p < 0.05$  (bicaudado).

\*\*  $p < 0.01$  (bicaudado).

Legenda: M1= Mediana das esposas do Grupo 1; M2= Mediana dos veteranos do Grupo 2; U=U de Mann-Whitney; 1=GDS-30 Total; 2=STAI-Y: Ansiedade-Estado; 3=STAI-Y: Ansiedade-Traço; 4=PCL Total; 5=Critério B (Reexperiência); 6=Critério C (Evitamento); 7=Critério D (Hiperativação Fisiológica).

Explorou-se a matriz de correlações entre os resultados nas variáveis sintomatológicas, obtidos pelos veteranos e pelas esposas do Grupo 1. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas. No entanto, considerando a magnitude dos valores, constataram-se correlações positivas moderadas entre os resultados do STAI-Y Estado das esposas com os resultados: do STAI-Y Traço, da PCL-M e do Critério B da PCL-M dos veteranos; uma correlação positiva moderada entre o resultado do STAI-Y Traço das mulheres e o resultados do Critério B da PCL-M dos veteranos;

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

uma correlação positiva moderada entre o Critério C da PCL-C das esposas e o Critério B da PCL-M dos veteranos; e uma correlação negativa moderada entre o Critério D da PCL-C das esposas e o STAI-Y Traço dos veteranos (cf. Tabela 15).

**Tabela 15. Correlações de Spearman para PCL M/C e respetivos critérios (B, C e D), GDS-30 e STAI-Y (Estado e Traço), do grupo 1 (veteranos e esposas)**

|               | Veteranos | GDS   | Estado | Traço | PCL-M | B    | C     | D     |
|---------------|-----------|-------|--------|-------|-------|------|-------|-------|
| Esposas       |           |       |        |       |       |      |       |       |
| <b>GDS</b>    |           | .036  | -.119  | -.095 | .262  | .339 | -.089 | .233  |
| <b>Estado</b> |           | .248  | .241   | .446  | .566  | .403 | .194  | .155  |
| <b>Traço</b>  |           | -.187 | -.371  | -.036 | -.120 | .571 | -.199 | -.136 |
| <b>PCL-C</b>  |           | -.120 | -.071  | -.143 | .238  | .156 | -.128 | .331  |
| <b>B</b>      |           | -.162 | -.210  | -.124 | .099  | .041 | .166  | .255  |
| <b>C</b>      |           | -.148 | -.025  | .061  | .295  | .410 | -.283 | .108  |
| <b>D</b>      |           | -.358 | .074   | -.405 | .184  | .222 | -.323 | .152  |

\*  $p < 0.05$  (bicaudado).

\*\*  $p < 0.01$  (bicaudado).

Legenda: GDS=GDS-30; Estado=STAI-Y Estado; Traço=STAI-Y Traço; B=Critério B (Reexperiência) da PCL-M/C; C=Critério C (Evitamento) da PCL-M/C; D=Critério D (Hiperativação Fisiológica) da PCL-M/C.

## RESULTADOS QUALITATIVOS

Do Grupo Focal realizado resultou a Tabela B (Anexo 2), onde se encontram as categorias/subcategorias analíticas formadas e alguns segmentos de texto ilustrativos das mesmas.

As leituras sistemáticas da transcrição e a codificação de categorias e subcategorias permitiu organizar os dados recolhidos em 4 grupos:

### A) CONDICIONANTES/VULNERABILIDADES IDENTIFICADAS

- i. Falta de informação/compreensão acerca da PSPT
- ii. Falta de apoio técnico imediato aos ex-combatentes com PSPT
- iii. Contexto sociocultural e o papel de esposa/falta de liberdade
- iv. Consequências da reforma
  - a. Agravamento da expressão de sintomas dos ex-combatentes
  - b. Agravamento do grau de severidade e do número de problemas na relação conjugal

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

c. Sobrecarga das esposas

B) REPERCUSSÕES NAS ESPOSAS E NA FAMÍLIA NUCLEAR

- i. Exposição das esposas à expressão sintomatológica dos veteranos
  - a. Reexperiência dos AT
  - b. Agressividade
  - c. Embotamento psicológico
  - d. Hiperativação Fisiológica/Irritabilidade
  - e. Alteração do comportamento do Ex-Combatente
- ii. Exposição de forma repetida a detalhes de acontecimentos vivenciados em contexto de guerra
- iii. Sofrimento psicológico das esposas e da família
- iv. Medo sentido pelas esposas e pela família
- v. Perspetivas de futuro das esposas centradas na relação conjugal

C) REPERCUSSÕES NA DINÂMICA CONJUGAL

- i. Decréscimo da comunicação e de intimidade
- ii. Esposas como cuidadoras informais e sobrecarga associada
- iii. Ex-combatentes como vítimas

D) ESTRATÉGIAS E ATITUDES ADOTADAS PELAS ESPOSAS

- i. Evitamento
  - a. Evitamento de situações que desencadeiem sintomas de reexperiência, hiperativação fisiológica/irritabilidade ou de agressividade nos maridos
  - b. Evitamento de conflitos conjugais e do tema da guerra colonial
- ii. Procura/Obtenção de Assistência Médica
- iii. Diálogo com outras esposas
- iv. Normalização
- v. Atitude compreensiva
- vi. Atitude fatalista/passiva
- vii. Disponibilidade e interesse por desmistificar a doença/ambiguidade diária enfrentada



## V – Discussão

A Guerra Colonial Portuguesa marcou toda uma geração que até hoje apresenta sequelas psicológicas que conferem desafios/exigências particulares no processo de envelhecimento destas pessoas, sobre as quais se torna fulcral debruçar o estudo e análise, com vista a lhes propiciar um envelhecimento com maior QdV e bem-estar.

Poder-se-ia pensar que apenas as pessoas que participaram diretamente tiveram repercussões nas suas vidas, nomeadamente processos de traumatização, no entanto existem outras vítimas da guerra que têm vindo a ser identificadas. A família nuclear (esposa e filhos) dos ex-combatentes é, neste contexto, apontada como potencial vítima secundária, podendo sofrer um processo de traumatização secundária através da coabitação com o veterano que sofre de PSPT (Galovski & Lyons, 2004; Oliveira, 2008; Solomon et al., 1988; Solomon et al., 1992, cit. in Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003).

Através da comparação entre resultados obtidos por esposas de casais de ex-combatentes com PSPT e esposas de casais em que o marido não apresenta este diagnóstico puderam verificar-se resultados superiores nos instrumentos que avaliavam a existência/severidade de sintomatologia de ansiedade-traço e ansiedade-estado (cf. Tabela 5), depressão (cf. Tabela 7) e de PSPT (cf. Tabela 10) no primeiro grupo, o que vai ao encontro do reportado na revisão da literatura efetuada (e.g., Jordan, 1992; Oliveira, 2008; Pereira & Ferreira, 2006, cit. in Oliveira, 2008; Solomon et al., 1992, cit. in Dekel et al., 2005). No entanto, conferiu-se que as diferenças entre as distribuições em todos os parâmetros supracitados não são estatisticamente significativas entre grupos. Em relação à sintomatologia de PSPT, apenas 2 esposas (25.0%) do primeiro grupo obtiveram diagnóstico positivo (Tabela 10), o que vai, parcialmente, ao encontro dos resultados expectados (cf. Oliveira, 2008). Dado que o acontecimento mais traumático identificado para ambas foi a “exposição a ente querido com PSPT”, confere-se o diagnóstico de PSST (Galovski & Lyons, 2004; Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003). Poderemos, desta forma, enquadrar a não significância estatística constatada e a não corroboração das hipóteses 1, 2 e 3.

Relembra-se que, para efeitos de inclusão no Grupo 1 ou no Grupo 2, considerou-se o diagnóstico de PSPT através da PCL-M, uma escala de categorização dicotómica (Weathers et al., 1994). Através da análise detalhada da sintomatologia de PSPT dos veteranos de cada grupo verifica-se o preenchimento de alguns dos parâmetros de subcritérios da PCL-M no Grupo 2 (Tabela 9), sendo desta forma identificada a existência de quadros de funcionamento subclínico e, portanto, reconhecida uma possível limitação da utilização desta escala para efeitos de inclusão em cada grupo. Desta forma, as esposas do Grupo 2 que relataram a “exposição a um ente querido com PSPT” como sendo o evento mais traumático poderão também ter presenciado/vivenciado expressões de reexperiência do acontecimento traumático, evitamento, embotamento afetivo e hiperativação fisiológica (APA, 2013) dos seus maridos.

Neste estudo (exploratório) acerca do impacto da exposição sintomatológica de PSPT e sintomatologia comórbida apresentada pelos maridos ao nível do funcionamento cognitivo e QdV das suas esposas, dada a plurideterminação do comportamento humano e segundo a aferição do teste ACE-R (Simões et al., 2011), as variáveis Idade e Escolaridade poderiam ser variáveis confundentes dos resultados obtidos. Da mesma forma, e segundo a aferição do WHOQOL-OLD (Vilar et al., 2016), as variáveis Perceção de Saúde e Escolaridade poderiam estar a influenciar os resultados. Com o intuito de neutralizar a influência destas variáveis, procedeu-se à comparação entre grupos tendo-se confirmado que são equivalentes em relação a estas variáveis. Os resultados obtidos reflectiriam, assim, a diferenciação relativa à condição com/sem PSPT (dos veteranos).

No estudo estatístico relativo à QdV e ao funcionamento cognitivo (hipóteses 4 e 5), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos de esposas, não se comprovando a influência das vivências partilhadas com ex-combatentes com PSPT nestes domínios.

Contudo, na análise efetuada *a priori* observaram-se melhores desempenhos no Grupo 2 em relação ao resultado global do instrumento de rastreio cognitivo, nas dimensões Atenção e Orientação, Fluência e Visoespacial; já no que diz respeito às dimensões Memória e Linguagem o Grupo

1 obteve um melhor desempenho (cf. Tabela 3). Estes resultados vão de encontro ao perfil neuropsicológico de pessoas com PSPT indicado por Scott e colaboradores (2015) na sua meta-análise. De notar que a maior prevalência e severidade de sintomatologia depressiva apresentada pelo Grupo 1 poderá estar a expressar-se (interferir) nos resultados globais do rastreio cognitivo (Ávila & Bottino, 2006). Já em relação ao impacto da exposição sintomatológica de PSPT e sintomatologia comórbida apresentada pelos maridos ao nível da QdV das suas esposas, o Grupo 2 apresentou uma melhor perceção quando em comparação com o Grupo 1 no resultado total e nas facetas Funcionamento Sensorial, Autonomia, Atividades Presentes, Passadas e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade (cf. Tabela 4). A exceção ocorreu na faceta Família/Vida Familiar (cf. Tabela 4), que é uma faceta desenvolvida e validada especificamente para a versão portuguesa deste instrumento de avaliação de QdV em adultos idosos (Vilar et al., 2016). Sendo que as mulheres do Grupo 1 coabitam com alguém da sua família nuclear com diagnóstico de PSPT, o papel de cuidadoras dos seus maridos por elas desempenhado pode traduzir-se nesta perceção positiva da sua QdV Família/Vida Familiar. Este é um facto que se confere também no grupo focal, onde foi identificada uma valorização do seu casamento e do papel de cuidadoras, apesar das dificuldades/sobrecarga associadas a este papel (cf. Tabela B – Anexo 2).

A PSPT é uma entidade nosológica com elevada comorbilidade, sendo frequentemente acompanhada de sintomatologia de depressão e ansiedade (Albuquerque & Lopes, 1997; Freedy & Donkervoet, 1995; Joseph et al., 1997; Orsillo et al., 1996, cit. in Pereira et al., 2010, p. 213; Pinto et al., 2012). O processo de traumatização secundária das esposas de ex-combatentes com PSPT é propiciado pela exposição às reações físicas e emocionais características da PSPT. Deste processo poderá desenvolver-se um padrão sintomatológico (PSST, depressão e ansiedade) similar nas esposas (Figley, 1983, cit. in Galovski & Lyons, 2004).

Através de uma análise prévia das características relativas a sintomas de PSPT, ansiedade como estado transitório e como traço relativamente estável e depressão no Grupo 1, pôde constatar-se que as esposas de ex-combatentes diagnosticados com PSPT apresentaram resultados inferiores aos



seus maridos em relação a todas as variáveis. De notar também que, para a população em geral, as mulheres tendem a apresentar uma sintomatologia de ansiedade superior aos homens (Silva & Campos, 1998); no entanto o Grupo 1 contraria esta tendência, sendo que este facto valida o diagnóstico destes veteranos. Como supracitado, neste grupo a PSPT é um diagnóstico comum a todos os veteranos mas apenas 2 esposas (25.0%) obtiveram diagnóstico positivo (cf. Tabela 10). Relativamente aos critérios específicos que fazem parte deste instrumento de rastreio, observou-se uma prevalência, de cada um desses critérios considerados individualmente, superior nos veteranos (cf. Tabelas 9 e 10).

Através da comparação emparelhada entre os casais do Grupo 1 foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as medianas dos resultados totais da PCL, do critério B (reexperiência) e do critério D (hiperativação) e pôde constatar-se que não existem diferenças significativas entre as medianas de sintomatologia depressiva, de ansiedade (como traço e como estado), ou do critério C (evitamento) entre as esposas e veteranos (cf. Tabela 14). Desta forma, pôde verificar-se que o perfil de sintomas das esposas de ex-combatentes com PSPT nesta amostra é semelhante ao perfil de sintomas de depressão, ansiedade (como traço e como estado) e evitamento observado nos maridos, sendo a hipótese 6 parcialmente validada. Os resultados diferenciados relativamente ao valor total da PCL, do critério B e do critério C poderão resultar do facto de a sintomatologia de reexperiência e hiperativação poderem ser mais características na pessoa que vivenciou o trauma de forma primária, sendo que nas esposas poderá existir maior facilidade em desenvolver sintomatologia de evitamento. Também foi possível constatar através do grupo focal que o evitamento é uma das estratégias adotadas pelas esposas para lidar com este stressor crónico, o que é comumente referenciado na literatura (Solomon et al., 1992, cit. in Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003), tendo sido relatado o evitamento de situações que desencadeiem sintomas de reexperiência, hiperativação fisiológica/irritabilidade ou de agressividade nos maridos e o evitamento de conflitos conjugais e do tema da guerra colonial (cf. Tabela B – Anexo 2).

Contudo, e em termos gerais (perfil geral de resultados), a análise poderá também estar a ser influenciada pelo N amostral, uma vez que este

afeta o poder do teste estatístico, sendo que uma amostra maior proporcionaria ao teste estatístico mais poder para detetar diferenças. O mesmo sucede no teste de correlação de *Spearman* efetuado em que, apesar de existirem algumas magnitudes de correlação moderadas, não se puderam verificar correlações significativas entre o perfil sintomatológico dos maridos e das esposas (cf. Tabela 15).

De relembrar, ainda, que os estudos de Oliveira (2008) e de Pereira e Ferreira (2006, cit. in Oliveira, 2008), corroboraram que a existência de PSPT em veteranos é preditora da PSST das esposas e sintomatologia comórbida, sendo que o primeiro autor identificou a sintomatologia de depressão do ex-combatente como preditora significativa de sintomatologia de depressão e ansiedade-estado da esposa. O presente estudo evidência também a existência de PSST em 25% das esposas de ex-combatentes com PSPT e confere que o perfil de sintomas de depressão, ansiedade (como traço e como estado) e evitamento dos maridos está correlacionado com o observado nas esposas.

Importante salientar que as esposas do Grupo 2 apresentaram maior sintomatologia de PSPT, depressão e ansiedade do que os seus maridos, sendo relevante referir que existem vários tipos de variáveis que podem influenciar os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação aplicados, como são exemplo as variáveis comportamentais, que podem ser avaliadas através da observação do comportamento. Desta forma, é pertinente para esta análise considerar a observação geral do comportamento efetuada nas esposas deste Grupo. Perante a situação de estas pessoas se sentirem ouvidas e com o enfoque colocado nelas e não nos maridos, poderá ter existido um exagero de sintomatologia. Este é um fenómeno que possivelmente poderá justificar estes resultados. No entanto não é a única explicação. O funcionamento subclínico (cf. perfil sintomatológico dos veteranos do Grupo 2) pode também ter contribuído para estes resultados.

Com o grupo focal de mulheres casadas com ex-combatentes com PSPT, que se encontram reformadas e que coabitam com os mesmos, verificou-se a existência de perceções de descontinuidade, continuidade e de progressão no que diz respeito à sintomatologia dos ex-combatentes, e nas suas dinâmicas conjugais e familiares.

Logo após o regresso dos seus maridos, as mesmas descrevem a

inexistência de apoio técnico especializado imediato e a falta de compreensão/desenvolvimento na área do trauma. Estes factos vieram condicionar a identificação de sintomatologia de RSC ou da PAS, podendo ter sido iniciado o processo de afetação neste estágio/momento, como proposto por Mikulincer, Florian e Solomon (1995, cit. in Galovski & Lyons, 2004). Também o processo de recuperação dos maridos foi condicionado, uma vez que os veteranos não tinham conhecimento acerca das consequências psicológicas que poderiam afetá-los posteriormente, e as esposas desconheciam os passos a seguir para ajudar os seus maridos. Nesse seguimento refletem também acerca do seu papel durante a guerra, sendo este caracterizado por falta de liberdade, citando “eu era uma prisioneira enquanto ele lá estava (na guerra). (...) Não somos solteiras ou viúvas. Estamos casadas e temos que respeitar: estar em casa.” (cf. Tabela B – Anexo 2).

As alterações abruptas de comportamento do ex-combatente são dos aspetos que mais definem a perceção de descontinuidade supracitada, citando: “Para mim foi um grande problema. Nunca nada estava bem. Mesmo já lá.”; “Nós no início, realmente, não conhecemos as pessoas que vieram. Apenas as que para lá foram.” (cf. Tabela B – Anexo 2). Desta forma reflete-se também um sentimento de perda do seu companheiro “como ele costumava ser” e a constante necessidade de adaptação à ambiguidade diária que advém desta instabilidade/inconstância de comportamento.

Ao nível das repercussões nas esposas e na família nuclear observaram-se: os mesmos passarem a ser expostos à sintomatologia dos veteranos, nomeadamente, à reexperiência dos AT, ao embotamento psicológico, à hiperativação fisiológica/irritabilidade e a episódios de agressividade, tal como relatado nos estudos de Galovski e Lyons (2004), Gimbel e Booth (1994, cit. in. Monson et al., 2009) e Jordan e colaboradores (1992). Estes sintomas, combinados com uma exposição de forma repetida a detalhes dos acontecimentos vivenciados no contexto de guerra, tornaram estas “histórias” presentes no seu quotidiano, dificultando a superação dessas realidades vividas, para ambos, até aos dias de hoje.

Segundo os relatos das esposas, o sofrimento psicológico destas esposas e das suas famílias teve início durante a guerra, “Sofri muito por ele se ir embora, muito”, e prolongou-se desde o regresso dos seus maridos até

agora, “Foram muitos anos a sofrer. Sofri eu e a minha família por causa da maneira que ele nos tratava” e “É sofrer todos os dias” (cf. Tabela B – Anexo 3). No pós-guerra relatam também o sentimento de medo em relação aos seus maridos, que continua a ser sentido no presente, por elas/esposas e pela sua família: “Eu tenho muito medo dele” e “Os netos têm medo dele.” (cf. Tabela B – Anexo 2).

Ao nível da dinâmica conjugal em específico, verificou-se um decréscimo da comunicação, que poderá corresponder à diminuição da abertura e expressividade emocional dos ex-combatentes, tal como descrita por Carrol e colaboradores (1985, cit. in Monson et al., 2009), bem como um decréscimo de intimidade nos casais, como indicado por Solomon (1992) e Solomon, Kotler e Mikulincer (1988, cit. in Galovski & Lyons, 2004), citando “Nós lá em casa já não nos tocamos porque já não há conversa” (cf. Tabela B – Anexo 2).

Também foi relatada a adoção de novos papéis por parte destas mulheres, nomeadamente o papel de cuidadoras informais, relatando a existência de uma sobrecarga associada ao mesmo, como referido por Zarit e colaboradores (1986, cit. in Monson et al., 2009).

Não foram só as esposas que adotaram novos papéis na relação. Também os maridos desempenham, neste contexto, o papel de vítimas na perspetiva das esposas, citando “Eles tiveram o fim que tiveram. Porque no fundo eles são mais vítimas do que nós ainda. Eles eram obrigados a estar ali. E pronto... Vieram como vieram.” (cf. Tabela B – Anexo 2).

Como foi possível constatar, apesar de ter havido uma perceção de rutura/descontinuidade associada à Guerra Colonial, existiu uma perceção de continuidade/constância no que diz respeito à presença/expressão de implicações que este conflito armado surtiu nestes ex-combatentes e, conseqüentemente, nas suas dinâmicas conjugais.

Neste grupo focal verificou-se também uma perceção de progressão do agravamento da expressão sintomatológica dos veteranos por parte das suas esposas, sendo que as mesmas consideram que no pós-reforma existiu um agravamento da severidade e do número de problemas na relação conjugal, como descrito por Galovski e Lyons (2004), e um aumento da sobrecarga associada ao seu papel de cuidadoras informais.

Com a presença e a progressão da expressão de sintomas relatada, são também adotadas estratégias e desenvolvidas atitudes que auxiliam as esposas a lidar com os desafios/exigências inerentes a esta conjuntura.

Entre as estratégias adotadas existem: o evitamento de conflitos conjugais e do tema da guerra colonial, que resulta no desinvestimento no diálogo com os seus maridos; o evitamento de situações que as esposas identificam como desencadeadoras de reexperiência, hiperativação fisiológica/irritabilidade ou de agressividade nos maridos; a procura/obtenção de assistência médica com vista à diminuição de sintomatologia dos maridos; a partilha de vivências com outras esposas; e a normalização da sua situação, admitindo que não são um caso isolado.

Entre as atitudes adotadas pelas esposas, encontram-se a disponibilidade e interesse por desmistificar a doença, sendo desenvolvida uma atitude compreensiva em relação às reações/expressões de sintomatologia dos seus maridos e à ambiguidade diária que advém da inconstância do comportamento dos seus maridos. De notar que neste grupo, apesar de algumas das esposas já terem ponderado pôr termo ao seu casamento, as mesmas demonstraram-se conscientes na decisão que tomaram, aceitando as repercussões da mesma e responsabilizando-se por gerir a condição em que o seu marido se encontra, citando: “Olhe, eu só penso em paciência. Eu não me vejo sem o meu marido. Embora ele tenha todos os defeitos e essas coisas assim. Também temos as nossas coisas.” (cf. Tabela B – Anexo 2). Esta atitude perante o seu casamento demonstra resiliência na persecução desse objetivo que poderá advir de um conjunto de fatores como as normas culturais, expectativas e sentimentos de “obrigação” (Riggs, Byrne, Foy, & Donahoe, 1985, cit. in Monson et al., 2009), bem como a importância e o valor atribuído ao casamento por estas esposas (de militares/veteranos), como identificado por Frye e Stockton (1982, cit. in Dekel et al., 2005) e Williams e Williams (1985, cit. in Dekel et al., 2005).

Existem também evidências de atitudes fatalistas/passivas que refletem a exaustão destas esposas e o desinvestimento na mudança/melhoria da sua realidade, citando: “Porque nós já estamos no fim.”; “Tentar levar a vida dia a dia e olha, seja o que Deus quiser. Que não é fácil, não é. Isso não é. Mas é assim.” (cf. Tabela B – Anexo 2).

Por fim é salientado que a obtenção e continuidade da assistência técnica para os ex-combatentes tem vindo a facilitar o dia-a-dia destas esposas, citando “Olhe isto (CAMPS-4) foi um anjo da guarda...” (cf. Tabela B – Anexo 2).

## VI - Conclusões

A pesquisa tem vindo a incidir sobre o impacto de experiências de guerra no desenvolvimento de sintomatologia de PSPT e sintomatologia comórbida nos ex-combatentes, no entanto as consequências dos AT vivenciados neste contexto não se limitam ao próprio, muitas vezes afetando negativamente a esposa.

Com a presente investigação não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o perfil de funcionamento psicológico e de QdV das esposas de veteranos com PSPT e o das esposas de veteranos sem este diagnóstico, no entanto foi evidenciada a existência de PSST em 25% das esposas de ex-combatentes com PSPT e conferido que o perfil de sintomas de depressão, ansiedade (como traço e como estado) e evitamento dos maridos é similar ao observado nas esposas.

O estudo qualitativo com as esposas permitiu-nos aumentar a abrangência da investigação tendo sido identificada a existência de percepções de descontinuidade, continuidade e de progressão no que diz respeito à sintomatologia dos ex-combatentes, e nas suas dinâmicas conjugais e familiares, sendo os relatos caracterizados pela discrepância entre o pré e o pós-guerra, uma vez que a Guerra Colonial foi identificada como um desencadeador de uma grande mudança no comportamento dos seus maridos, nas suas vidas e nas suas dinâmicas conjugais.

As alterações abruptas de comportamento dos ex-combatentes foram reconhecidas como as mais representativas da descontinuidade percecionada, sendo refletido um sentimento de perda do seu companheiro “como ele costumava ser” e uma constante necessidade de adaptação à ambiguidade diária que advém desta instabilidade/insconstância de comportamento.

A percepção de continuidade/constância revelou-se no que diz respeito à presença/expressão de implicações que este conflito armado surtiu nestes ex-combatentes e, conseqüentemente, nas suas dinâmicas conjugais e familiares, sendo que no pós-guerra se tornou uma constante a exposição à sintomatologia de PSPT dos veteranos e a detalhes dos acontecimentos vivenciados no contexto de guerra, assim como o sofrimento psicológico e medo das esposas e das famílias em relação aos ex-combatentes. Segundo as esposas, na dinâmica conjugal verificou-se um decréscimo ao nível da

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

comunicação e intimidade e a adoção de novos papéis, sendo que as mesmas adotaram o papel de cuidadoras informais e os seus maridos o papel de vítimas, na sua perspetiva.

Também foram identificados relatos da inexistência de apoio técnico especializado imediato e a falta de compreensão/desenvolvimento na área do trauma e foi abordado o papel das esposas durante a guerra, sendo este caracterizado por falta de liberdade.

Verificou-se também uma perceção de progressão do agravamento da expressão sintomatológica dos veteranos por parte das suas esposas, sendo que as mesmas consideram que no pós-reforma existiu um agravamento da severidade e do número de problemas na relação conjugal e um aumento da sobrecarga associada ao seu papel de cuidadoras informais.

Entre as estratégias adotadas pelas esposas para lidar com as exigências que advêm de coabitar com um ex-combatente com PSPT encontram-se: o evitamento de conflitos conjugais e do tema da guerra colonial; o evitamento de situações que as esposas identificam como desencadeadoras de reexperiência, hiperativação fisiológica/irritabilidade ou de agressividade nos maridos; a procura/obtenção de assistência médica; a partilha de vivências com outras esposas; e a normalização da sua situação. Entre as atitudes adotadas pelas esposas, encontram-se a disponibilidade e interesse por desmistificar a doença, sendo desenvolvida uma atitude compreensiva em relação às reações/expressões de sintomatologia dos seus maridos e à ambiguidade diária vivenciada.

É relatada também uma responsabilização consciente pela gestão da doença dos seus maridos e o intuito de perseguir esse objetivo, demonstrando resiliência e valorizando o casamento. Existem também evidências de atitudes fatalistas/passivas que refletem a exaustão destas esposas e o desinvestimento na mudança/melhoria da sua realidade. Neste grupo é por fim salientado que a obtenção e continuidade da assistência técnica do CAMPS-4 para os ex-combatentes tem vindo a facilitar o dia-a-dia destas esposas.

#### RELEVÂNCIA DO ESTUDO/POTENCIALIDADES

Esta investigação pretendeu dar a conhecer a realidade das esposas de ex-combatentes com PSPT através do estudo de uma temática pouco debatida, a

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018



PSST, no sentido de ser identificado o perfil de funcionamento psicológico e de QdV destas esposas, com o intuito de no futuro se poderem integrar instrumentos específicos, que permitam sinalizar as esposas que apresentam PSST, nos protocolos de avaliação psicológica da população do CAMPS-4 ou noutros centros de apoio a esta população.

Esta investigação permitiu também impulsionar o campo de pesquisa na área da QdV e no domínio do funcionamento cognitivo de esposas de ex-combatentes diagnosticados com PSPT em Portugal, tendo sido valorizadas também as experiências subjetivas/perceções que poderiam estar a ser excluídas com a utilização única dos instrumentos estandardizados de avaliação, ao implementarmos um estudo qualitativo, tornando a análise mais completa/abrangente e inclusiva/integrada.

O objetivo deste estudo foi também de dar continuidade a um movimento no sentido de intervir junto destas pessoas, contribuindo para o desenvolvimento da área, com vista à melhoria da qualidade de resposta dos serviços de saúde direcionados a esta população.

De referir que a efetuação do grupo focal permitiu a criação de um grupo de suporte para esposas no CAMPS-4, o “Chá das Esposas”, cuja pedra ângular correspondeu à realização do grupo focal, que foi fundamental para um primeiro levantamento acerca das características e necessidades destas esposas. A criação do grupo de suporte surgiu da disponibilidade das esposas que, ao consciencializarem-se da sua situação se demonstraram motivadas para participar, sendo que, atualmente, o grupo (que tem vindo a aumentar) realiza-se mensalmente e é dinamizado pela equipa técnica do CAMPS-4. Esta é já uma mudança visível no contexto da prática clínica, no sentido de valorizar as intervenções junto destas esposas.

De salientar, também, que no âmbito desta investigação, o protocolo de instrumentos foi aplicado ao total da amostra selecionada (N=30), tendo os resultados sido posteriormente úteis na referência de vários casos, em particular, ainda que os mesmos não tenham integrado o presente estudo.

#### LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Não foi possível efetuar uma maior recolha amostral devido à falta de meios dos utentes para se deslocarem ao CAMPS-4 e devido à exclusão/desistência

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

de dois casais e à impossibilidade das restantes esposas de maridos com PSPT comparecerem no grupo focal, o que impossibilitou a efetivação de um estudo mais completo. Desta forma, as análises poderão também estar a ser influenciadas pelo reduzido N amostral, uma vez que este afeta o poder das mesmas, sendo que uma amostra maior proporcionaria aos testes estatísticos maior poder para detetar diferenças.

A utilização da escala dicotómica PLC-M poderá também ter sido uma limitação para efeitos de critério de inclusão em cada grupo, dada a similitude/falta de discrepância relativa revelada entre sintomatologia de PSPT intergrupos dos veteranos.

Perante a situação destas esposas se sentirem ouvidas e com o enfoque nelas e não nos maridos, poderá ter existido um exagero de sintomatologia, o que explicaria a não evidenciação de diferenças estatísticas nos resultados.

#### SUGESTÕES FUTURAS

Sugerimos a replicação deste estudo com um maior N amostral, com vista a possibilitar um maior grau de generalização dos dados, conciliando os objetivos com metodologias que permitam excluir o funcionamento subclínico dos ex-combatentes. Também se recomenda a inclusão da análise de determinados fatores de risco que, quando presentes, podem aumentar a probabilidade de desencadear PSST e fatores de proteção, que quando potenciados podem minimizar as consequências negativas associadas à vivência deste tipo de exposição prolongada. Nesse seguimento objetivar-se-ia a maximização dos fatores protetores e a diminuição dos fatores de risco, com o intuito de prevenir o desenvolvimento de patologia posterior e de intervir na redução de sintomatologia já apresentada.

A intervenção terapêutica oferecida aos ex-combatentes com PSPT deve ter em consideração também as esposas, que desempenham o papel de cuidadoras primárias, sendo importante o desenvolvimento de programas de intervenção eficazes dirigidos não só ao ex-combatente, como às suas esposas.

Com o intuito de combater a falta de consciencialização acerca desta temática, é necessário o estudo e divulgação desta realidade. Poderão ser úteis ações de esclarecimento e sensibilização junto desta população (e da população geral) que incidam sobre o tema.

## Bibliografia

Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, *16*, 309-320.

Allen, J. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third edition, Revised)* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais — DSM-IV* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais — DSM-V* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.

American Psychological Association. (2017). *Practice Guidelines for the treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. Retrieved from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>

Anunciação, C. (1997). Ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonial com e sem perturbação pós-stress traumático. *Análise Psicológica*, *15*(4), 595-604. Retrieved August 20, 2017, from [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82311997000400007&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311997000400007&lng=en&tlng=pt)

Ávila, R., & Bottino, C. M. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *28*(4), 316-320. doi:10.1590/s1516-44462006005000010

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

Depressão Geriátrica. In A. Mendonça, M. Guerreiro, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (Eds.), *Escalas e Testes na Demência* (pp. 69-72). Lisboa: Novartis.

Böttche, M., Kuwert, P., & Knaevelsrud, C. (2012). Posttraumatic stress disorder in older adults: An overview of characteristics and treatment approaches. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 230–239.

Carvalho, T., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Portuguese Version of the PTSD Checklist–Military Version (PCL– M) – I: Confirmatory Factor Analysis and reliability. *Psychiatry Research*, 226(1), 53–60. doi: 10.1016/j.psychres.2014.11.05

Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Duarte, J. (2015). Portuguese Version of the PTSD Checklist–Military Version (PCL – M) – II: Diagnostic Utility. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(1), 55–62. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1319

Daniels, L. R., Boehnlein, J. K., & McCallion, P. (2015). Life-review and PTSD community counseling with two groups of Vietnam War veterans. *Traumatology*, 21(3), 161.

Dekel, R., Goldblatt, H., Keidar, M., Solomon, Z., & Polliack, M. (2005). Being a Wife of a Veteran with Posttraumatic Stress Disorder. *Family Relations*, 54(1), 24-36. doi:10.1111/j.0197-6664.2005.00003.x

Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2016). The effects of combat exposure, abusive violence, and sense of coherence on PTSD and depression in Portuguese colonial war veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 1-8. doi:10.1037/tra0000043

Galovski, T., & Lyons, J.A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 477-501.

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

Gamito, P., Oliveira, J., Rosa, P., Morais, D., Duarte, N., Oliveira, S., & Saraiva, T. (2010). PTSD Elderly War Veterans: A Clinical Controlled Pilot Study. *CyberPsychology & Behavior*, 13(1), 43-48. doi: 10.1089/cyber.2009.0237

Gondim, S. M. (2003). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: Desafios metodológicos. *Paidéia*, 12(24), 149-161. doi:10.1590/s0103-863x2002000300004

Ikin, J.F., Sim, M.R., McKenzie, D.P., Horsley, K.W.A., Wilson, E.J., Harrex, W.K., ... Henderson, S. (2009). Life satisfaction and quality in Korean War veterans five decades after war. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 359-365.

Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R., Hough, R., & Weiss, D. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 916-926. doi:10.1037//0022-006x.60.6.916

Klarić, M., Kvesić, A., Mandić, V., Petrov, B., & Frančišković, T. (2013). Secondary traumatisatation and systemic traumatic stress. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 29-36.

Lapp, L.K., Agbokou, C., & Ferreri, F. (2011). PTSD in the elderly: The interaction between trauma and aging. *International Psychogeriatrics*, 23(6), 858-68. doi:10.1017/S1041610211000366.

Lervolino, S. A., & Pelicioni, M. C. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(2), 115-121. doi:10.1590/s0080-62342001000200004

Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação pós-stress traumático:

Traumatisação Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

Características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 71-75. doi: 10.1016/j.rpsp.2012.03.003

Monson, C. M., Taft, C. T., & Fredman, S. J. (2009). Military-related PTSD and intimate relationships: From description to theory-driven research and intervention development. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 707-714. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.002

Oliveira, S. M. (2008). *Traumas de Guerra: traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da Guerra Colonial com PTSD* (Master's thesis, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal). Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/803/1/16853\\_Tese\\_-\\_Susana\\_M\\_Oliveira.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/803/1/16853_Tese_-_Susana_M_Oliveira.pdf)

Pereira, M. G., & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., & Machado, J. (2010). PTSD, psicopatologia e tipo de família em veteranos de Guerra Colonial Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232. Retrieved from <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16569/1/PTSD%20e%20Veteranos.pdf>

Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (6th ed.). Lisboa: Edições Silabo, Lda.

Pinto, A., Gonçalves, S., & Lima, M. L. (2012). Stress e trauma, continuidades e descontinuidades: Para uma reflexão sobre a PPST. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 49-65. Retrieved August 20, 2017, from [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862012000100005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000100005&lng=pt&tlng=pt)

Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Mariana Correia (e-mail: correia.r.mariana@gmail.com) 2018

Scott, J. C., Matt, G. E., Wrocklage, K. M., Crnich, C., Jordan, J., Southwick, S. M., ... Schweinsburg, B. C. (2015). A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychological bulletin*, 141(1), 105-140.

Sher, L. (2004). Recognizing post-traumatic stress disorder. *QJM: An International Journal of Medicine*, 97, 1-5. doi: 10.1093/qjmed/hch003

Silva, D. (2003). Inventário de Estado-Traço de Ansiedade. In Miguel M. Gonçalves, Mário R. Simões, Leandro S. Almeida, & Carla Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I; pp. 45-63). Coimbra: Quarteto.

Silva, D., & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.

Simões, M. R., Firmino, H., Sousa, L. B., & Pinho, M. S. (2011). *Addenbrooke Cognitive Examination Revised (ACE-R): Portuguese adaptation, validation and norming*. 39th Congress of European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP), November 03, Porto, Portugal.

Simões, M. R., Pinho, M. S., Prieto, G., Sousa, L. B., Ferreira, I., Gonçalves, C., ... Firmino, H. (2015). Addenbrooke Cognitive Examination-Revised (ACE-R). In R. Simões, I. Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escalas e Testes na Demência* (pp. 32 – 37). Lisboa: Novartis.

Simões, M. R., Prieto, G., Pinho, M. S., Firmino, H. (2015). Geriatric Depression Scale (GDS-30). In R. Simões, I. Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escalas e Testes na Demência* (pp. 128 – 133). Lisboa: Novartis.

Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Linda-a-Velha: Traumatização Secundária em esposas de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação de Stress Pós-traumático: Um perfil de funcionamento psicológico e de qualidade de vida.

Vale & Vale Editoras, Lda.

Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2016). The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies. *Quality of Life Research*, 25(9), 2367–2372.

Vrana, S. R., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302. doi: 10.1007/BF02102949

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity and diagnostic utility*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1994). *PCL–M for DSM–IV*. Boston: National Center for PTSD – Behavioral Science Division.



## Anexos

### Anexo 1

**Tabela A. Descrição da amostra de veteranos, por grupo**

|                          | Veteranos Grupo 1<br>(com diagnóstico de PSPT) |      |       |            | Veteranos Grupo 2<br>(sem diagnóstico de PSPT) |       |       |            |
|--------------------------|--|------|-------|------------|--|-------|-------|------------|
|                          | N  | M    | DP    | Mín. – Máx | N  | M     | DP    | Mín. – Máx |
| Idades                   | 8  | 68.0 | 1.773 | 66-71      | 7  | 71.00 | 4.397 | 66-78      |
|                          |  |      | N     | %          |  |       | N     | %          |
| Anos de escolaridade     |  |      |       |            |  |       |       |            |
| 1 a 4                    |  |      | 4     | 50.0       |  |       | 4     | 57.1       |
| 5 a 9                    |  |      | 3     | 37.5       |  |       | 3     | 42.9       |
| 10 a 12                  |  |      | 0     | 0.0        |  |       | 0     | 0.0        |
| +12                      |  |      | 1     | 12.5       |  |       | 0     | 0.0        |
| Total                    |  |      | 8     | 100.0      |  |       | 7     | 100.0      |
| Estado de saúde          |  |      |       |            |  |       |       |            |
| Saudável                 |  |      | 4     | 50.0       |  |       | 5     | 71.4       |
| Doente                   |  |      | 4     | 50.0       |  |       | 2     | 28.6       |
| Total                    |  |      | 8     | 100.0      |  |       | 7     | 100.0      |
| Local de Serviço Militar |  |      |       |            |  |       |       |            |
| Angola                   |  |      | 1     | 12.5       |  |       | 3     | 42.9       |
| Moçambique               |  |      | 2     | 25.0       |  |       | 1     | 14.3       |
| Guiné                    |  |      | 5     | 62.5       |  |       | 3     | 42.9       |
| Total                    |  |      | 8     | 100.0      |  |       | 7     | 100.0      |
| Ramo das Forças Armadas  |  |      |       |            |  |       |       |            |
| Exército                 |  |      | 5     | 62.5       |  |       | 7     | 100.0      |
| Força Aérea              |  |      | 2     | 25.0       |  |       | 0     | 0.0        |
| Marinha                  |  |      | 1     | 12.5       |  |       | 0     | 0.0        |
| Total                    |  |      | 8     | 100.0      |  |       | 7     | 100.0      |

Legenda: N=Total da amostra; M=Média; DP=Desvio-padrão; Mín. – Máx=Valores Mínimo-Máximo.

**Tabela B. Quadro resumo da análise dos resultados do grupo focal com esposas de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: Categorias e subcategorias codificadas no programa MAXQDA e exemplos de citações representativos das mesmas.**

| Categorias e Subcategorias (Número de segmentos codificados= 26)          |  | Anotações (Número de anotações=51)  |
|---|--|---|
| <b>Condicionantes/Vulnerabilidades identificadas</b>                      |  |   |
| <b>i. Falta de informação/compreensão acerca da PSPT</b>                  |  | <p>“Nessa altura não ouvia falar dessas palavras (PSST) mas eu dizia que o tinham endoidecido lá.”</p> <p>“E aquilo ali passava e não se pensava ir a um médico (...) Nem eles mesmos sabiam o que é que tinham.”</p> <p>“As pessoas não compreendem... Não compreendem. Não sabem o que é.”</p>  |
| <b>ii. Falta de apoio técnico imediato aos ex-combatentes com PSPT</b>    |  | <p>“Isso já deveria ter sido tratado há muito tempo, há uns anos atrás. Talvez se eles tivessem sido tratados mais cedo...”</p>   |
| <b>iii. Contexto sociocultural e o papel de esposa/falta de liberdade</b> |  | <p>“Temos que ter paciência, olha. Ouvir e calar. Não estamos nesse tempo, não é? Mas nós também não somos desse tempo, somos mais velhos.”</p> <p>“eu era uma prisioneira enquanto ele lá estava (na guerra). (...) Não somos solteiras ou viúvas. Estamos casadas e temos que respeitar: estar em casa.”</p>  |
| <b>iv. Consequências da reforma</b>                                       | Agravamento da expressão de sintomas dos ex-combatentes                        | <p>“Depois acalmou mais. Agora assim mais recentemente, há uns 15 anos para cá, é que ele tem mais pesadelos e mais... Porque enquanto andou ocupado a trabalhar ele estava cansado, dormia... Não pensava tanto nas coisas.”</p> <p>“Enquanto andou a trabalhar (o marido) não havia tanto problema. Depois de ter deixado de trabalhar... sinto muita diferença.”</p> |
|   | Agravamento do grau de severidade e do número de problemas na relação conjugal | <p>“Eu acho que cada dia que passa pior se está.”</p> <p>“(…) mas quando eu deixei de trabalhar foi bem pior. Porque estamos os dois 24 sobre 24 horas.”</p>  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | Sobrecarga das esposas                      | "enquanto eles estão fora de casa se calhar sempre calha 'disparar' para um ou para outro, lá vai a bala disparada... Quando estão em casa olhe... somos o alvo. Não está lá mais ninguém."  |
| <b>Repercussões nas esposas e na família nuclear</b>  |   |  |
| <b>v. Exposição das esposas à expressão sintomatológica dos veteranos</b>                             | Reexperiência dos AT                        | "Ele andava para lá a rastejar (em casa, depois da guerra). Já nem sei o que é que ele dizia... 'Turra! Turra! Tenho aqui água boa e comida boa', devia ser para os colegas penso eu."<br>"Até sonha com aquilo!"  |
|   | Agressividade                               | "Inclusive deitou-me aqui a mão ao pescoço."   |
|   | Embotamento psicológico                     | "Ele está tão 'coiso' que não... Nada lhe afeta. A revolta é tanta... Ele viu lá tanto morto e aquilo foi um alvoraçado tão grande que ele já não liga nenhuma."   |
|   | Hiperativação Fisiológica/Irritabilidade    | "Se estivermos em casa e se houver um barulho em casa... Ele ainda hoje fica sobressaltado."<br>"Por qualquer coisa de nada, sem pés nem cabeça, forma-se um temporal."  |
|   | Alteração do comportamento do Ex-Combatente | "Para mim foi um grande problema. Nunca nada estava bem. Mesmo já lá."<br>"(...) naquela altura vinham as cartas e numa carta vinha bom mas na outra a seguir já vinha uma trovoada a descarregar."<br>"Não tem nada a ver. Quando veio eu nem o conhecia."<br>"Nós no início, realmente não conhecemos as pessoas que vieram. Apenas as que para lá foram." |
| <b>vi. Exposição de forma repetida a detalhes de acontecimentos vivenciados em contexto de guerra</b> |   | "Está sempre a falar em guerra..."<br>"Mas a conversa é sempre a mesma (...) ela (a filha) já tem as histórias dele tão interiorizadas na cabeça dela que ela já diz ao pai que não é assim (corrige as versões do pai)."  |
| <b>vii. Sofrimento psicológico das esposas e da família</b>   |   | "Sofri muito por ele se ir embora, muito."<br>"Foram muitos anos a sofrer. Sofri eu e sofreu a minha família por causa da maneira que ele nos tratava."<br>"É sofrer todos os dias."   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| viii. Medo sentido pelas esposas e pela família                     |  | <p>“Também eu cheguei a ter medo dele e a fugir com as minhas filhas.”</p> <p>“Os netos têm medo dele.”</p> <p>“Eu tenho muito medo dele.”</p>  |
| ix. Perspetivas de futuro das esposas centradas na relação conjugal |  | <p>“Temos que manter (o casamento). Quem não quiser virar as costas à vida tem que fazer assim.”</p> <p>“No futuro eu quero ter paciência para a gente (o casal) se conseguir entender.”</p>  |
| <b>Repercussões na dinâmica conjugal</b>                            |  |   |
| x. Decréscimo da comunicação e de intimidade                        |  | <p>“Nós lá em casa já não nos tocamos porque já não há conversa.”</p> <p>“Eu às vezes digo que qualquer dia acabo por perder a fala (por não falar). Se eu não sair e conversar com outras pessoas...”</p>  |
| xi. Esposas como cuidadoras informais e sobrecarga associada        |  | <p>“Queriam hospitalizá-lo e fazer uma cura de sono, eu é pedi a ele que não, que me explicasse como é que haveria de dar (a medicação), e então punha-o eu a dormir, depois acordava-o, ia-o passear um pouco...”</p> <p>“Ele anda insuportável. Tem alturas em que é insuportável mesmo.”</p>   |
| xii. Ex-combatentes como vítimas                                    |  | <p>“Eles tiveram o fim que tiveram. Porque no fundo eles são mais vítimas do que nós ainda. Eles eram obrigados a estar ali. E pronto... vieram como vieram.”</p>   |
| <b>Estratégias e atitudes adotadas pelas esposas</b>                |  |   |
| xiii. Evitamento  | Evitamento de situações que desencadeiem sintomas de reexperiência, hiperativação fisiológica/irritabilidade ou de agressividade nos maridos | <p>“(...) deitou-me aqui a mão ao pescoço. Era automático, mas eu enquanto não descobri isso... Quando eu andava com roupa mais escura, ele deitava-me uns olhos (...) comecei a ver se não seria lá dos pretos (...) pronto, descobri! E então comecei a usar roupa mais clara. Tanto que eu hoje gosto mais de me ver com roupa clara do que com roupa escura.”</p> <p>“Eu evito de ir a uma festa por causa dos foguetes.”</p> |
|   | Evitamento de conflitos conjugais e do tema da guerra colonial   | <p>“Também acho que a melhor maneira é deixar passar a conversa e depois viro as costas e quando der fala-se.”</p> <p>“Eu estou sempre a pôr água na fogueira.”</p>   |

|               |   |   |
|---------------|---|---|
|               |   | <p>“Eu já evito, já não vou para os convívios (dos ex-combatentes) com ele. Já lhe disse: convívios não vou mais contigo.”</p>  |
| <b>xiv.</b>   | <b>Procura/Obtenção de Assistência Médica</b>   | <p>“Tive de começar a tratá-lo (o marido) no psiquiatra, há 25 anos. Foi o doutor que me valeu porque tinha endoidecido.”</p> <p>“Olhe isto (CAMPS-4) foi um anjo da guarda...”</p>   |
| <b>xv.</b>    | <b>Diálogo com outras esposas</b>   | <p>“E eu penso assim: se calhar isto (conversar) até é bom para eles (maridos). Então se é bom para eles porque é que não há-de ser bom para nós (esposas)?”</p>  |
| <b>xvi.</b>   | <b>Normalização</b>   | <p>“Eu até penso assim: ‘ainda bem, não é só o meu.’”</p>   |
| <b>xvii.</b>  | <b>Atitude compreensiva</b>   | <p>“Aquilo é <i>stress</i>. Eles acham que é mais forte do que eles.”</p> <p>“Olhe, eu só penso em paciência. Eu não me vejo sem o meu marido. Embora ele tenha todos os defeitos e essas coisas assim. Também temos as nossas coisas.”</p> |
| <b>xviii.</b> | <b>Atitude fatalista/passiva</b>  | <p>“Porque nós já estamos no fim.”</p> <p>“Tentar levar a vida dia a dia e olha, seja o que Deus quiser. Que não é fácil, não é. Isso não é. Mas é assim.”</p>  |
| <b>xix.</b>   | <b>Disponibilidade e interesse por desmistificar a doença/ambiguidade diária enfrentada</b> | <p>“Temos de lhes dar atenção e ter muito cuidado...”</p> <p>“Nós temos que estudar como é que havemos de viver.”</p> <p>“Cada dia nos temos que habituar. Hoje estão assim, amanhã vamos ver como será.”</p>                               |