

- Ferro, J., Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa, Porto: Edições Técnicas, Lda.
- Fosltein, F., Maibeger, R. (1997). "Mood disorder as a specific complication of stroke". *J Neurol Neuro Surg Psychiatry*, pp 1018-1020.
- Kimura, M., Robinson, R. (2000). "Tratamento do comprometimento cognitivo depois de depressão pós AVC: um ensaio com tratamento duplo-cego". *Stroke*, pp. 482-486.
- Luisa, M., Leite, C. (2003). "Post stroke depression, risk factors and antidepressant treatment". *Revista da Associação Médica Brasileira*. São Paulo. 49(4).
- OMS. (2000). Consultado em 17 de Fevereiro de 2010. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
- Mestre, S., Ribeiro, J. (2004). "Acidente Vascular Cerebral que implicações na auto-imagem, auto-eficácia e qualidade de vida do sujeito". *5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa, p. 52.
- Portal da Saúde. Ministério da Saúde. (2006). Consultado em 15 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>.
- Rabelo, D., Neri, A. (2006). *Bem-estar subjectivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão*. Natal: Estud. Psicol, pp. 169-177.
- Robinson, R. (1994). "A two years longitudinal study of mood disorders following stroke. Prevalence and devacion at six mouths follow up". *J Psychiatry*, pp. 256-262.
- Robinson, R., Szetela, B. (1991). "Mood changes following left hemispheric brain injury". *Ann Neurol*, pp. 457-463.
- Silva, C., Brasil, M. (2006). "Depressão pós-acidente vascular cerebral: prevalência, curso, diagnóstico e psicopatologia". *J. Bras. Psiquiatria*. Pp. 318-326. Rio de Janeiro: Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental do HUCFF/UFRJ.
- Strub, R., Wise, M. (1996). "Diagnóstico diferencial em neuropsiquiátricos das doenças vasculares cerebrais". In: Halles, R., Yudofsky. S. C. *Compêndio de Neuropsiquiatria*, pp 264-274. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zavoreo, I. (2009). *Post-Stroke Depression*. Zagreb: University Department of Neurology. University Hospital.

37. Saúde Mental, Doença, Tipo de Família, Suporte Social e Qualidade de Vida em Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa.

M. Graça Pereira¹
Susana Pedras²
Cristiana Lopes³
Marta Pereira⁴
José Machado⁵

Resumo

Passaram mais de 30 anos, após a Guerra Colonial Portuguesa e cerca de 140 mil veteranos apresentam perturbações psicológicas crónicas diversas. O presente estudo pretendeu avaliar a presença de diagnóstico de PTSD numa amostra de 230 veteranos e verificar se existem diferenças entre os veteranos com PTSD e os veteranos sem PTSD quanto à presença de perturbação emocional, doença física, funcionamento familiar, qualidade de vida, suporte social e personalidade. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT), Brief Symptoms Inventory (BSI), WHOQOL-Brief (OMS, 1998), Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a versão portuguesa do Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI). Os resultados demonstraram que 39.5% preenchem os critérios de diagnóstico de PTSD, 81% apresentavam perturbação emocional, 50% apresentavam doenças cardiovasculares e 72% pertenciam a famílias com elevado grau de disfuncionamento familiar (tipo extremas). Verificaram-se diferenças entre os veteranos com PTSD e sem PTSD ao nível da psicopatologia, qualidade de vida e suporte social. Os resultados revelam a importância de programas de intervenção eficazes dirigidos ao veterano e família particularmente ao nível da promoção do suporte social, adaptação à doença e qualidade de vida.

Palavras-chave: Veteranos; Psicopatologia; Suporte Social; Qualidade de Vida

¹ Prof. Auxiliar, Escola de Psicologia. Universidade do Minho; gracep@psi.uminho.pt

² Bolseira Investigação FCT, Escola de Psicologia Universidade do Minho; susanapedras@gmail.com

³ Psicóloga Departamento de Saúde Mental, Hospital Escala, Braga;

⁴ Psicóloga; martinha.marquespereira@gmail.com

⁵ Prof. Auxiliar, Departamento de Ciências Sociais, Universidade do Minho; jcunhamachado@gmail.com

37.1 Introdução

Estima-se que cerca de um milhão de jovens portugueses cumpriram o serviço militar obrigatório, nos anos de 1961 e 1975, nas províncias de Angola, Guiné e Moçambique, na chamada Guerra Colonial Portuguesa. Albuquerque (1992) estimou, tendo como referência os dados encontrados em veteranos da guerra do Vietname, que existam em Portugal cerca de 140 mil veteranos com perturbações psicológicas crónicas diversas. Albuquerque e Lopes, em 1997, desenvolveram um estudo, com 120 veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com PTSD, onde verificaram que 84.2% dos veteranos apresentavam PTSD crónico, 98.2% da amostra apresentava patologia associada e 37.7% grau de incapacidade severa. Mais recentemente, Maia, McIntyre, Pereira e Fernandes (2006), num estudo levado a cabo com uma amostra de 350 veteranos, verificaram que 39% dos veteranos apresentavam PTSD e 56% morbilidade psicológica. Num outro estudo, com 505 veteranos da guerra colonial, 43% apresentavam um quadro clínico de PTSD e 36% sintomas de PTSD (Pereira & Pedras, 2007).

O quadro de PTSD é complexo e, por isso, é comum que apresente comorbilidade associada. Yehuda e Wong (2002) fazem referência a 50% a 90% dos indivíduos com PTSD apresentam outras desordens psicopatológicas tais como as perturbações do humor, de ansiedade, o abuso de substâncias e défices cognitivos (Joseph, Williams & Yule, 1997). A morbilidade psicológica (depressão e ansiedade) é bastante comum nos veteranos com PTSD apresentado uma “vulnerabilidade conjunta” (Green et al., 2006), dado que o PTSD é um factor de risco para o desenvolvimento da depressão e a depressão, por sua vez, é um factor de risco para o desenvolvimento de PTSD, ou seja, existe uma relação recíproca entre PTSD e depressão (Erickson, Wolfe, King, King, & Sharkansky, 2001).

Segundo Roberts, Kuncel, Shiner, Caspi e Goldberg (2007), traços de personalidade como baixo neuroticismo e uma elevada extroversão estão associados a uma vida mais saudável. Do mesmo modo, McFarlane (1988a, 1988b) verificou que a introversão e o neuroticismo estavam significativamente associados com o desenvolvimento de doenças crónicas e PTSD. Também, Dalton, Aubuchon, Tom, Pederson e McFarland (1993), verificaram que o neuroticismo e a introversão são importantes preditores de PTSD crónica em veteranos do Vietname. Igualmente, Casella e Motta (1990), utilizando como instrumento de avaliação o *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ), constataram que os veteranos de guerra sem PTSD apresentavam menor neuroticismo quando comparados com os veteranos de guerra com PTSD.

O suporte social é considerado um factor protector após a vivência de um acontecimento traumático. Em veteranos de guerra do Vietname foi verificado

que o nível de suporte social corrente era um importante preditor do estado de saúde mental actual (Boscarino, 1995). Os veteranos com suporte social baixo tinham uma maior probabilidade de apresentar PTSD, ansiedade, depressão e abuso de álcool, mesmo depois de controlar o grau de exposição a combate. Já os veteranos com maior suporte social relatavam menos sintomas de PTSD e depressão. Contudo, a relação entre trauma e suporte social parece ser bidireccional dado que o suporte social afecta a forma como o indivíduo processa e lida com o trauma, contudo, devido aos sintomas de evitamento e anestesia emocional, característicos do quadro de PTSD, as vítimas tendem a isolar-se da sua rede de suporte social (Resick, 2001).

O PTSD e os quadros psicopatológicos associados exercem um impacto negativo na saúde física e conseqüentemente na qualidade de vida dos veteranos de guerra (Wagner, Wolfe, Rotnitsky, Proctor, & Erickson, 2000; Magruder et al., 2004). Assim, os indivíduos com PTSD apresentam uma qualidade de vida diminuída (Schnurr, Hayes, Lunney, McFall, & Uddo, 2006). Zatzick e colaboradores (1997), verificaram que os veteranos com PTSD apresentavam maior número de doenças físicas crónicas, bem como corriam um risco mais elevado de apresentar uma diminuição do seu bem-estar, comprometimento ao nível da saúde física, maiores limitações físicas, comparando com o grupo de veteranos sem PTSD. Ao nível do funcionamento familiar, para além da experiência de combate, o preditor mais poderoso do PTSD, entre veteranos, era um mau funcionamento familiar (Waysman, Mikulincer, Solomon, & Weisenberg, 1993). De facto, a percentagem de famílias tipo extremo em veteranos de guerra é frequente evidenciando os elevados níveis de conflito e distress familiar e conjugal neste tipo de família (Jordan et al., 1992).

O presente estudo pretendeu avaliar a presença de diagnóstico de PTSD, perturbação emocional, funcionamento familiar, prevalência de doença física além das diferenças entre veteranos com e sem PTSD ao nível da psicopatologia, qualidade de vida, suporte social e personalidade.

37.2 Metodologia

Participantes

Participaram no estudo 230 veteranos de guerra. Os dados foram recolhidos entre os anos de 2008 e 2010, no Serviço de Psiquiatria do Hospital Escala (Braga) e da Associação Portuguesa de Veteranos de Guerra (Braga). A amostra foi composta pelos veteranos que se submeteram à avaliação psicológica obrigatória com o objectivo de dar início ao seu processo de admissão na Rede Nacional de Apoio aos Ex-combatentes Portugueses.

O quadro 1, apresenta as *características sócio-demográficas*. Como se pode verificar a maioria dos veteranos tem entre 56 e 65 anos, casados ou em união de facto e possuem apenas o primeiro ciclo de escolaridade.

Idade	n	%	Estado civil	n	%	Habilitações	n	%
Até aos 55 anos	24	10,4	Casado/união facto	209	90,9	1º ciclo	179	77,8
Entre os 56 e os 60 anos	99	43,0	Separado/divorciado	14	6,1	2º ciclo	24	10,4
Entre os 61 e os 65 anos	87	37,8	Solteiro	3	1,3	3º ciclo	21	9,1
Mais de 65 anos	20	8,7	Viúvo	4	1,7	Licenciatura	2	,9
						Outro	1	.4

Quadro 1: Características Sócio-Demográficas da Amostra (N=230)

Quanto às características da experiência de guerra, 94,3% serviram no Exército e apenas 3,5% e 1,7% dos veteranos pertenciam à Força Área e à Marinha respectivamente. Em termos de posto, a maior parte dos veteranos serviram como soldados. Quanto às especialidades, de entre 45 especialidades referenciadas, os veteranos pertencentes ao Exército eram na sua maioria atiradores (36,1%) e condutores (11,7%). O teatro de guerra mais prevalente foi Angola (42,6%), seguido da Guiné (28,7%) e Moçambique (27%). 6,1% da amostra pertenceu a Tropas Especiais.

Instrumentos

– **Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT)** (McIntyre, 1997). Esta escala avalia sintomas de Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD). A primeira parte é qualitativa e descritiva e avalia a exposição a situações traumáticas e suas respostas. A segunda parte é constituída por 17 itens de respostas dicotómica (sim/não) que correspondem aos sintomas de PTSD segundo o DSM IV-R, divididos em três escalas: a Escala de Revivência (5 itens), Escala de Evitamento (7 itens) e Escala de Hipervigilância (5 itens). Esta escala fornece o “Total de Sintomas de PTSD” (sintomatologia traumática) e o “Diagnóstico de PTSD” que é obtido somando as respostas necessárias das três escalas para considerar a presença do diagnóstico, da seguinte forma: um sintoma da Escala de Revivência, três sintomas da Escala de Evitamento e dois sintomas da Escala de Hipervigilância. A consistência interna da escala é de .79.

– **Brief Symptoms Inventory (BSI)** (Derogatis, 1993, Versão Portuguesa de Canavarro, 1999). Este Inventário de Sintomas Psicopatológicos é um inventário de auto-relato constituído por 53 itens que avaliam os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas. A escala é tipo likert e os sintomas de psicopatologia são avaliados em nove dimensões e três Índices Globais. As dimensões avaliadas são: Somatização, Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Ideação Paranóide, Pensamentos Obsessivo-Compulsivos, Sensibilidade-Interpessoal. Neste estudo apenas foi utilizado o Índice Geral de Sintomas (IGS) que fornece uma medida geral de sintomatologia psicopatológica. O ponto de corte para definir perturbação emocional situa-se acima de 1.7. Os estudos psicométricos da versão portuguesa revelaram que este instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove sub-escalas, com valores de Alfa de Cronbach que variam entre os .70 e .80.

– **Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III)** (Olson, Portner & Lavee, 1985, Versão Portuguesa de Curral et al., 1999). A Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar III é uma escala de auto-administração constituída por 20 itens que avaliam o funcionamento familiar em duas dimensões, a Adaptabilidade e a Coesão. A escala é tipo likert e o total de cada subescala é obtido através da soma dos itens ímpares e pares, respectivamente. A interpretação e análise dos valores são feitas através do Modelo Circumplexo que resulta de diferentes combinações das dimensões *Coesão* e *Adaptabilidade*. O questionário permite avaliar a coesão familiar em quatro tipos: desmembrada, separada, ligada e emaranhada. Por sua vez, a adaptabilidade familiar também é avaliada em quatro tipos: rígida, estruturada, caótica e flexível. O Faces III permite ainda classificar as famílias em três tipos com base no funcionamento familiar: Famílias Equilibradas, Famílias Meio-Termo e Famílias Extremas. O tipo de família equilibrada pressupõe níveis de coesão e adaptabilidade médios; o tipo de família meio-termo pressupõe uma das dimensões média e, finalmente, o tipo de família extrema pressupõe níveis de coesão e adaptabilidade extremos. Dado não existir uma versão Portuguesa para este instrumento, apresentamos os alfas de Cronbach obtidos na nossa amostra. Assim, na escala de coesão, o alfa foi de de .82 e de .87 na escala de adaptabilidade.

– **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**, (Pais-Ribeiro, 1999). Esta escala consiste numa escala de auto-relato constituída por 15 frases que permitem ao indivíduo assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas (se a frase se aplica ou não à sua situação individual), apresentada numa escala de tipo Likert com 5 posições de resposta, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. A ESSS permite obter quatro dimensões/factores: Satis-

fação com amigos/amizades (SA); Intimidade (IN); Satisfação com a família (SF) e Actividades sociais (AS). A escala permite ainda a obtenção de um resultado global (ESSS), correspondendo as notas mais altas a uma percepção de maior satisfação com o suporte social. O alfa de Cronbach varia entre .64 e .83.

- **WHOQDL Breve** (OMS, 1998), Versão Portuguesa de Vaz-Serra et al., 2006) Esta escala consiste numa escala de auto-relato constituída por 26 itens sobre diversos aspectos da vida quotidiana organizados em escalas de likert de 5 pontos que permitem avaliar: intensidade (nada a muitíssimo), capacidade (nada a muitíssimo), frequência (nunca a sempre) e avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito, muito pobre a muito boa, muito mal a muito bem). Esta escala permite obter um resultado em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Os valores mais altos indicam melhor qualidade de vida no domínio considerado não existindo um valor global. O alfa de Cronbach varia entre .64 e .87.

- **Inventário de Personalidade de Eysenck (EPI: Eysenck Personality Inventory, Eysenck & Eysenck, 1984; Versão Portuguesa de Vaz-Serra, Ponciano & Freitas, 1980).** Avalia as dimensões da personalidade Neuroticismo-Estabilidade Emocional, designada por *Neuroticismo* (N) e Extroversão-Introversão - denominada por *Extroversão* (E). O inventário tem ainda uma escala de *Mentira* (L), que visa a eliminação dos casos em que os indivíduos dão respostas socialmente desejáveis. O EPI é constituído por 57 itens correspondendo 24 à dimensão de Neuroticismo, 24 à dimensão de Extroversão e 9 à escala de Mentira. É solicitado ao sujeito que, relativamente a cada pergunta, indique a maneira como reage, sente ou actua, sendo que o “sim” ou o “não” representam o modo habitual de agir ou sentir. A dimensão neuroticismo apresenta um alfa de .839 e a dimensão extroversão .695.

Procedimentos

Os veteranos foram avaliados em três momentos, tendo o procedimento de avaliação seguido os critérios exigidos para o preenchimento do modelo 2 (Dec. Lei 50/ 2000 de 7 de Abril). Numa primeira sessão, era realizada a entrevista de avaliação psicológica, a qual incidia sobre as variáveis sócio-económicas, desenvolvimento psicossocial, história familiar, escolar e profissional, história militar e história clínica (descrição dos acontecimentos traumáticos e situação clínica actual). No segundo momento de avaliação, eram administrados os instrumentos de avaliação psicológica. Para conclusão do processo de avaliação e estabelecimento do diagnóstico, o veterano era submetido a uma consulta de avaliação psiquiátrica.

Gostaríamos de referir que o diagnóstico de PTSD só era atribuído quando a avaliação psiquiátrica confirmava os dados obtidos no questionário (EARAT) que tinha por objectivo avaliar a presença de PTSD.

37.3 Análise dos Resultados

Os resultados revelaram que 39.5% (n=98) da amostra total apresenta PTSD i.e. apresenta os critérios necessários para o diagnóstico de uma Perturbação de Stress Pós Traumático. Quanto à presença de psicopatologia, 80.9% (n=186) da amostra apresentou perturbação emocional. 71.1% da amostra enquadra-se em famílias extremas e 28.3% em famílias meio-termo (não se encontraram famílias equilibradas). Em termos de saúde física, as categorias com maior frequência foram as doenças cardiovasculares (50%), doenças do sistema digestivo (28%) e doenças metabólicas (24%).

Quanto às diferenças entre veteranos com e sem PTSD, verificaram-se diferenças significativas ao nível do índice geral de sintomatologia psicopatológica (IGS) ($p < .001$), qualidade de vida psicológica, social, física e de meio ambiente ($p < .001$) e suporte social (geral, amigos, família e ao nível da intimidade), ($p < .001$). Ao nível dos traços de personalidade extroversão e neuroticismo, as diferenças não se mostraram significativas entre os dois grupos (Quadro 2).

Variável	PTSD					
	Tem (n=98)		Não Tem (n=132)		t	p
	M	DP	M	DP		
BSI-IGS	2.62	0.64	2.09	0.72	5.78	.001
QV Física	16.91	3.58	18.83	4.04	-3.75	.001
QV Psicológica	14.88	3.11	17.17	3.76	-4.92	.001
QV Social	7.69	1.81	9.00	1.74	-5.56	.001
QV Meio Ambiente	18.84	3.90	21.00	4.01	-4.09	.001
ESSS SA	14.21	4.00	16.60	3.86	-4.59	.001
ESSS SF	10.30	2.70	11.92	2.57	-4.65	.001
ESSS IN	10.63	2.69	12.29	2.74	-4.58	.001
ESSS AS	7.68	2.17	8.17	2.31	-1.62	.106
ESSS Global	42.81	8.46	48.98	7.97	-5.66	.001
EPI Neuroticismo	17.06	4.64	16.04	4.21	1.75	.082
EPI Extroversão	8.57	3.56	9.10	3.25	-1.17	.244

Quadro 2: Diferenças entre veteranos com e sem PTSD ao nível da psicopatologia, qualidade de vida, suporte social e personalidade (N=230)

37.4 Discussão dos Resultados

No presente estudo, 39.5% da amostra apresenta PTSD. Este resultado está de acordo com a literatura. Maia e colaboradores (2006) encontraram uma taxa de PTSD em veteranos da guerra colonial portuguesa de 39% e Pereira e Pedras (2007) numa amostra clínica, também de veteranos da guerra colonial portuguesa, encontraram uma prevalência de 43%.

Verificamos também que os veteranos com PTSD têm mais psicopatologia apresentando 81% perturbação emocional. As perturbações do humor são as perturbações do Eixo I mais associadas ao diagnóstico de PTSD nos veteranos de guerra (Dunn et al., 2004). Kramer, Booth, Han, e Williams (2003), verificaram que um quadro de PTSD aumentava as dificuldades de funcionamento e o distress psicológico dos veteranos.

Ao nível do funcionamento familiar verificamos que as famílias dos veteranos se encaixam essencialmente nas famílias extremas. Jordan e colaboradores (1992) levaram a cabo um estudo com famílias de veteranos de guerra com PTSD e sem PTSD e verificaram que os veteranos com PTSD apresentavam mais problemas maritais e de relacionamento, dificuldades parentais e pior ajustamento familiar.

No nosso estudo, as doenças cardiovasculares são as mais frequentes, seguidas das digestivas e metabólicas. A exposição ao trauma está associada a um aumento das queixas de saúde (Wagner et al., 2000), bem como a um aumento de doenças diagnosticadas, particularmente crónicas (Green & Kimerling, 2004). Assim, Schnurr, Spiro, e Paris (2000) verificaram que os veteranos com PTSD apresentavam um risco mais elevado de desenvolver doenças cardiovasculares, dermatológicas, gastrointestinais, músculo-esqueléticas e circulatórias (Ouimette et al., 2004) sendo as cardiovasculares as mais frequentes (Shalev, Bleich, & Ursano, 1990).

Os veteranos com PTSD apresentam menor qualidade de vida. Também Zatzick e colaboradores (1997) verificaram uma diminuição do bem-estar e comprometimento ao nível da saúde física e qualidade de vida em veteranos com PTSD quando comparados com veteranos sem PTSD.

Os sintomas de PTSD estão normalmente associados a pouco suporte social. De facto o suporte social tem um efeito moderador protegendo a saúde mental das vítimas do impacto negativo do trauma (Punamaki, Komproe, Qouta, El-Masri, & de Jong, 2005). Não é pois de espantar que o suporte social esteja diminuído nos veteranos com PTSD. Assim, se compreende que o aumento do suporte social seja considerado um objectivo na intervenção em vítimas de trauma (Riggs, 2000).

Não foram encontradas diferenças ao nível do traço de personalidade. Contudo, Alejandro (2004) verificou que os veteranos com PTSD apresentavam mais níveis de neuroticismo e baixos níveis de extroversão quando comparados com um grupo controle que não participou na guerra. Também Davidson, Kudler e Smith, (1987) verificaram mais neuroticismo e baixa extroversão nos veteranos de guerra com PTSD quando comparados com pacientes com depressão major ou um grupo controle de veteranos que não tinham experiência de combate. Elevado neuroticismo está relacionado com a ansiedade e desordens de humor e a baixa extroversão com o desenvolvimento da depressão ambos considerados factores vulneráveis implicados no desenvolvimento de PTSD (Bramsen, Dirkzwager, & van der Ploeg, 2000). Julgamos que na nossa amostra não encontramos resultados significativos ao nível da personalidade devido à grande prevalência de psicopatologia na amostra independentemente do diagnóstico de PTSD (81%). Estudos futuros deviam avaliar a influência da personalidade como factor preditor da qualidade de vida e do suporte social.

37.5 Conclusões

Os resultados revelam a necessidade de desenvolver programas de intervenção eficazes dirigidos ao veterano e família especialmente no sentido de aumentar a qualidade de vida, o suporte social e a adaptação à doença.

É também importante que o veterano e família possam receber apoio ao nível da sintomatologia traumática e que os profissionais de saúde estejam preparados para poder identificar e referenciar o veterano e família para apoio psicológico. O Serviço Nacional de Saúde e, em particular, os cuidados de saúde primários têm assim um papel muito relevante dado ser o primeiro local a que o veterano frequentemente recorre quando precisa de ajuda.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A. (1992). Distúrbios Pós-Traumático de Stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, 399-407.
- Albuquerque, A., & Lopes, F. (1997). Stress de Guerra: A ferida encoberta. *Hospital Júlio de Matos*, 1, 47-56.
- Alejandro, E. (2004). Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: Una aproximación desde el estrés postraumático. *Interdisciplinaria*, 21(2), 213-246.
- Boscarino, J.A. (1995). Post-traumatic stress and associated disorders among Vietnam veterans: The significance of combat exposure and social support. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 317-336.

- Bramsen, I., Dirkzwager, A. J. E., & van der Ploeg, H. M. (2000). Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1115-1119.
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (B.S.I.) In M.R. Simões, M.M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Casella, L., & Motta, R.W. (1990). Comparison of characteristics of Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Psychological Reports*, *67*(2), 595-605.
- Curral, R., Dourado, F., Roma Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: Estudo com o Faces III. *Psiquiatria Clínica*, *20*(3), 213-217.
- Dalton, J.E., Aubuchon, I.N., Tom, A., Pederson, S.L., & McFarland, R.E. (1993). MBTI profiles of Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. *The Journal of Psychological Type*, *26*, 3-8.
- Davidson, J., Kudler, H., & Smith, R. (1987). Personality in chronic post-traumatic stress disorder: A study of the Eysenck inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, *1*, 295-300.
- Dunn, N., Yanasak, E., Schillaci, J., Simotas, S., Rehm, L., Soucek, J., et al. (2004). Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(1), 75-82.
- Erickson, D., Wolfe, J., King, D., King, L., & Sharkansky, E. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(1), 41-49.
- Green, B., Krupnick, J., Chung, J., Siddique, J., Krause, E., Revicki, D., et al. (2006). Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(7), 815-835.
- Green, B.L., & Kimerling, R. (2004). Trauma, Posttraumatic stress disorder and health status. In Paula P. Schnurr & Bonnie L. Green (Eds.), *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress* (pp.13-42). Washington DC: American Psychological Association.
- Jordan, K. B., Marmar, C.R., Fairbank, J. A., Schlenger, W.E., Kulka, R.A., Hough, R.L., et al. (1992). Problems in family of male Vietnam Veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 916-926.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding posttraumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester: Wiley.
- Kramer, T.L., Booth, B.M., Han, X., & Williams, D.K. (2003). Service utilization and outcomes in medically ill veterans with posttraumatic stress disorder and depressive disorders. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(3), 211-219.
- Magruder, K., Frueh, B., Knapp, R., Johnson, M., Vaugham, J., Carson, T., et al. (2004). PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(4), 293-301.
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, M.G., & Fernandes, E. (2006). Por baixo das pústulas da Guerra: Reflexões sobre um estudo com Ex-combatentes da Guerra colonial. In Manuel Gama (Ed.), *A Guerra Colonial (1961-1974)*. Centro de Estudos Lusíadas/ Universidade do Minho.
- McFarlane, A.C. (1988a). The aetiology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. *British Journal of Psychiatry*, *152*, 116-121.
- McFarlane, A.C. (1988b). The longitudinal course of posttraumatic morbidity. The range of outcomes and their predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *176*, 30-39.
- McIntyre, T. (1997). Escala de avaliação da resposta ao acontecimento traumático. In L. Almeida et al., (Org.), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos*, *5*, 37-44.
- Quimette, P., Cronkite, R., Henson, B.R., Prins, A., Gima, K., & Moos, R.H. (2004). Post-traumatic stress disorder and health status among female and male medical patients. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(1), 1-9.
- Pais-Ribeiro, J.L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, *XVII*(3), 547-558.
- Pereira, M.G., & Pedras, S. (2007). *Características Sócio Demográficas e de PTSD do Veterano de Guerra: Implicações para a Intervenção*. Comunicação apresentada no 2º Simpósio Internacional Perturbação Pós Stress Traumático, Portalegre.
- Punamaki, R.L., Komproe, I., Qouta, S., El-Masri, M., & de Jong, J.T.V.M. (2005). The deterioration and mobilization effects of trauma o social support: Childhood maltreatment and adulthood military violence in a Palestinian community sample. *Child Abuse and Neglect*, *29*, 351-373.
- Resick, P. (2001). Post-trauma risk factors and resources: Coping, cognitions and social support. In P. Resick (Ed.), *Stress and Trauma* (pp. 95-115). USA: Psychology Press.
- Riggs, D.S. (2000). Marital and family therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies* (pp. 280-301). New York: Guilford Press.
- Roberts, B. W., Kuncel, N.R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L.R. (2007). The power of personality: the comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, *2*, 313- 345.
- Schnurr, P., Hayes, A., Lunney, C., McFall, M., & Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(4), 707-713.
- Schnurr, P.P., Spiro, A. III, & Paris, A.H. (2000). Physician-diagnosed medical disorders in relation to PTSD symptoms in older male military veterans. *Health Psychology*, *19*(1), 91-97
- Shalev, A., Bleich, A., & Ursano, R.J. (1990). Posttraumatic stress disorder: Somatic comorbidity and effort tolerance. *Psychosomatics*, *31*, 197-203.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., et al., (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de avaliação da Qualidade de

Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Vaz-Serra, A., Ponciano, E., & Freitas, J.F. (1980). Resultados da aplicação do Eysenck Personality Inventory a uma amostra de população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 1, 127-132.

Wagner, A.W., Wolfe, J., Rotnitsky, A., Proctor, S.P., & Erickson, D.J. (2000). An investigation of the impact of posttraumatic stress disorder on physical health. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 41-55.

Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, Z., & Weisenberg, M. (1993). Secondary Traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A Family Typology. *Journal of Family Psychology*, 7(1), 104-118.

Yehuda, R., & Wong, C.M. (2002). Pathogenesis of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. In D.J. Stein & E. Hollander (Eds.). *Textbook of Anxiety Disorders* (pp. 373-385). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Zatzick, D.F., Marmar, C.R., Weiss, D.S., Browner, W.S., Metzler, T.J., Golding, J.M., et al. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1690-1695.

38. “Pessoas com VIH, em Condição de Sem-Abrigo”. Caracterização da Produção Científica de Enfermagem Publicada em Periódicos Portugueses

Ana Campos Reis¹
Paulo Seabra²

Resumo

A condição de pessoa “infectada/afectada com VIH” em situação de “sem-abrigo”, a que muitas pessoas chegam, e a dificuldade percebida pelos autores no acesso a cuidados de saúde, levou-nos a uma reflexão sobre esta temática e a elaborar um estudo com o seguinte objectivo: caracterizar os artigos sobre a temática da infecção VIH e a condição de “sem-abrigo”, publicados por enfermeiros em publicações periódicas técnico-científicas de Enfermagem, em Portugal.

Caracterizamos os conteúdos (práticas de cuidados e preocupações) e identificamos o tipo de artigo e o contexto da prática de cuidados.

É um estudo exploratório, descritivo e documental acerca da temática das pessoas infectadas com VIH, muitas vezes associada a situação de sem-abrigo, e práticas relacionadas com os cuidados de saúde. O método usado foi a revisão da literatura em publicações portuguesas.

O estudo revelou que a produção escrita se debruça essencialmente sobre a realidade da intervenção comunitária. O estudo traz-nos preocupações dos enfermeiros, sendo a mais significativa a preocupação com as políticas de saúde e questões éticas. Ao nível da identificação das práticas de cuidados salientam-se as ações de promoção e prevenção da saúde, o apoio psicossocial e espiritual, os cuidados familiares e as intervenções técnicas.

Palavras-chave: Enfermagem; VIH; sem-abrigo; adesão ao regime terapêutico.

38.1 Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) representam, em todo o mundo, e ao longo dos últimos 25 anos, uma causa fundamental de doença e de morte, atingindo pre-

¹ Enfermeira Especialista em Saúde Pública. Directora de Unidade, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Doutoranda do ICS – UCP. *E-mail:* anacreis@scml.pt.

² Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Professora Assistente na U. Católica Portuguesa. Doutorando do ICS – UCP. *E-mail:* pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt.