

Vitimização Secundária nos Filhos Adultos de Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa

Secondary Victimization in Adult Children of Portuguese Colonial War Veterans

M. Graça Pereira* & Susana Pedras

Universidade do Minho, Braga, Portugal

Resumo

Este estudo avaliou a vitimização secundária em filhos adultos de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa e sua relação com outras variáveis psicológicas. A amostra incluiu 80 filhos. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de Vivências Familiares na Infância; Escala de Avaliação Resposta ao Acontecimento Traumático; Questionário de Estilo de Vida e as versões portuguesas do *Brief Symptoms Checklist* e *Health Symptoms Checklist*. Os resultados revelaram que 27.5% dos filhos possuíam diagnóstico de Vitimização Secundária (VS) e 66% apresentavam Sintomatologia de Vitimização Secundária (SVS). Esta última encontrava-se positivamente associada à psicopatologia e às vivências familiares negativas na infância. Além disso, os filhos com SVS apresentavam mais sintomas físicos e adotavam menos comportamentos de saúde. Os resultados enfatizam a necessidade de intervenção nesta população.

Palavras-chave: Vitimização Secundária; Filhos; Veteranos; Guerra.

Abstract

This study assessed secondary victimization in adult children of Portuguese Colonial War Veterans and its relationship with other psychological variables. The sample included 80 adult children. The instruments used were: Childhood Experiences Questionnaire, Post-Traumatic Stress Scale, Life Style Questionnaire and the Portuguese versions of the Brief Symptoms Checklist and the Health Symptoms Checklist. The results showed that 27.5% of the adult children had a secondary victimization diagnosis (SVD) and 66% presented Secondary Traumatic Symptoms (STS). The latter was positively associated with psychopathology and to negative family experiences in childhood. In addition, adult children with STS manifested more physical symptoms and less healthy behaviors. The results emphasize the need for intervention in such population.

Keywords: Secondary Victimization; Children; Veterans; War.

A ideia de que o trauma pode ser experimentado de uma forma indireta sem que exista uma exposição direta ao evento traumático é relativamente recente. O trauma e os seus sintomas para além de afetar o indivíduo que o vivenciou diretamente, afeta também todos aqueles que com ele estabelecem relações significativas e lhe são de grande proximidade (Pereira, 2003). O termo Vitimização Secundária (Secondary Traumatic Distress Disorder; Figley, 1998) tem sido usado para descrever os efeitos nos filhos (Davidson & Mellor, 2001) e no parceiro conjugal (Matsakis, 1996). Também os terapeutas devido à exposição ao sofrimento dos pacientes e os profissionais de intervenção em incidentes críticos e catástrofes (equipes médicas, policiais e bombeiros) têm sido alvo de es-

tudo devido à possibilidade de desenvolverem sintomatologia ou diagnóstico de vitimização secundária (Everly, Boyle, & Lating, 1999; Everly, Flannery, & Eyler, 2002; Figley, 1995; McCann & Pearlman, 1990; Mitchell, 1992; Pearlman & Saakvitne, 1995).

No contexto familiar, o pressuposto base existente na Vitimização Secundária é a existência de um mecanismo de contágio do traumatizado para os elementos que com ele estabelecem relações significativas levando ao desenvolvimento de comportamentos semelhantes (Davidson & Mellor, 2001; Harkness, 1993). A Vitimização Secundária está associada a um sentimento de desamparo, confusão ou isolamento (Figley, 1998). Por sua vez, os sintomas parecem desligados das suas causas reais e envolvem um período longo de recuperação (Figley, 1998). A sintomatologia de vitimização secundária é o estresse gerado por cuidar de ou conviver com alguém com um Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT). Já a Vitimização Secundária é uma síndrome quase idêntica ao TEPT, mas os sintomas surgem após a exposição e conhecimento acerca da situação traumática experimen-

* Endereço para correspondência: Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Campus de Gualtar, Braga, Portugal, 4710-057. E-mails: gracep@psi.uminho.pt e susanapedras@gmail.com
Agradecemos à Associação Portuguesa dos Veteranos de Guerra (APVG) o acesso à base de dados.

tada por outro significativo (Figley, 1998). Assim, a grande diferença entre o TEPT e a Vitimização Secundária é que no primeiro, o estressor é direto e experimentado pela própria vítima e, no segundo caso, o estressor é indireto dado resultar do lidar com a vítima primária de trauma com TEPT e estar exposto às suas reações físicas e emocionais (Pereira, 2003). Assim, o contato próximo e prolongado com uma vítima de trauma com TEPT pode tornar-se num estressor crônico (Solomon et al., 1992) e levar ao desenvolvimento da vitimização secundária.

Tendo em conta que o quadro clínico de TEPT dificilmente se manifesta de forma isolada, revela-se de extrema importância estudar a comorbidade associada ao quadro traumático. Os estudos indicam que cerca de 50 a 90% dos indivíduos com TEPT apresentam psicopatologia (Yehuda & Wong, 2002). Segundo Maybery, Ling, Szakacs e Reuperc (2005), 25 a 50% das crianças de pais com doença mental poderão vir a sofrer de problemas psiquiátricos quando comparados com 10 a 20% das crianças que não têm pais com problemas psicológicos. Neste sentido, os filhos dos veteranos de guerra poderão ser vítimas secundárias por conviverem com um pai veterano de guerra com TEPT. De fato, o que a literatura existente indica é que os filhos de veteranos de guerra com TEPT apresentam menor ajustamento psicológico que os filhos dos veteranos de guerra sem TEPT ou que os jovens da comunidade em geral, i.e. relatam mais problemas psiquiátricos e mais estresse psicológico (Beckham et al., 1997; Davidson & Mellor, 2001; Radfar, Haghani, Tavalaei, Modirian, & Falahati, 2005; Westerink & Giarratano, 1999).

Para além do impacto ao nível da saúde mental e ajustamento psicológico, a exposição ao trauma pode também exercer um impacto adverso ao nível da saúde física. De fato, a literatura indica que a exposição ao trauma exerce um efeito negativo na saúde física (Hidalgo & Davidson, 2000; Schnurr & Jankowsky, 1999) que se traduz num aumento das queixas de saúde (Litz, Keane, Fisher, Marx, & Monaco, 1992), aumento de doenças e problemas de saúde objetivamente avaliados, maior utilização dos serviços de saúde (Elhai et al., 2007; Kulka et al., 1990; Walker, Newman, & Koss, 2004) e aumento da mortalidade (Friedman & Schnurr, 1995). Os comportamentos de risco para a saúde têm um papel importante na relação entre a exposição ao trauma e as doenças na idade adulta. Assim, quanto maior a frequência da exposição ao trauma, maior o risco de adoção de comportamentos prejudiciais para a saúde e adoção de um estilo de vida menos saudável (Felitti et al., 1998). O quadro clínico de TEPT, por sua vez, também está associado ao desenvolvimento e/ou manutenção de comportamentos de risco para a saúde (Rheingold, Acierno, & Resnick, 2004). As experiências adversas vividas na infância estão também associadas negativamente à saúde mental e física aumentando os comportamentos de risco para a saúde e a psicopatologia, nomeadamente a

morbidade psicológica (Dube, Felitti, Dong, Giles, & Anda, 2003).

Neste sentido, este estudo pretende, numa primeira hipótese, estudar a relação entre o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) dos pais veteranos e o diagnóstico de Vitimização Secundária nos filhos esperando que os filhos de pais com TEPT apresentem vitimização secundária. A segunda hipótese prevê que as vivências familiares negativas na infância se associem positivamente à presença de psicopatologia e sintomatologia física e, negativamente, ao estilo de vida nos filhos dos veteranos de guerra com sintomatologia/vitimização secundária.

Método

Participantes

Inicialmente foram contactados aleatoriamente 130 pais veteranos de guerra que foram militares na Guerra do Ultramar, entre os anos de 1961 a 1974, se encontravam avaliados em relação à presença ou ausência de diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático e estavam inscritos numa base de dados clínica na Associação Portuguesa de Veteranos de Guerra (APVG). Foi-lhes pedido o contacto do(a) filho(a) primogênito(a) e explicada a natureza do estudo. Desses 130, 80 veteranos forneceram o contacto do filho. A amostra foi assim constituída por 80 filhos adultos primogênitos que deram o seu consentimento informado para participar no estudo. 51,3% dos filhos eram do sexo masculino e 48,8% do sexo feminino, com uma média de idade de 32 anos, tendo o mais novo dos participantes 23 anos e o mais velho 42 anos; 55% dos filhos encontravam-se casados e 38,8% possuía o 3º ciclo e o Ensino Secundário. 92,5% dos filhos encontravam-se empregados sendo que a maior percentagem exercia funções de diretores e bancários, diretores técnicos de empresas, engenheiros, profissionais com títulos universitários, entre outros, tarefas que exigem formação específica e habilitações de cursos superiores. Quanto às variáveis clínicas, 17,5% da amostra encontrava-se em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, 22,5% relatava ideação suicida e 8,8% história de tentativas de suicídio. No que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, a grande maioria possuía médico de família (88,8%) e recorria ao posto de saúde, em média, uma vez por ano (43,5%).

Os filhos foram avaliados quanto à presença de sintomas de Vitimização Secundária apenas em relação às situações de guerra do pai e comportamento deste para com eles. Assim, o questionário utilizado (Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático) referia-se exclusivamente à forma como os filhos lidavam com aspectos associados aos sintomas de TEPT do pai resultantes da experiência deste na guerra colonial. Não foram avaliados sintomas traumáticos em relação a outros eventos de vida nos filhos.

Procedimento

Os dados foram recolhidos na Associação Portuguesa de Veteranos de Guerra (APVG), em Braga. Os critérios para inclusão dos sujeitos na investigação foram: ter idade superior a 18 anos, ser filho primogênito de um veterano de guerra (com ou sem diagnóstico de TEPT) pertencente à base de dados clínica da referida Associação. Os participantes foram contactados por telefone e convidados a participar no estudo. Os participantes responderam aos questionários na APVG.

Instrumentos

As medidas utilizadas neste estudo foram:

Questionário Sócio-Demográfico (Pereira & Pedras, 2008c) que avalia dados demográficos e clínicos. Os dados demográficos recolhidos foram: sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, situação laboral/escolar. Em relação aos dados clínicos, as variáveis incluídas foram: acompanhamento psiquiátrico ou psicológico, ser portador de problemas de saúde física ou psicológica, medicação, história de ideação suicida ou tentativas de suicídio e a frequência com que se dirigiam ao posto de saúde e ao pronto socorro.

Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI; Pereira & Pedras, 2008d). Constituído por 24 itens em que são questionadas vivências adversas como presenciar estados de alcoolismo (item 1), receber insultos e humilhações (item 4), assistir a tentativas de suicídio de pai ou mãe (item 10) e vivências positivas como ser elogiado (item 3), sentir-se amado (item 12) e receber afeto (item 15). Um valor elevado é indicativo de vivências familiares negativas. O coeficiente de consistência interna do Questionário de Vivências Familiares na Infância nesta amostra é de 0,93.

Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (McIntyre, 1997). Esta escala avalia sintomas de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT). 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 dicotômica (sim/não) que correspondem aos sintomas de TEPT segundo o DSM IV-R, divididos em três escalas: a Escala de Revivência, Escala de Evitamento e Escala de Hiper-vigilância. Esta escala fornece o “Total de Sintomas de TEPT” (sintomatologia traumática) e o “Diagnósticos de TEPT” que é obtido somando as respostas necessárias das três escalas para considerar a presença do diagnóstico, i.e., um sintoma da Escala de Revivência, três sintomas da Escala de Evitamento e dois sintomas da Escala de Hiper-vigilância. Para este estudo, os 17 itens foram adaptados à situação de guerra do pai, por exemplo, na escala original, o item 2: “Tem tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos acerca dessa experiência?”, na versão adaptada aos filhos, foi transformado em: “Você tem tido muitos sonhos maus ou pesa-

delos repetidos sobre experiências de guerra do pai?” ou “Fico muito nervoso ou estranho quando vejo ou ouço alguma coisa relacionada com experiências de guerra do pai”. A consistência interna da escala, na amostra do estudo revelou para as escalas de revivência 0,87, evitamento 0,86 e hipervigilância 0,86, indicando uma elevada consistência interna.

Brief Symptoms Inventory (BSI; Derogatis, 1993, versão adaptada 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, em que a possibilidade de respostas vai desde “Nunca” a “Muitíssimas Vezes”. Os sintomas de psicopatologia são avaliados em nove dimensões e três Índices Globais. Neste estudo apenas foi utilizado o Índice Geral de Sintomas (IGS) que fornece uma medida geral de sintomatologia psicopatológica. Este inventário é constituído por nove subescalas: Somatização, Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Ideação Paranoide, Pensamentos Obsessivo-Compulsivos, Sensibilidade-Interpessoal. Os estudos psicométricos da versão portuguesa revelaram que este instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove subescalas, com valores de Alfa de Cronbach entre os 0,62 e 0,79. Na amostra do presente estudo, as subescalas apresentaram alfas entre 0,81 a 0,91.

Health Symptoms Checklist (HSC; Proctor et al., 1998). Versão de investigação de Pereira e Pedras (2008b). A versão original desta checklist é constituída por 52 itens de sintomas físicos e foi inicialmente utilizada com uma amostra de veteranos da guerra do Golfo (Proctor et al., 1998). Cada sintoma foi distribuído por nove categorias, que representam sistemas corporais. Existe uma versão reduzida do instrumento, com 24 itens, sendo esta utilizada no presente estudo, em que os sintomas físicos se encontram atribuídos a nove sistemas corporais: sistema cardíaco, sistema dermatológico, gastrointestinal, geniturinário, músculo-esquelético, neurológico, pulmonar, neuropsicológico e sistema psicológico. O estudo da consistência interna nesta amostra para a versão reduzida revelou um alfa de 0,94. No presente estudo só foi utilizado o resultado global de sintomas físicos e não as subescalas em sistemas corporais.

Questionário de Estilo de Vida (QEV; Pereira & Pedras, 2008a). Este questionário avalia comportamentos e hábitos de saúde e é constituído por 24 itens em que os sujeitos classificam com que frequência praticam determinado comportamento de saúde ou de risco (ex.: fazer exercício físico; fumar). Um resultado elevado significa adoção de comportamentos saudáveis. O coeficiente de consistência interna na presente amostra foi de 0,82.

Análise dos Dados

Na primeira hipótese, uma vez que se trataram de variáveis categóricas foi utilizado o teste *Qui-quadrado* (X^2). Na segunda hipótese, uma vez que foram incluídas variáveis intervalares com distribuição normal e homogeneidade de variâncias, foi utilizado o Teste de Correlação de Pearson (r).

Resultados

Da amostra total (80 filhos), 66% (53 filhos) apresentavam sintomatologia de vitimização secundária (SVS) (mas não reuniam todos os critérios para o diagnóstico de

vitimização secundária (VS) e 34% (27 filhos) não revelavam qualquer sintoma. Desses 66%, 27,5% (22 filhos) apresentavam diagnóstico de vitimização secundária.

Relação entre Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) no Veterano e Vitimização Secundária nos Filhos Adultos

Os resultados revelaram uma relação positiva, significativa [$X^2 (1, N= 80) =7,586, p= 0,006$] entre o diagnóstico de TEPT nos pais e o diagnóstico de Vitimização Secundária nos filhos. Como podemos observar na Tabela 1, vinte e dois filhos apresentavam Vitimização Secundária, dos quais, dezessete são filhos de pais com TEPT.

Tabela 1

Resultados do Teste Qui-Quadrado (X^2) relativo às Variáveis Diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) no Pai e Diagnóstico de Vitimização Secundária nos Filhos (N= 80)

Diagnóstico de TEPT	Diagnóstico de Vitimização Secundária nos Filhos			X^2	p
	Não	Sim			
Veterano					
Sem TEPT (n=40)	35	5			
Com TEPT (n=40)	23	17	7,586*		0,006
Total	58	22			

* $p<0,05$.

Relação entre Sintomatologia de Vitimização Secundária, Vivências Familiares na Infância e Psicopatologia nos Filhos

Os resultados revelaram que a Sintomatologia de Vitimização Secundária (Escala Total e Subescalas) se relacionava de forma positiva e significativa com a psicopatologia (IGS) ($r=0,000; p<0,01$) indicando que os filhos com sintomatologia de vitimização secundária apresentavam mais sintomatologia psicopatológica. De igual modo, a Sintomatologia de Vitimização Secundária (Total e subescalas) relacionava-se também com todas as subescalas do BSI ($r=0,000; p<0,01$). A escala de Evitamento e Hipervigilância relacionava-se de forma positiva e significativa com as escalas de Somatização, Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Ideação Paranóide, Obsessão Compulsão e Sensibilidade Interpessoal. A escala de Revivência relacionou-se de forma positiva e significativa com todas subescalas do BSI à exceção da escala de Ideação Paranóide e Sensibilidade Interpessoal. Estes resultados sugerem uma relação forte e significativa entre a Sintomatologia de Vitimização Secundária e a presença de Psicopatologia na amostra total de filhos com sintomatologia/diagnóstico de vitimização secundária.

Por sua vez, as Vivências Familiares na Infância relacionaram-se de forma positiva e significativa com a Sintomatologia de Vitimização Secundária (Escala Total e subescalas [$r=0,000; p<0,01$]) e com a Psicopatologia ($r=0,000; p<0,01$) revelando que quanto maior o número

de vivências familiares negativas na infância, maior o número de sintomas de trauma e maior a presença de psicopatologia. Os resultados revelaram ainda uma relação positiva e significativa ($r=0,000; p<0,01$) entre Sintomatologia de Vitimização Secundária (Escala Total e subescalas) e a Sintomatologia Física (HSC) revelando que os filhos com Sintomatologia de Vitimização Secundária manifestavam mais sintomatologia física. A Sintomatologia de Vitimização Secundária (Escala Total) e a subescala de Revivência apresentaram uma relação negativa com o Estilo de Vida (QEV, [$r=0,013; p<0,05; r=0,001; p<0,05$]) respectivamente. Assim, quanto mais elevado o número de sintomas de Revivência do trauma e de Sintomatologia de Vitimização Secundária, menor a adoção de comportamentos saudáveis. Por fim, podemos observar que o Estilo de Vida (QEV) se relacionou de forma negativa, mas não significativa com os Sintomatologia Física (ver Tabela 2).

Discussão

Os resultados revelaram que cerca de 28% dos filhos da nossa amostra possuíam o diagnóstico de vitimização secundária e 66% apresentam sintomatologia de vitimização secundária. Rosenheck (1986) referiu que as crianças expostas a descrições repetidas e detalhadas sobre as experiências traumáticas de guerra do pai estavam mais propensas ao desenvolvimento de vitimização secundária do que aquelas que não tinham qualquer conhecimen-

Tabela 2

Resultados do Teste de Correlação de Pearson relativos à Sintomatologia de Vitimização Secundária (Total e Escalas), Sintomas Físicos (HSC) e Estilo de Vida (QEV) nos Filhos com Sintomatologia de Vitimização Secundária (n=53)

	HSC - Sintomas Físicos		QEV - Estilo de Vida	
	r	p	r	p
Revivência (EARAT)	0,530**	0,000	-0,429**	0,001
Evitamento (EARAT)	0,617**	0,000	-0,237	0,087
Hipervigilância (EARAT)	0,714**	0,000	-0,204	0,142
Escala Total (EARAT)	0,673**	0,000	-0,339*	0,013
Estilo de Vida (QEV)	-0,183	0,189		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

to sobre a experiência de guerra do pai. No nosso estudo, cinco filhos desenvolveram vitimização secundária, embora os pais não tivessem TEPT. Neste sentido, segundo Figley (1998), o conceito de vitimização secundária pode desenvolver-se em indivíduos que vivem num contexto muito próximo com uma vítima de trauma, podendo tornarem-se vítimas indiretas. Ainda, segundo o autor, o conceito de vitimização secundária tem duas aplicações: a primeira refere-se aos indivíduos que não estiveram expostos ao trauma de forma direta e desenvolveram sintomas de trauma (pesadelos, recordações de experiências de guerra, pensamentos intrusivos), após tomarem conhecimento sobre um evento traumático experimentado por alguém; a segunda aplicação, tem vindo a ser utilizada para se referir a qualquer transmissão de comportamentos da vítima para aqueles com quem convive diariamente. Neste sentido mais abrangente, este termo inclui uma vasta gama de manifestações de estresse, não apenas as que mimetizam os sintomas de TEPT. Dekel e Goldblatt (2008) referiram que a transmissão de sintomas de estresse ocorre com maior frequência em famílias de veteranos com TEPT e que esta transmissão pode ocorrer de uma forma direta como o embotamento afetivo e a hostilidade que inevitavelmente exercem um forte impacto nos filhos, mas também numa forma indireta através do ambiente familiar disfuncional em que os filhos crescem e se desenvolvem. De acordo com esta última perspectiva, os cinco filhos que apresentavam Vitimização Secundária, embora os pais não possuíssem diagnóstico de TEPT, poderiam estar a manifestar sintomas de estresse não associados à experiência de guerra mas associadas aos comportamentos do pai. De fato, Matsakis (1996) referiu que uma das formas de transmissão do trauma no sistema familiar é o fato do indivíduo traumatizado se comportar de forma “traumatizante” em relação aos outros membros da família através de comportamentos que incluem a violência doméstica, alcoolismo, e até abuso emocional, que por si só provocam sintomas de trauma nos filhos. Também Harkness (1993) e Samper, Taft, King e King (2004), descreveram que a presença de violência na família influencia mais o desenvolvimento de psicopatologia nas crianças do que o próprio quadro de TEPT do pai.

Perante estes fatos, podemos inferir que outras variáveis poderão exercer um impacto tão ou mais negativo nos filhos, que não apenas o diagnóstico de TEPT do pai (veterano).

De acordo com os nossos resultados, 76% dos filhos referiram ter conhecimento de alguma experiência traumática vivida pelo pai na guerra (ex. ferimentos graves, morte de amigos ou outra experiência) que ameaçou seriamente sua vida e 43% referiram reações ou comportamentos do pai para com eles que os marcou negativamente. Estes resultados estão de acordo com a literatura, na medida em que, a exposição prolongada a experiências adversas é também considerada um factor de risco para o desenvolvimento de TEPT (Lu, Mueser, Rosenberg, & Jakowski, 2008).

De fato, em um estudo realizado por Beckham et al. (1997) com uma amostra de vinte e oito veteranos com TEPT e quarenta filhos demonstrou que 45% dos filhos relatavam sintomas significativos na subescala de TEPT do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota. Em uma outra perspectiva, alguns autores (Yehuda, Schmeidler, Wainberg, Binder-Brvnes, & Duvdevani, 1998) sugeriram que os efeitos, na segunda geração, de viver com um pai com trauma incluem o desenvolvimento de vulnerabilidade para o desenvolvimento de TEPT nos próprios filhos. Rosenheck e Fontana (1998), por sua vez, verificaram que os veteranos cujos pais estiveram envolvidos em combate exibiam um maior número e severidade de sintomas psiquiátricos e sintomas de TEPT. Esses dados sugerem que os filhos adultos de pais expostos a trauma de guerra apresentam uma maior sensibilidade ao estresse quando expostos a acontecimentos de vida similares (Dekel & Goldblatt, 2008).

No presente estudo, não é possível concluir que o diagnóstico de vitimização secundária dos 28% dos filhos seja exclusivamente devido à experiência de guerra do pai ou a outras variáveis como as experiências adversas negativas na infância que podem ser ou não consequência do TEPT do pai.

No nosso estudo, os filhos com sintomatologia de vitimização secundária apresentam mais psicopatologia. De fato, a literatura indica que o quadro clínico de TEPT

raramente se manifesta de forma isolada, sendo comum apresentar-se associado a psicopatologia (Yehuda & Wong, 2002). Os estudos são consensuais ao indicarem um menor ajustamento psicológico dos filhos de veteranos com TEPT, bem como níveis elevados de sintomas psiquiátricos (Al-Turkait & Ohari, 2008; Radfar et al., 2005). No que diz respeito à somatização, Beckham et al. (1997), referiram que 30% dos filhos de pais com TEPT apresentavam valores elevados na escala de hipocondria. Harkness (1993) fez referência a manifestações somáticas nos filhos dos veteranos com TEPT. A sintomatologia depressiva é também descrita como prevalente e elevada nos filhos dos veteranos de guerra, em diversos estudos (Al-Turkait & Ohaeri, 2008; Dansby & Marinelli, 1999; Harkness, 1993). Beckham et al. (1997) verificaram que 20% dos filhos da sua amostra apresentavam valores elevados na escala de depressão e 25% na escala de hipomania. Quanto à sintomatologia ansiosa, vários autores referem a internalização de sintomas de apreensão, tensão, elevados níveis de estresse e medos noturnos nos filhos de veteranos de guerra (Ahmadzadeh & Malekian, 2004; Dansby & Marinelli, 1999; Davidson & Mellor, 2001). A hostilidade é um dos problemas que tem suscitado maior interesse nos investigadores, dado ser uma área onde os filhos dos veteranos parecem apresentar mais problemas (Ahmadzadeh & Malekian, 2004). Beckham et al. (1997), verificaram que 83% dos filhos da sua amostra apresentavam valores elevados na escala hostilidade (MMPI) e 15% apresentavam história de comportamentos violentos, bem como raiva excessiva e dificuldade em lidar com a autoridade.

No presente estudo verificamos que a sintomatologia de vitimização secundária nos filhos se relacionou de forma positiva e significativa com a sintomatologia física. Sendo assim, quanto maior o número de sintomas de trauma maior a sintomatologia física manifestada. A literatura indica que a exposição a situações traumáticas, mesmo sem o diagnóstico de TEPT (Norman et al., 2006), está associada a doenças físicas crónicas (Felitti et al., 1998). De fato, 66% da nossa amostra geral apresentava sintomas físicos. Esse resultado vai de encontro com a literatura sugerindo que a exposição ao trauma e o TEPT exercem um efeito negativo na saúde física traduzido num aumento das queixas de saúde e em auto-relatos de sintomas físicos (Boscarino, 1997; Litz et al., 1992; Schnurr, Spiro, & Paris, 2000; Wolfe et al., 1999). O aumento de doenças crónicas e problemas de saúde objetivamente avaliados aparecem na literatura associados a uma percepção pobre do estado de saúde geral, menor bem-estar, limitações funcionais físicas e maior consumo de medicamentos (Boscarino, 2004; Felitti et al., 1998; Kulka et al., 1990; O'Toole & Catts, 2008; Schnurr et al., 2000).

Pensamos que um motivo para não se verificar uma relação significativa entre maior sintomatologia física e estilo de vida pior deve-se ao fato dos filhos adultos estarem mais bem informados sobre a doença em geral, devi-

do ao maior acesso que têm em relação à informação. Além disso, outra possível explicação seria o fato de poderem ter presenciado os sintomas físicos do pai durante o seu desenvolvimento tornando-os mais motivados para adotar um estilo de vida mais saudável na vida adulta.

Conclusão

Os resultados parecem indicar a existência de um processo de transmissão de vivências traumáticas de pais para filhos. Futuros estudos deveriam reproduzir estes resultados com amostras maiores e avaliar a terceira geração, pois segundo O'Brien (2004), a transmissão intergeracional do trauma pode afetar três gerações.

De acordo com os resultados, tendo em conta a presença de sintomatologia de vitimização secundária nos filhos adultos, torna-se importante fazer rastreio de Vitimização Secundária e desenvolver intervenções o mais precocemente possível. Por meio de uma perspectiva preventiva, é fundamental considerar o treinamento e a prática dos profissionais de saúde para lidar com filhos de vítimas de trauma. É importante que da formação dos profissionais de saúde faça parte o conhecimento do Transtorno do Estresse Pós-Traumático e de Vitimização Secundária. Os profissionais de saúde que trabalham em cuidados de saúde primários devem estar sensibilizados para o fato dos filhos adultos dos veteranos de guerra manifestarem sintomas semelhantes aos do pai, sintomas de estresse e/ou alterações de comportamento que se podem camuflar sob a forma de sintomatologia física.

Investigações futuras deveriam incluir amostras clínicas e não clínicas de veteranos bem como os outros filhos além do primogênito.

Limitações do Estudo

No presente estudo, a principal limitação está relacionada com o fato da amostra ser de conveniência, uma vez que foram recrutadas pessoas apenas na zona Norte de Portugal, ser constituída por apenas 80 participantes e só ter sido avaliado o filho primogênito. Além disso, todos os instrumentos foram de auto-relato e, por isso, sujeitos a efeitos de desejabilidade social.

O presente estudo também não permite concluir que a sintomatologia de vitimização secundária encontrada em 66% dos filhos (incluindo o diagnóstico de vitimização secundária) seja exclusivamente uma consequência direta do Transtorno do Estresse Pós-Traumático dos veteranos de guerra, pois poderá estar também associada às experiências adversas na infância que poderão ser ou não uma consequência do TEPT do veterano.

Referências

Ahmadzadeh, G. H., & Malekian, A. (2004). Aggression, anxiety and social development in adolescent children of war veterans with PTSD versus those of non veterans. *Journal of Research in Medical Sciences*, 5, 231-234.

- Al-Turkait, F., & Ohaeri, J. (2008). Psychopathological status, behavior problems, and family adjustment of Kuwaiti children whose fathers were involved in the first Gulf war. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2*(12), 1-12.
- Beckham, J. C., Braxton, L. E., Kudler, H. S., Feldman, M. E., Lytle, B. L., & Palmer, S. (1997). Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder and their children. *Journal of Clinical Psychology, 53*(8), 847-852.
- Boscarino, J. A. (1997). Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: Implications for clinical research and medical care. *Psychosomatic Medicine, 59*(6), 605-614.
- Boscarino, J. A. (2004). *Posttraumatic stress disorder and physical illness: Results from clinical and epidemiologic studies*. Paper presented at the 34th Annual Meeting of the International Society for Psychoneuroendocrinology, Rockefeller University, New York.
- 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* (pp. 95-109). Braga, Portugal: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Dansby, V. S., & Marinelli, R. P. (1999). Adolescent children of Vietnam combat veteran fathers: A population at risk. *Journal of Adolescence, 22*, 329-340.
- Davidson, A. C., & Mellor, D. J. (2001). The adjustment of children of Australian Vietnam Veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war-related trauma? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*, 345-351.
- Dekel, R., & Goldblatt, H. (2008). Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans children. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*(3), 281-289.
- Derogatis, L. R. (1993). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back 1990. *Preventive Medicine, 37*, 268-277.
- Elhai, J. D., Kashdan, T. B., Snyder, J. J., North, T. C., Heaney, C. J., & Frueh, B. C. (2007). Symptoms severity and lifetime and prospective health service use among military veterans evaluated for PTSD. *Depression and Anxiety, 24*, 178-184.
- Everly, G. S., Boyle, S. H., & Lating, J. M. (1999). The effectiveness of psychological debriefing with vicarious trauma: A meta-analysis. *Stress Medicine, 15*, 292-233.
- Everly, G. S., Flannery, R. B., & Eyler, V. A. (2002). Critical Incident Stress Management (CISM): A statistical review of the literature. *Psychiatric Quarterly, 73*, 171-182.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258.
- Figley, C. R. (1995). Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists. In R. H. Mikesell & D. Lusteran (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and system theory* (pp. 571-581). Washington, DC: American Psychological Association.
- Figley, C. R. (1998). Burnout as systematic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. In C. Figley (Ed.), *Burnout in families: The systemic costs of caring* (pp. 15-28). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (1995). The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In M. J. Friedman, D. S. Charney, & A. Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post-traumatic stress disorder* (pp. 507-524). New York: Lippincott-Raven.
- Harkness, L. (1993). Transgenerational transmission of war related trauma. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 635-643). New York: Plenum Press.
- Hidalgo, B., & Davidson, J. R. T. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychology, 61*(7), 5-13.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation*. New York: Brunner Mazel.
- Litz, B., Keane, T. M., Fisher, L., Marx, B., & Monaco, V. (1992). Physical health complaints in combat-related posttraumatic stress disorder. A preliminary report. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 131-141.
- Lu, W., Mueser, K. T., Rosemberg, S. D., & Jankowski, M. K. (2008). Correlates of adverse childhood experiences among adult with severe mood disorders. *Psychiatric Services, 59*, 1018-1026.
- Matsakis, A. (1996). *Vietnam wives: Facing the challenges of life with veterans suffering post-traumatic stress*. Lutherville, MD: The Sidran Press.
- Maybery, D., Ling, L., Szakacs, E., & Reupert, A. (2005). Children of a parent with a mental illness: Perspectives on need. *Journal of American Medical Association, 4*(2), 1-11.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 131-149.
- McIntyre, T. (1997). Escala de avaliação da resposta ao acontecimento traumático. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, 5*, 37-44.
- Mitchell, J. T. (1992). Protecting your people from critical incident stress. *Fire Chief, 61*-63.
- Norman, S. B., Means-Chrostensen, A. J., Craske, M. G., Sherbourne, C. D., Roy-Byrne, P. P., & Stein, M. B. (2006). Associations between psychological trauma and physical illness in primary care. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4), 461-470.
- O'Brien, K. (2004, October). *The intergenerational transference of post-traumatic stress disorder amongst children and grandchildren of Vietnam veterans in Australia: An argument for a genetic origin. Review of current literature*. In C. Bailey, D. Cabrera, & L. Buys (Eds.), *Social Change in the 21st Century Conference*. Brisbane, Australia: Centre for Social Change Research, Queensland University Technology.
- O'Toole, B. I., & Catts, S. V. (2008). Trauma, PTSD and physical health: An epidemiological study of Australian Vietnam Veterans. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(1), 33-40.

- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Pereira, M. G. (2003). Impacto e avaliação do stress traumático na família: Perturbação secundária de stress traumático. In M. G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds.), *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 91-107). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Pereira, M. G., & Pedras, S. (2008a). *Questionário de Estilo de Vida*. Unpublished manuscript, Universidade do Minho, Portugal.
- Pereira, M. G., & Pedras, S. (2008b). *Health Symptoms Checklist* [Review of the journal article *Health status of Persian Gulf War veterans: Self-reported symptoms, environmental exposures and the effect of stress*]. Unpublished manuscript, Universidade do Minho, Portugal.
- Pereira, M. G., & Pedras, S. (2008c). *Questionário Sócio-Demográfico*. Unpublished manuscript, Universidade do Minho, Portugal.
- Pereira, M. G., & Pedras, S. (2008d). *Questionário de Vivências Familiares na Infância*. Unpublished manuscript, Universidade do Minho, Portugal.
- Proctor, S. P., Heeren, T., White, R. F., Wolfe, J., Borgos, M. S., Davis, J. D., et al. (1998). Health status of Persian Gulf War veterans: Self-reported symptoms, environmental exposures and the effect of stress. *International Journal of Epidemiology*, 27(6), 1000-1010.
- Radfar, S., Haghani, H., Tavalaei, A., Modirian, E., & Falahati, M. (2005). Evaluation of mental health state in Veterans family (15/18 y/o adolescents). *Journal of Military Medicine*, 7(3), 203-209.
- Rheingold, A. A., Acierno, R., & Resnick, H. S. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder and health risk behaviours. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 217-243). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosenheck, R. (1986). Impact of post-traumatic stress disorder of WWII on the next generation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(6), 319-327.
- Rosenheck, R., & Fontana, A. (1998). Transgenerational effects of abusive violence on the children of Vietnam combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 731-742.
- Samper, R. E., Taft, C. T., King, D. W., & King, L. A. (2004). Posttraumatic stress disorder symptoms and parenting satisfaction among a national sample of male Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 311-315.
- Schnurr, P. P., & Jankowsky, M. K. (1999). Physical health and posttraumatic stress disorder. Review and synthesis. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4(4), 295-304.
- 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.
- Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., et al. (1992). From front line to home front: A study of secondary traumatization. *Family Process*, 31, 289-302.
- Walker, E. A., Newman, E., & Koss, M. P. (2004). Costs and health care utilization associated with traumatic experiences. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 43-69). Washington, DC: American Psychological Association.
- Westerink, J., & Giarratano, L. (1999). The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam Veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 841-847.
- Wolfe, J., Proctor, S. P., Erickson, D. J., Heeren, T., Friedman, M. J., Huang, M. T., et al. (1999). Relationship of psychiatric status to Gulf war Veterans health problems. *Psychosomatic Medicine*, 61(4), 532-540.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., Binder-Brvnes, K., & Duvdevani, T. (1998). Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal Psychiatry*, 155, 1163-1171.
- 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 Press.

Recebido: 18/11/2009
1ª revisão: 29/03/2010
2ª revisão: 28/05/2010
3ª revisão: 09/07/2010
Aceite final: 19/08/2010