

## VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS E TRAUMATIZAÇÃO SECUNDÁRIA EM MULHERES DE EX-COMBATENTES DA GUERRA COLONIAL

M. Graça Pereira & João Monteiro Ferreira  
Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho  
gracep@iep.uminho.pt

### INTRODUÇÃO

De 1961 a 1974, os militares portugueses estiveram envolvidos em operações de combate conhecidas como Guerra colonial em Angola, Moçambique e Guiné. Esquecidos durante muitos anos, no ano passado o governo português declara a Perturbação Pós-Stresse Traumático (PTSD) de guerra como uma causa legítima de deficiência estimulando a investigação nesta área. Mas o impacto da PTSD na segunda geração tem sido completamente esquecida.

Até à data, a maioria dos estudos realizados acerca do Stresse Traumático, têm como foco central o indivíduo que sofreu directamente o trauma (Figley, 1995; Maltas & Shay, 1995; Maloney, 1988; Nelson & Wrigth, 1996).

Vários estudos têm demonstrado que o trauma não afecta apenas o indivíduo que o experienciou directamente, mas também os restantes membros da família ou qualquer outro elemento com quem o indivíduo traumatizado mantenha uma relação próxima, podendo este último vir a desenvolver uma Desordem Secundária de Stresse Traumático (Figley, 1983). Esta designação descreve os efeitos e o impacto do trauma no parceiro conjugal de indivíduos traumatizados (Figley, 1983; McCann & Pearlman, 1990) e nos filhos de indivíduos diagnosticados com Perturbação Pós-Stresse Traumático (PTSD) (Rosenheck e Nathan, 1985), podendo estes tornarem-se vítimas secundárias.

A grande diferença entre a PTSD e a STSD reside no facto de o stressor no primeiro caso ser directo, experienciado pelo próprio e, no segundo caso, o indivíduo lidar/viver com alguém com PTSD e ficar exposto às reacções físicas e emocionais da vítima (Pereira, 2003). Este contacto prolongado com alguém com PTSD pode tornar-se assim num stressor crónico (Solomon et al., 1992), onde o pressuposto subjacente é que existe um mecanismo de contágio do traumatizado para os elementos que com ele estabelecem relações significativas desenvolvendo estes últimos sintomas idênticos.

A nível conjugal, existe indicação que os veteranos da guerra do Vietname contribuíram para o aumento do divórcio pós segunda guerra mundial nos EUA (Pavalko & Elder, 1990). O diagnóstico de PTSD implica um declínio na saúde geral do veterano que por sua vez está também relacionado negativamente com a qualidade da relação marital (Booth & Johnson, 1994, Kulka e tal, 1990, Solomon e tal, 1991). Por outro lado, a presença de PTSD ou de sin-

tomas de stresse está também relacionado com o aumento do comportamento anti-social que por sua vez afecta directa e indirectamente a relação marital no sentido de diminuir a capacidade do veterano responder numa forma sensitiva tornando-o mais insensível e abusivo em relação ao seu parceiro (Gimbel & Booth, 1994). De acordo, com Solomon e colaboradores (1992), 50 % das mulheres que participaram em grupos de suporte para esposas de veteranos com PTSD referiram serem vítimas de violência conjugal.

A anestesia emocional típica do PTSD cria dificuldades na expressão de sentimentos na relação marital impedindo que o veterano estabeleça uma relação próxima com a sua companheira. Além disso, o distanciamento emocional encontra-se também associado a sentimentos de rejeição, isolamento conjugal e perturbações na relação sexual (Matsakis, 1966).

Esposas de indivíduos com PTSD apresentam baixa auto-estima, competências de *coping* limitadas, baixo nível de satisfação marital, níveis elevados de stresse e frequentemente são elas que gerem e são responsáveis pela vida familiar já que o veterano nem sempre está capaz de o fazer (Verbosky & Ryan, 1988; Kulka et al., 1991). Kulka e colaboradores verificaram que as esposas de veteranos com PTSD tendiam a ser menos felizes, menos satisfeitas e a experienciar mais stresse do que aquelas que viviam com veteranos sem PTSD. Nalguns casos experienciavam flashbacks tal como os seus maridos e sonhos relacionados com a experiência de guerra (Maloney, 1988). Esta autora refere que estas mulheres se identificam tanto com o companheiro que internalizaram os stressores do veterano possivelmente através dum resposta de condicionamento.

Duma forma geral, problemas emocionais prolongados num parceiro pode afectar a qualidade marital e estabilidade da relação. Neste sentido os estudos tem demonstrado que exposição a combate está associada com problemas maritais posteriores (Kulka et al., 1990).

Nesse sentido não é de admirar que recentemente, em relação ao impacto do trauma na família, vários estudos têm verificado sintomas similares à Perturbação de Stresse Traumático nos familiares que vivem com o veterano (Solomon et al., 1992; Mason, 1995; Nelson & Wrigth, 1996; Matsakis, 1996; Pereira, 2003).

Além dos problemas já referenciados, o PTSD está também associado a uma série de problemas interpessoais na relação marital muitas vezes motivados pelos membros da família viverem com medo de activarem os sintomas de PTSD do veterano (Nelson & Wrigth, 1996). Frequentemente as companheiras dos veteranos têm que lidar com consumo de substâncias, abuso e violência.

Solomon e colaboradores (1992) verificaram que o PTSD nos homens estava relacionado com um maior número de sintomas psiquiátricos nas esposas incluindo somatização, depressão, ansiedade, hostilidade, problemas interpessoais e relação marital problemática (ambiente familiar e ajustamento da díada).

Em suma, a investigação tem mostrado que as esposas e familiares próximos dos veteranos do Vietname frequentemente desenvolvem desordem secundária de stresse traumático (STSD). O objectivo do presente estudo é avaliar a transmissão da PTSD, de veterano portugueses para a sua esposa/companheira, verificando até que ponto esta desenvolveu a Perturbação Secundária de Stresse Traumático (STSD). Para além disso, é nossa intenção avaliar os indicadores psicossociais de morbilidade psicológica (depressão e ansiedade), morbilidade física, satisfação com a relação marital, ajustamento da díada, suporte social, coping e funcionamento familiar (coesão e adaptação).

Trata-se dum estudo exploratório cujos resultados permitirão compreender melhor a Perturbação Secundária de Stresse Traumático, permitindo adaptar assim as intervenções psicoterapêuticas ao nível do casal.

## MÉTODO

### Amostra

A amostra era composta por 58 esposas e 91 Ex-combatentes num total de 149 pessoas. O presente trabalho vai apresentar os resultados referentes apenas às esposas dos veteranos, embora uma das análises efectuadas apresente a comparação entre homens e mulheres nas variáveis psicossociais do estudo, por nos parecer pertinente a distinção no âmbito do presente trabalho.

O Quadro 1 apresenta as características psicométricas da amostra. Dado tratar-se de esposas/companheiras de veteranos e tendo o estudo como objectivo o estudo da desordem secundária de stresse traumático, incluímos os dados sócio-demográficos referentes aos veteranos no sentido de melhor caracterizar a amostra das esposas.

As esposas do presente estudo estão casadas/união de facto com veteranos que pertencem a uma amostra clínica de Ex-combatentes que serviram, na sua maioria, nas tropas especiais estando predominantemente representado o ramo da Marinha. A amostra foi obtida aleatoriamente a partir dos ficheiros da Associação dos Fuzileiros com sede no Barreiro. A participação para os dois sexos foi voluntária.

**Quadro 1 – Características Psicométricas da Amostra**

<b>Idade (anos)</b>		<b>Estado marital</b>		<b>Co-residência</b>		
Média Homens = 57		Casado	96%	Família	88%	
Média Mulheres = 56		Outros	4%	Só	3%	
		Duração Casamento (Média) = 29 anos				
<b>Escolaridade</b>	<b>H (%)</b>	<b>M(%)</b>	<b>Serviço Militar</b>	<b>Posto</b>		
Primária	57	47	Voluntário	34%	Soldados	36%
Secundária	30	34	Obrigatório	53%	Sargentos	47%
Média	7	9			Oficiais	3%
Superior	2	2				
<b>Ramo</b>			<b>Tropas Especiais</b>	<b>Contacto de fogo</b>		
Marinha	67%		Sim	70%	Sim	85%
Exército	21%		Não	20%	Não	10%
Força Aérea	6%					

### Procedimento

Os participantes, bem como as suas esposas, receberam os questionários pelo correio em envelopes separados já franqueados, para que fossem posteriormente devolvidos também por correio. Os objectivos da investigação eram apresentados na folha de rosto do caderno que incluía a bateria dos instrumentos. A todos os participantes foi pedido o consentimento informado para participar na investigação.

### Instrumentos

1) EPTSD (McIntyre & Ventura, 1997). Escala de PTSD. Trata-se duma escala portuguesa que faz o diagnóstico de PTSD segundo os critérios da DSM-IV. No caso das mulheres, uma vez que o nosso objectivo era avaliar a desordem secundária de stresse traumático, a escala original que avalia PTSD foi ligeiramente alterada. Neste

sentido, nas instruções em relação ao “Acontecimento” era pedido às esposas que em vez de responderem ao acontecimento de guerra propriamente dito se reportassem à experiência de guerra que o marido/companheiro tinha vivido e à sua experiência em relação às reacções que ele tem para ela e família. Trata-se dum questionário com 25 itens e três sub-escalas: reverência do acontecimento, entorpecimento e hipervigilância. O total de sintomas de PTSD é o somatório dos sintomas assinalados nestas três sub-escalas. Para obter o diagnóstico de PTSD, o sujeito teve que ter ou observar uma experiência traumática e ter pelo menos um sintoma na “Reverência do acontecimento”, três no “entorpecimento” e dois na “hipervigilância”.

- 2) BSI (Derogatis, 1993) – *Brief Symptom Inventory* (Versão portuguesa de Canavarro, 1999). Trata-se dum questionário com 53 itens que avalia psicopatologia em 10 sub-escalas: somatização, depressão, hostilidade, ansiedade, ansiedade fónica, psicoticismo, ideação paranoide, comportamento obsessivo-compulsivo e sensibilidade interpessoal. O ponto de corte na população portuguesa é 1,7 i.e. a partir deste valor existe indicação de perturbação psicopatológica.
- 3) GHQ (Goldberg, 1981) – *General Health Questionnaire* - Versão portuguesa (McIntyre, McIntyre & Silvério, 2001). Trata-se dum questionário com 12 itens que avalia a saúde dum forma geral. O instrumento fornece um resultado global. Um resultado elevado significa pior saúde geral.
- 4) DAS (Spanier, G., 1976) - *Dyadic Adjustment Scale* - Versão portuguesa (Pereira, Ramalho & Santos, 1999). Trata-se dum instrumento que avalia o ajustamento da díada em termos da qualidade da relação. É composto por 32 itens distribuídos por quatro sub-escalas que avaliam quatro aspectos da relação: Satisfação coesão, consenso e expressão emocional. Um resultado elevado significa melhor relacionamento da díada.
- 5) FACES II (Olson, Portner & Lavee, 1985) - *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*. Versão portuguesa da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar. Avalia duas dimensões do funcionamento familiar: coesão e adaptabilidade familiar. O instrumento está baseado no modelo circunplexo de Olson. Possui 20. Quanto maior a coesão mais emaranhada é a família, e quanto maior a adaptabilidade mais caótica é a família.
- 6) IMS (Hudson, 1992) – *Index of Marital Satisfaction* - Versão portuguesa (Pereira, Ramalho & Dias, 2000). Trata-se dum instrumento que avalia problemas nas relações marital. Não avalia ajustamento marital mas sim satisfação. Trata-se dum instrumento com 25 itens. Um resultado elevado significa insatisfação marital.
- 7) SSBS (Vaux, Riedl & Stewart, 1987) - *Social Support Behaviour Scale* - Versão portuguesa (Pereira & Soares, 2001) Trata-se dum instrumento com 44 itens que avalia suporte social em cinco dimensões: emocional, socialização, assistência prática, assistência financeira e orientação quer ao nível familiar quer ao nível dos amigos. Um resultado elevado significa mais suporte social
- 8) WOC (Coyne, Aldwin & Lazarus, 1981) – *Ways of Coping* - Versão portuguesa (McIntyre et al., 2000). Trata-se dum instrumento com 44 itens que avalia  *coping* geral, directo e suprimido. Quanto mais elevado maior o uso da estratégia. Por sua vez o  *coping* directo é a diferença entre estratégias centradas na acção menos estratégias baseadas na fantasia. O  *coping* suprimido refere-se a estratégias centradas na emoção. O  *coping* geral descreve a variedade de estratégias utilizadas.

## Resultados

Na nossa amostra, 78% das mulheres apresentam sintomas de STSD. Trata-se dum valor bastante elevado que se pode justificar pelo facto destas mulheres terem companheiros que constituem uma amostra clínica.

Em termos de psicopatologia avaliada pelo BSI – *Brief Symptom Inventory* verificamos que 40% das mulheres da nossa amostra apresentam um Índice Geral de Sintomas superi-

or a 1.7 (ponto de corte estabelecido na população portuguesa).

Em termos de caracterização familiar, na dimensão coesão verificamos que 19% das mulheres classificam a sua família como desmembrada e 14% como emaranhada i.e., 33% caracterizam a sua família como disfuncional nesta dimensão. Na dimensão adaptabilidade, 11% das mulheres classificam a sua família como rígida e 28% como caótica i.e., 47% descrevem a família como problemática nesta dimensão.

### Relação entre a presença de STSD e as Variáveis Clínicas e Psicossociais

Recorrendo à análise não paramétrica dos dados (Rho de Spearman), verificamos que a presença da desordem secundária de stresse traumático (total de sintomas de PTSD) está associada a menor saúde geral, mais psicopatologia, maior insatisfação marital, menor suporte social e menor ajustamento marital (Quadro 2).

**Quadro 2 - Correlações significativas entre as variáveis psicossociais nas esposas com traumatização secundária (STSD)**

	Saúde geral	Psicop.	Satis. marital	Ajust. marital	Suporte Social Família			
					Socialização	Prática	Financeira	Orientação
STSD	.53**	.71**	.36*	-.40**	-.43**	-.42**	-.47**	-.41**

\*p<.05; \*\*p<.001

### Diferenças entre Homens e Mulheres nas Variáveis Clínicas e Psicossociais

Em termos de diferenças entre os homens e mulheres nas variáveis psicossociais, realizando o teste de Mann Whitney, para amostras independentes, verificamos que, como seria de esperar, as mulheres têm menos sintomas de PTSD que os companheiros, melhor saúde geral, menos psicopatologia e maior capacidade de coping. Não se verificaram diferenças nas variáveis familiares entre os sexos (Quadro 3).

**Quadro 3 - Diferenças significativas entre veteranos e esposas nas variáveis psicossociais**

	PTSD/STSD	Saúde	Psicopat.(IGS)	Coping Ger.
	Média Ranks	Média Ranks	Média Ranks	Média Ranks
Homem (91)	84.27	86.37	85.01	
Mulher (58)	60.46	57.16	59.29	67.75 86.38
Z	-3,29	-4,03	-3,54	-2.57
Sig.	.001	.000	.000	.010

**Diferenças entre Mulheres que possuem STSD e as que não possuem**

Em função do diagnóstico de PTSD (homens) e STSD (mulheres), efectuámos o teste de Mann Whitney para amostras independentes e verificámos diferenças nas variáveis psicossociais: saúde geral e psicopatologia. Assim, verificamos que as mulheres com STSD e os homens com PTSD apresentam menor saúde geral e mais psicopatologia como seria de esperar. Nas mulheres não encontramos diferenças significativas nas outras variáveis psicossociais. Contudo, nos homens verificamos que além das duas variáveis já referidas existiam diferenças ao nível do funcionamento familiar, satisfação marital, ajustamento marital e *coping*. Este resultado pode ter a ver com o facto do PTSD dos homens afectar mais a família já que, como a investigação sugere, a perturbação de stresse traumático no veterano está frequentemente associada ao consumo de substâncias, violência conjugal e relacionamento marital problemático (Solomon et al., 1992). Os Quadros 4 e 5 apresentam os resultados para os veteranos e esposas/ companheiras.

**Quadro 4 - Resultados Significativos do impacto do diagnóstico de STSD (esposas) nas variáveis psicossociais**

	Diag. STSD	Saúde Geral	Psicopatologia
Mulheres	SIM (78%)	Média Rank = 82	Média Rank = 81
	Não (22%)	Média Rank = 39	Média Rank = 43
		Z = .000	Z = .000

**Quadro 5 - Resultados Significativos do impacto do diagnóstico de PTSD (companheiros) nas variáveis psicossociais**

PTSD	Adaptab. (FACES)	Coesão (FACES)	Satisf. Marital (ISM)	Expressão Afecto (DAS)	Saúde Geral (GHQ)	Psicopat. (BSI)	Coping Directo (WOC)	Coping Geral (WOC)
Sim (62%)	MR = 37	MR = 38	MR = 43	MR = 24	MR = 47	MR = 48	MR = 43	MR = 36
Não (18%)	MR = 51	MR = 49	MR = 29	MR = 35	MR = 20	MR = 14	MR = 29	MR = 52
	Z = .026	Z = .013	Z = .002	Z = .033	Z = .000	Z = .000	Z = .025	Z = .009

**Quais as Variáveis Preditoras de STSD nas Mulheres?**

Embora a nossa amostra seja reduzida, a título de análise exploratória decidimos estudar as variáveis predictoras de STSD nas mulheres. Nesse sentido realizamos uma análise de regressão (Método Stepwise).

Assim, ao nível das variáveis predictoras de STSD nas mulheres verificamos que a variável com maior valor preditivo é o índice geral de sintomas (BSI), que explica 52% da variância seguida do *coping* suprimido, que explica mais 3% da variância e da saúde geral, que explica mais 1.2% da variância total. Assim, quanto maior a psicopatologia, menor o *coping* suprimido e menor a saúde geral, maior é a probabilidade das esposas dos veteranos desenvolverem a desordem secundária de stresse traumático. Convém salientar que as estratégias de *coping* suprimido se referem a estratégias de evitamento em relação ao aconteci-

mento (por exemplo fazer de conta que nada aconteceu; tentar esquecer o acontecimento; esperar que o tempo melhore a situação...) que em circunstâncias em que o indivíduo não tem controlo são consideradas eficazes (Lazarus, 1983; Meyerowitz, 1983). O modelo com estas três variáveis explica assim 56 % da variância dos resultados (Quadro 6).

Quadro 6 - Variáveis Predictoras do STSD nas mulheres

Variáveis significativas	R2 ajustado	Beta	t	p
Psicopatologia (IGS)	.518	.561	6,30	.000
Coping Suprimido	-.548	-.174	-3,20	.002
Saúde Geral (GHQ)	.560	.202	2.26	.025

### Discussão dos Resultados

Os resultados da presente investigação mostram que as mulheres dos veteranos na nossa amostra se encontram afectadas. Na realidade, 78% apresentam STSD. Este resultado pode ter a haver com o facto da amostra de veteranos do presente estudo ser uma amostra clínica com características especiais (70% foram tropas especiais).

Ao nível psicossocial, convém salientar que o diagnóstico de STSD está associado a menor satisfação marital, ajustamento marital e suporte social. Estes dados vão na linha dos resultados obtidos por Kulka e colaboradores (1990) e Solomon e colaboradores (1992). Embora os estudos referidos se tenham debruçado sobre a relação do impacto do PTSD dos veteranos nas esposas, a realidade é que estas apresentam mais sintomas psiquiátricos e relação marital problemática quando comparadas com esposas de veteranos sem PTSD. No nosso estudo, é a própria STSD das esposas que está associada a maior sintomatologia e menor satisfação e ajustamento marital. Aliás o facto de 47% das esposas considerarem que a sua família tem problemas em termos de adaptabilidade e 33 % ao nível da coesão, vem neste sentido.

Na nossa amostra, não verificamos diferenças entre os veteranos e companheiros nas variáveis psicossociais, a não ser ao nível da saúde, psicopatologia e *coping*. Como seria de esperar, do ponto de vista psicológico, as esposas estão numa situação melhor que os companheiros. Interessante é notar que o diagnóstico de STSD tem implicações ao nível da saúde e psicopatologia, não afectando as variáveis familiares e sociais o que explica a "protecção da vida familiar que as esposas parecem fazer no sentido de assumirem o papel de gestoras do lar e dos filhos (Williams, 1980). Aliás, é este papel de sobre-responsabilidade em que as necessidades dos outros têm precedência sobre as suas que parece estar associado a maior depressão, ansiedade e baixa auto-estima nas esposas (Nelson, 1996)

Por sua vez, o PTSD dos maridos parece afectar mais a família. Neste caso, os veteranos com PTSD apresentam problemas em todas as dimensões familiares avaliadas (coesão e adaptabilidade familiar, satisfação marital e ajustamento da díada ao nível da expressão de afectos). Neste sentido, a nosso ver, a importância da terapia casal e familiar é sem dúvida pertinente e mesmo imprescindível no tratamento standard da PTSD.

Embora a nossa amostra de esposas seja bastante reduzida, e por isso os resultados devam ser lidos com cuidado, a análise de regressão a título exploratório que realizámos revelou que a menor saúde geral, maior psicopatologia e o *coping* suprimido estão associados com a desordem secundária de stress traumático. Estes dados significam que as esposas precisam de apoio terapêutico em particular ao nível das estratégias de *coping* podendo beneficiar de terapia individual para lidar também com as questões de saúde geral e mental.

Não queríamos deixar de ressaltar que o presente estudo é exploratório e que por isso é importante repetir a presente investigação numa amostra de maiores dimensões e com características mais generalistas, i.e., não centrada no ramo da marinha ou numa zona específica do País.

Gostaríamos também de acrescentar, que a sintomatologia apresentada pelas esposas dos veteranos com PTSD pode estar associada a experiências traumáticas anteriores à relação traumática com o veterano e que as predispõe para o desenvolvimento de STSD, como sejam experiências anteriores de abuso físico ou emocional na sua família de origem tornando a relação conjugal com o veterano com PTSD problemática (Nelson, 1996). Neste sentido, investigações futuras deverão avaliar estes aspectos no sentido de melhor se entender o mecanismo de contágio da PTSD no desenvolvimento da STSD.

### Implicações

Os resultados obtidos mostram a necessidade de avaliação e intervenção no Stresse Pós-Traumático nas esposas dos veteranos. O nosso estudo sobre as esposas de veteranos revelou que na realidade, elas se encontram afectadas e uma grande parte delas apresenta traumatização secundária. Neste sentido seria importante intervir nesta população ao nível individual, familiar e de grupo.

Ao nível individual seria importante que as questões associadas ao trauma secundário, ao nível de estratégias de *coping*, tomada de decisão e aspectos relacionados com a saúde pudessem ser abordados. Por sua vez, as questões relacionadas com a falta de suporte social, ou questões mais individuais como auto-estima, diferenciação de emoções e sentimentos em relação aos companheiros que frequentemente angustiam as esposas deviam também ser abordadas neste contexto (Pereira, 2003).

Ao nível da intervenção de grupo é importante que as esposas de veteranos possam integrar grupos de suporte onde têm a possibilidade de aprender mais sobre stresse traumático e etiologia da PTSD e compreender que não estão sós no processo de lidar com o problema. Além disso, estes grupos permitem também criar uma atmosfera segura onde as suas próprias emoções podem ser validadas.

Finalmente, ao nível familiar é importante avaliar as questões familiares que foram afectadas pelo PTSD do veterano ou que estão afectadas pelo STSD das esposas. Como os nossos resultados evidenciaram, as famílias apresentam muitas vezes problemas em várias áreas, particularmente ao nível da comunicação, coesão, adaptabilidade e expressão emocional. É importante que as esposas possam usar estratégias de *coping* activas em que os problemas do casal possam ser claramente abordados sem que o veterano se sinta um fardo ou a esposa sinta que não tem permissão para abordar as questões com que o casal/família se debate. A partir do momento em que o casal pode comunicar directamente, estão abertas as portas para a construção duma nova narrativa no casal que implica uma nova dinâmica conjugal e o desenvolvimento duma teoria de cura (Pereira, 2003).

É necessário, contudo, enfatizar que a terapia familiar conjunta para o casal ou familiar só deve realizar-se depois do veterano ter passado por uma fase disjunta de terapia familiar, cujo foco se baseia na destoxização das experiências de guerra, de forma a que ele possa estar disponível para partilhar as suas emoções com a família sem medo da reacção desta e a trabalhar as questões familiares desenvolvimentais. Só quando isto acontece, é que existem as condições para uma discussão aberta onde o perigo de retraumatização dos familiares, face ao debate de sentimentos de raiva e perda, se encontra substancialmente minorado (Rosenheck & Thompson, 1999).

Em suma embora os resultados aqui apresentados se reportem a uma amostra reduzida e com características específicas, pensamos ser relevante enfatizar a necessidade de chamar a atenção para todos aqueles que lidam diariamente com o veterano com PTSD que é obviamente a sua família. Este trabalho focou-se nas esposas, mas obviamente que os filhos são outra população a necessitar de investigação.

Não gostaríamos de terminar sem referir a necessidade urgente de mais formação específica para os médicos de família e profissionais de saúde mental na área do stresse traumático, pois como o nosso estudo revelou, a traumatização secundária nas mulheres pode estar camuflada nos problemas de saúde geral e psicopatologia apresentada.

## Referências Bibliográficas

- Booth, A & Johnston, D.R. (1994). Declining health and marital quality. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 218-223.
- Canavarro, C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI. In Mário Simões, Miguel Gonçalves e Leandro Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Apport/SHO.
- Coyne, J., Aldwin, C., & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90:439-447.
- Derogatis, L.R. (1973). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Figley, C. (1995). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. In C.R. Figley (Ed). *Trauma and its wake: The study and treatment of PTSD* (pp. 398-415). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. In C.R. Figley & H.I. McCubbin (eds), *Stresse and the family: Coping with catastrophe* (Vol. 2). New York: Brunner & Mazel.
- Gimbel, C & Booth, A. (1994). Why does military combat experience adversely affect marital relations? *Journal of Marriage and the Family*, 56, 691-703.
- Goldberg, D.P. (1978). *General Health Questionnaire*. NFER-Nelson. England.
- Hudson, W. (1992). *Index of Marital Satisfaction*. The WALMYR Assessment Scales Scoring Manual. WALMYR Publishing Company.
- Kulka, R.A, Schlenger, W.E., Fairbank, J. A., Hourgh, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., & Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation*. New York: Brunner/Mazel.
- Lazarus, R.S. (1983) The costs and benefits of denial. In S. Bresnitz (ED), *Denial of Stresse*. New York: International University Press..
- Maloney, L.J. (1988). Post-traumatic stresse of women partners of vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work*, 58, 122-143.
- Maltas, C. & Shay, J. (1995). Trauma contagion in partners of vietnam veterans. *Sixth College Studies in Social Work*, 58, 122-143.
- Matsakis, A. (1996). *Vietnam Wives: Facing the challenges of life with Veterans suffering Posttraumatic Stresse* (2<sup>nd</sup> ed.). Lutherville: The Sidran Press.
- McCann, L. & Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization. A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stresse*, 3, 131-149.
- McIntyre, McIntyre, & Silvério (2001). *Estudo da Satisfação Profissional, respostas de stresse, recursos de coping e clima organizacional dos profissionais de saúde da Região Norte*. Porto. Administração Regional de Saúde. Norte.
- McIntyre, McIntyre, Araújo-Soares, Figueiredo, Johnston & Faria, (2000). Psychophysiological and psychosocial indicators of the efficacy of a stresse management program for health professionals. Fundação Bial. In Cox, P. Dewe, K. Nielsen & R. Cox (Eds). *European Academy of Occupational Health Psychology Proceeding Series: Europe 2000*. Nottingham I-Who Publication.
- McIntyre, T. & Ventura, M. (1997). Escala de avaliação da resposta aos acontecimentos traumáticos. In L. Almeida et al., (org). *Avaliação psicológica: Formas e Contextos*, volume V, 37-44. Braga.
- Meyerowitz, B.E.(1983). Postmastectomy coping strategies and quality of life. *Health Psychology*, 2, 117-132.
- Nelson, B. & Wright, D. (1996). Understanding and treating Posttraumatic Stresse Disorder Symptoms in female partners of Veterans with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22(4), 455-467.
- Olson DH; Portner J; Lavee Y.. (1995). *Handbook of assessment methods for eating behaviours and weight related problems: Measures, theory, and research*. Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Pavalko, E & Elder, G.H. (1990). World war II and divorce: A life course perspective. *American Journal of Sociology*, 95, 1213-1234.
- Pereira M.G.& Soares, V. (2001). *Escala de Comportamento de Suporte Social: Versão de Investigação*. Universidade do Minho.Braga.
- Pereira, M.G. (2003). Impacto e avaliação do stresse traumático na família: Perturbação Secundária de Stresse Traumático. In *Stresse Traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M.G. Ramalho, V & Dias, P. (2000). *Inventário de satisfação marital: Versão de Investigação*. Universidade do Minho. Braga.
- Pereira, M.G., Ramalho V & Santos, C. (1999). *Escala de Ajustamento da Diada: Versão de Investigação*. Universidade do Minho. Braga.

- Rosenheck, R. & Nathan, P. (1985). Secondary Traumatization in children of Vietnam Veterans. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 538-539.
- Solomon, Z.; Waysman, M.; Levy, G.; Fried, B.; Mikulincer, M.; Benbenishty, R.; Florian, V. & Bleich, A. (1992). From front line to home front: A study of secondary traumatization. *Family Process*. 31, 289-302.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Vaux, A., Riedel, S., and Stewart, D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behavior Scale. *American Journal of Community Psychiatry*, 15, 209-237.
- Verbosky, S.J., & Ryan, D.A. (1988). Female partners of Vietnam Veterans: Stresse by proximity. *Issues in Mental Health Nursing*, 9, 95-104.