

# PERTURBAÇÃO PÓS-TRAUMÁTICA DO STRESS (PTSD)

## Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa

AFONSO DE ALBUQUERQUE, CATARINA SOARES, PAULA MARTINS DE JESUS, CATARINA ALVES  
Psiquiatra. Psicóloga Clínica, Hospital Júlio de Matos, Lisboa.  
Médica, Laboratórios Pfizer, Seixal. Consultora Científica, Eurotrials, Lisboa.

### RESUMO/SUMMARY

Trata-se do primeiro estudo epidemiológico sobre a Perturbação Pós-traumática do Stress (PTSD) na população adulta (com idade superior a 18 anos), em Portugal. Este estudo é particularmente relevante dada a proporção de população exposta a acontecimentos traumáticos: 800 000 homens participaram durante 14 anos (de 1961 a 1975) na Guerra Colonial Portuguesa.

Foi definida uma amostra, de modo bi-etápico e estratificado, representativa da população com 18 e mais anos, a nível nacional. De acordo com os critérios de inclusão/exclusão deste estudo, foram seleccionados indivíduos de todas as regiões do País, quer aleatoriamente a nível comunitário, quer definidos estratificadamente, pelo protocolo. Os indivíduos que foram identificados como tendo sido expostos a uma ou mais situações traumáticas, foram em seguida entrevistados e avaliados pela Escala Abreviada de Sintomas, (Breslau, 1999), no sentido de determinar a presença ou ausência de PTSD.

Foram seleccionados 2 606 indivíduos, predominantemente do sexo masculino (53,3%), com uma idade média de 43 anos. Globalmente a taxa de prevalência de PTSD foi de 7,87% (205/2 606), com uma diferença estatisticamente significativa entre sexos: 4,8% no sexo masculino e 11,4% no sexo feminino.

Cerca de 75% da população adulta portuguesa esteve exposta a pelo menos uma situação

### THE EPIDEMIOLOGY OF PTSD IN THE ADULT POPULATION IN PORTUGAL

*Aim:* This is the first epidemiological study of posttraumatic stress disorder (PTSD) within the adult population (over 18 years of age) in Portugal. This study is particularly relevant given the proportion of the population exposed to trauma: 800,000 men participated in 14 years (from 1961 to 1975) of Portugal's colonial wars.

*Methods:* A representative sample of the adult nation-wide population was defined using bi-phasic and stratified methodology. In accordance with study inclusion/exclusion criteria, subjects from all geographical regions were selected, either randomly from the community or via the protocol defined stratification. Subjects identified as having been exposed to one or more traumatic events were further interviewed and assessed with the Short Screening Scale (Breslau, 1999) to determine the presence/absence of DSM-IV defined PTSD.

*Findings:* A representative sample of 2,606 subjects (53.3% men) was selected, aged 18 to 99 years old (mean=43 years). Overall PTSD prevalence rate was 7.87% (205/2,606 subjects) with a statistically significant different distribution by gender: 4.8% for male and 11.4% for female subjects. Around 75% of the Portuguese adult population was exposed to at least one traumatic situation and 43,5% to more than one. We found

traumática e 43,5% a mais de uma. Encontramos na amostra estudada, 11,6% indivíduos do sexo masculino expostos a situações de guerra/combate e 9,9% destes desenvolveram PTSD. A situação traumática referida por um maior número de inquiridos foi a *Morte violenta de familiar ou amigo* (29,3%), seguindo-se *Roubado ou assaltado* (22,7%) e *Testemunha de acidente grave ou morte* (22,2%).

A prevalência de Perturbação Pós-traumática do Stress (globalmente e por sexo), foi semelhante àquela verificada em outros países desenvolvidos; inferior ao esperado, dada a extensão da população exposta a combate/guerra.

*Palavras chave:* Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD), Prevalência, DSM-IV, Epidemiologia.

## ENQUADRAMENTO E FUNDAMENTO DO ESTUDO

A Perturbação Pós-traumática do Stress (*Post Traumatic Stress Disorder* - PTSD) foi pela primeira vez codificada nos EUA, no *Diagnostic Statistical Manual* (DSM-III), em 1980 e mantida, apesar de ligeiramente modificada, no DSM-III-R (1987), no DSM-IV (1994) e na Classificação Internacional das Doenças, CID-10 (1992) da OMS. Em todas estas classificações, está incluída no capítulo geral das *Perturbações da Ansiedade*.

Desde a década de sessenta, vários estudos nos E.U.A. tinham mostrado que muitos ex-combatentes da Guerra do Vietname, expostos a situações de combate, apresentavam um conjunto específico de sintomas em resposta aos factores traumáticos de stress. Desde então, muitos outros estudos em todo o mundo, vieram revelar também que após a exposição a várias outras situações traumáticas quer provocadas por outros seres humanos, quer por acontecimentos catastróficos naturais ou acidentais, o mesmo síndrome podia ocorrer. Para além disso, vários estudos epidemiológicos, em especial nos últimos dez anos, tanto em populações clínicas como em populações não clínicas, vieram indicar percentagens de PTSD mais elevadas do que se previa, o que veio aumentar o interesse profissional e do público em geral por este tipo de perturbação.

Convém lembrar que os Clínicos Gerais de há muito têm vindo a alertar para o elevado número de *casos psiquiátricos* (até 50%), entre os seus doentes (H. Middleton e I. Shaw, 2000), para os quais lhes falta muitas vezes a capacidade diagnóstica. Referem também que muitos destes doentes

that 11,6% of the sample were male exposed to combat/war and 9,9% of those developed PTSD. The most referred traumatic situation was *Sudden violent death of family or friend*, (29,3%), followed by *Robed or assaulted*, (22,7%) and *Witnessing of serious accident or death*, (22,2%).

*Conclusions:* The prevalence of posttraumatic stress disorder (overall and by gender) was similar to that reported for other developed countries; lower than expected, given the extent of the population's exposure to combat.

*Key Words:* Posttraumatic stress disorder, Prevalence, DSM-IV, Epidemiology.

não apresentam sintomas definitivos de uma doença psiquiátrica formal (apenas 1 em 4). Esta indefinição diagnóstica é um dado importante e muito teríamos a ganhar com a sua clarificação, dado que de um modo geral, os que apresentam doença mental formal têm um prognóstico pior e com frequência sofrem de incapacidade a longo prazo. Nesse sentido, um diagnóstico mais preciso permitiria ao Clínico Geral insistir na tomada dos medicamentos mais indicados e no aconselhamento específico por técnicos de Saúde Mental para melhor solução das complexas necessidades dos doentes psiquiátricos.

A PTSD é a única doença psiquiátrica cujo diagnóstico exige que um factor de stress específico preceda o seu aparecimento. É caracterizada por sintomas que se desenvolvem a seguir à exposição a uma situação de trauma psicológico a que a pessoa reage com medo intenso, horror ou desespero.

Não podemos no entanto esquecer que a experiência traumática pode também trazer consequências positivas, como por exemplo a reorganização da vida pessoal, dos seus valores e objectivos.

Os sintomas de PTSD dividem-se em três categorias:

1. Re-experiência do acontecimento traumático (em pesadelos ou durante o estado de vigília);
2. Evitação sistemática dos estímulos associados com o trauma ou/e esfriamento da capacidade de resposta emocional;
3. Sintomas recorrentes devidos à hiperreactividade neurovegetativa;

A PTSD aparece quase sempre logo após à exposição

ao trauma e em cerca de metade dos casos prolonga-se para além de três meses (fase crónica), com frequência durante anos ou até toda a vida. Neste caso, está com frequência associada a um risco aumentado de depressão, suicídio, perturbação de pânico, ansiedade generalizada, alcoolismo e toxicod dependência, disfunções sexuais e doença com forte componente psicossomático (aparelho digestivo, cardiovascular, dermatológico, etc). Pode ainda conduzir ao aparecimento de uma perturbação da personalidade (CID-10-F.62).

Na sequência da presença portuguesa na Guerra Colonial de 1961 a 1975 (para onde foram mobilizados mais de 800 000 homens) foram publicados alguns estudos nos últimos dez anos, com populações clínicas de ex-combatentes, caracterizando e demonstrando a existência de centenas de casos de PTSD crónica. Estes estudos foram acompanhados por uma movimentação social ascendente, encabeçada por organizações de ex-combatentes, que foi reconhecida pelas instâncias políticas mais elevadas e que deu origem à publicação da Lei n.º 46, de Junho de 1999, aprovada com o voto unânime dos Partidos com assento na Assembleia da República.

O Estado reconhecia assim a existência de problemas psicológicos crónicos, numa proporção dos ex-combatentes da Guerra Colonial, bem como a relação de causalidade entre a doença e a experiência de combate e que, tendo sido adquirida ao serviço do Estado, competia agora a este ressarcir as necessidades desse grupo numeroso de doentes.

A lei indica um número aproximado de 140 000 ex-combatentes com problemas psicológicos crónicos que incluem não só a PTSD, para a qual se apontou a estimativa de 40 000, como outras perturbações menos específicas. Estes números foram obtidos por extrapolação dos dados americanos e de outros países (Albuquerque et al, 1992), dado não haver estudos epidemiológicos nacionais na área da PTSD. A obtenção desses dados no nosso país permitiria assim um melhor planeamento do apoio e do tratamento que estes doentes necessitam e que está previsto na legislação, com a criação de uma Rede Nacional de Apoio, e ajudar a clarificar algumas preocupações que recentemente têm vindo a surgir em relação ao risco de simulação.

Seria também importante para o País sabermos qual a percentagem da população que foi exposta a acontecimentos traumáticos em geral e estabelecer qual a proporção desta que ficou a sofrer de PTSD. Para além dos prováveis benefícios para o foro clínico, estes dados podem ainda trazer alguma luz aos debates actuais sobre certas diferenças psicológicas atribuídas ao sexo e ao estatuto

sócio-económico e contribuir ainda para uma melhor caracterização social, económica e ocupacional das vítimas de trauma psicológico na sociedade portuguesa.

Nos últimos 20 anos, o desenvolvimento de entrevistas diagnósticas estruturadas para perturbações psiquiátricas, tem constituído uma parte essencial do crescimento do conhecimento epidemiológico em Psiquiatria (Breslau *et al*, 1999). Isto permitiu a utilização crescente de versões reduzidas dessas entrevistas estruturadas, nos estudos epidemiológicos, o que veio facilitar a recolha de dados, permitindo a inclusão de um número mais elevado de sujeitos, torná-las menos penosas para o entrevistado e serem administradas por entrevistadores não clínicos.

Escolheu-se para o presente estudo a Escala abreviada (sete sintomas) elaborada por Breslau *et al* (1999), que constitui uma forma abreviada da *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule* (DIS) e da *WHO Composite International Diagnostic Interview* (version 2.1).

Este estudo pretende estimar a taxa de ocorrência da Perturbação Pós-traumática do Stress – PTSD, em Portugal, de acordo com a escala acima mencionada.

Como é próprio deste tipo de estudos, esta taxa de ocorrência apenas indica a *probabilidade* da existência de PTSD, dado que o seu diagnóstico definitivo só poderia ser estabelecido através de entrevistas clínicas padronizadas.

A tradução e contra-tradução das escalas utilizadas são da responsabilidade dos dois primeiros autores. O estudo recebeu o apoio dos Laboratórios Pfizer e teve como consultor científico a Eurotrials. Esta forneceu ainda entrevistadores experimentados (não clínicos) que receberam formação específica na área da PTSD.

## OBJECTIVOS

### *Objectivo Principal*

Avaliar a taxa de ocorrência de PTSD ao longo da vida na população adulta portuguesa, de acordo com critérios de diagnóstico operacionalizados a partir do DSM-IV.

### *Objectivos secundários*

Quantificar e caracterizar as situações identificadas como causa de PTSD.

Avaliar a taxa de ocorrência de casos de PTSD presentes no momento do estudo.

Avaliar a taxa de ocorrência de PTSD em ex-combatentes.

Caracterizar algumas variáveis sócio-demográficas dos indivíduos com PTSD.

## METODOLOGIA

### Descrição do desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, de uma amostra representativa da população portuguesa, para avaliação da taxa de ocorrência de PTSD.

A amostra foi definida de modo bi-etápico e estratificado, sendo representativa da população com 18 e mais anos, a nível nacional. Estabeleceu-se a dimensão regional da amostra partindo-se de uma divisão geográfica consolidada que combina os três níveis da nomenclatura das unidades territoriais (NUT). O cálculo baseou-se numa estimativa da taxa de ocorrência estimada para a PTSD. Assim, assumindo uma taxa de ocorrência estimada de cerca de 7% (Kessler R *et al.*, 1995; Breslau N *et al.*, 1998) e considerando um intervalo de confiança com um erro de 1%, para um nível de confiança de 95%, seriam necessários 2 250 indivíduos. Dado que os valores considerados são baseados em estimativas referentes a outros países, decidiu-se aumentar a amostra em 10%. Assim, a dimensão global da amostra prevista foi de 2 500 indivíduos.

Após a selecção dos locais (Concelhos) onde se realizou o estudo, foram contactadas, em cada local: Escola Básica/Secundária; Corporação de Bombeiros; Câmara Municipal e Centro de Dia/ Lar de Idosos, no sentido de serem seleccionados 1 750 indivíduos voluntários para participação no estudo. Além dos indivíduos inquiridos em cada uma das entidades acima referidas, foram realizados inquéritos *de rua* (n=750), de modo a aumentar a representatividade da população em estudo.

A recolha de informação decorreu no período de Março a Maio de 2002, tendo-se realizado inicialmente uma fase piloto (n=53) de modo a aferir os parâmetros em estudo bem como a adequada implementação do questionário elaborado. A equipa de inquiridores foi devidamente formada por um médico psiquiatra e uma psicóloga clínica.

### Avaliações

Os critérios utilizados para classificar os indivíduos como tendo PTSD relacionam a existência de acontecimentos traumáticos com a sintomatologia a estes associada, bem como a sua repercussão na vida diária do indivíduo.

Aos indivíduos que deram oralmente o seu consentimento informado, para participação no estudo, foi aplicado um inquérito subdividido em três partes distintas. Na Parte I, caracterizaram-se os indivíduos bio-demográfica e socialmente e foram identificadas as causas que pudessem originar PTSD, através do preenchimento da lista de situações traumáticas, pedindo ao entrevistado que indicasse as piores. A Parte II, só foi efectuada pelos

indivíduos que identificaram, anteriormente, alguma situação que pudesse ter originado PTSD. Esta fase visou a caracterização de sete sintomas associados à PTSD com base na Escala Abreviada de Sintomas (Breslau et al, 1999). Por último, a Parte III, o impacto dos sintomas, (introduzido depois da fase piloto) só foi preenchida pelos indivíduos que tivessem respondido afirmativamente, a pelo menos quatro perguntas, na Parte II.

A taxa de ocorrência de PTSD foi determinada de acordo com as respostas afirmativas a quatro ou mais questões na Parte II do questionário e a três respostas positivas nas questões sobre o impacto da situação na vida diária do indivíduo (Parte III do questionário).

### Análise dos resultados

Com este modelo de observação estimou-se a provável taxa de ocorrência de PTSD na população adulta portuguesa. Foi realizada uma análise descritiva dos casos identificados, contextualizando os resultados obtidos numa perspectiva regional e sócio-demográfica, bem como a determinação de associações entre os grupos de variáveis em análise, nomeadamente entre a presença de PTSD e sintomatologia associada e as variáveis sócio-demográficas e regionais.

Para as variáveis discretas foram calculadas tabelas de distribuição de frequências. Para as variáveis contínuas foram determinadas a média, desvio padrão, valores máximos e mínimos e coeficiente de variação.

Todos os cálculos e testes de associação entre variáveis ou grupos de indivíduos foram executados para um limiar de significância de 5%. Foram aplicadas análises de correlação de Pearson e teste qui-quadrado, de acordo com cada situação em análise.

## RESULTADOS GLOBAIS

Este estudo incluiu 2 606 indivíduos. A distribuição real dos indivíduos, por região, aproximou-se da construída *a priori* para o delineamento da amostra. A distribuição dos indivíduos por sexo foi equitativa, sendo (53,3%) indivíduos do sexo masculino. A média de idades dos indivíduos em análise foi de 43 anos±16,8 anos (mediana=41 anos). A idade dos inquiridos variou entre os 18 e os 99 anos. Em média, os indivíduos do sexo feminino apresentaram idades ligeiramente inferiores (41±15,9 anos) às dos indivíduos do sexo masculino (44±17,3 anos), (p<0,001). Na amostra inquirida, 73,2% dos indivíduos eram profissionalmente activos, 1,7% estavam desempregados, 11,7% eram reformados, 9,3% eram estudantes e 3,7% domésticas(os). No total de inquiridos activos, verificou-se que 43,1% trabalhavam na administração ou serviços,



15,5% eram técnicos superiores e 14,3% tinham actividades relacionadas com o comércio ou vendas. No grupo dos reformados as profissões mais prevalentes foram as relacionadas com administração ou serviços (24,2%) e com a indústria e construção civil (22,5%). Aproximadamente 2% dos inquiridos não possuíam qualquer nível de escolaridade. Por outro lado, o nível de escolaridade com maior representação foi o ensino secundário incompleto, correspondendo a 37,1% do total da amostra. Verificou-se ainda que a maioria dos inquiridos eram casados (56,2%).

### Taxa de ocorrência de PTSD

A taxa de ocorrência de PTSD para a totalidade da vida foi de 7,87% (205 indivíduos em 2606), IC a 95% de 7,00% a 8,74%, e a taxa de ocorrência de PTSD presente na data de resposta do questionário foi de 5,3% (139 indivíduos em 2606), (IC a 95%, de 4,6% a 6,0%).

A análise dos resultados pode subdividir-se em três partes distintas.

Na Parte I foram definidas diferentes situações traumáticas. A situação traumática referida por um maior número de inquiridos foi a *Morte violenta de familiar ou amigo* (29,3%), seguindo-se *Roubado ou assaltado* (22,7%) e *Testemunha de acidente grave ou morte* (22,2%). Cento e noventa e dois indivíduos (7,4%) estiveram directamente envolvidos em situação de *Combate/guerra*.

Na Parte II do inquérito os sintomas mais referidos pelos inquiridos foram *Evitava recordar-se dessa experiência afastando-se de certos locais, pessoas ou actividades?* (39,1%), *Após essa experiência, notou mais dificuldades do que antes em adormecer ou manter o sono?* (41,9%) e *Tornou-se mais nervoso ou mais facilmente assustado por barulhos ou movimentos?* (48,4%).

Analisando os resultados obtidos nas questões referentes à sintomatologia e classificando como potenciais situações de PTSD os indivíduos que apresentam quatro respostas positivas relativamente a um determinado acontecimento traumático, concluiu-se que deste grupo faziam parte 508 indivíduos, correspondendo a 19,5% (IC a 95% entre 18,2% e 20,8%) da amostra total.

A Parte III do inquérito foi respondida por 508 indivíduos, correspondendo a 661 situações traumáticas. Em cerca de 50% das situações traumáticas, com quatro ou mais sintomas associados, os indivíduos consultaram um profissional de saúde e em mais de 54% das situações os sintomas motivaram a toma de medicamentos.

Globalmente, cerca de 80% das situações traumáticas com sintomatologia (quatro ou mais sintomas) associada foram consideradas, pelos próprios, como interferindo *muito* ou *alguma coisa* com as suas actividades diárias.

Através da análise dos resultados concluiu-se que 205 indivíduos apresentam PTSD. Dos indivíduos classificados como tendo PTSD, 67,8% apresentam esta patologia no momento em que foi realizado o questionário.

Relativamente ao total de inquiridos pode concluir-se que a prevalência de PTSD, na data da recolha de informação, era de 5,3% (139 indivíduos em 2606), (IC a 95% de 4,6% a 6,0%).

### Caracterização dos indivíduos com PTSD

Verificou-se uma clara predominância desta patologia no sexo feminino (67%). A diferença entre sexos foi estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). A média etária dos indivíduos caracterizados como tendo PTSD foi de  $48,38 \pm 15,07$  anos. A média etária dos indivíduos sem PTSD foi inferior ( $42,23 \pm 16,86$  anos,  $p < 0,001$ ). As classes etárias em que se verificou maior predominância de casos de PTSD foram as compreendidas entre os 46 e os 65 anos (cerca de 44% dos casos). A diferença na ocorrência de PTSD entre classes etárias mostrou-se estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

A análise do cruzamento entre idades e sexo mostrou que a maior taxa de ocorrência de PTSD, ocorreu entre os 56 e os 65 anos (26,9%), para o sexo masculino, e entre os 46 e os 55 anos (26,8%), para o sexo feminino. Verificou-se que a taxa de ocorrência de PTSD foi superior nos indivíduos divorciados e nos viúvos.

A taxa de ocorrência de PTSD em função da actividade profissional, mostrou que esta patologia predomina nas domésticas e nos desempregados. Nos indivíduos com actividade profissional activa a taxa de ocorrência de PTSD foi de 7,2%, predominando no grupo de trabalhadores não especializados. A taxa de ocorrência de PTSD segundo o nível de escolaridade mostra valores superiores apenas na classe correspondente ao primeiro ciclo incompleto.

### Caracterização das situações que causaram PTSD

No Quadro I estão representadas, de um modo global, as situações que poderão ter causado acontecimentos traumáticos passíveis de originar PTSD. A situação que mais contribuiu para o total de casos de PTSD foi *Morte violenta de familiar ou amigo*.

Analisando as frequências relativas de cada uma das situações, concluiu-se que as situações que causaram PTSD em maior proporção de casos foram: *Violação* (23,1%), *Abuso sexual antes dos 18 anos* (21,7%), *Morte violenta de familiar ou amigo* (12,3%) e *Combate/guerra* (10,9%).

Verificou-se que, no total da amostra, 1 134 indivíduos estiveram confrontados com mais do que uma situação

Quadro I – Acontecimentos traumáticos que causaram PTSD

Alguma vez se viu confrontado com alguma das seguintes situações?	Acontecimentos traumáticos que provocaram PTSD n (%)	Total n (%)
Roubado ou assaltado	14 (2,4)	591 (100,0)
Ataque físico	23 (9,3)	246 (100,0)
Ameaça com arma	12 (5,5)	218 (100,0)
Incêndio	2 (0,5)	436 (100,0)
Acidente grave de viação	28 (5,6)	499 (100,0)
Testemunha de acidente grave ou morte	22 (3,8)	578 (100,0)
Morte violenta de familiar ou amigo	94 (12,3)	764 (100,0)
Catástrofe natural	5 (1,4)	369 (100,0)
Combate/guerra	21 (10,9)	192 (100,0)
Abuso sexual antes dos 18 anos	5 (21,7)	23 (100,0)
Violação	3 (23,1)	13 (100,0)
Outros	43 (19,5)	220 (100,0)

traumática. Destes, 13,8% (n=156) foram classificados como tendo PTSD.

A taxa de ocorrência de PTSD ao longo da vida por situação de guerra (combate) foi de 0,8% (IC a 95% de 0,5% a 1,1%) face ao total da amostra e de 10,9% (IC a 95% de 7,2% a 14,6%) relativamente aos indivíduos expostos a esta situação. Globalmente, 257 situações (205 indivíduos) foram causa de PTSD. Destas, 31,5% estavam relacionadas com a presença de todos os sintomas avaliados.

A análise do Quadro II mostra que os sintomas mais frequentes, e presentes na quase totalidade das situações,

Quadro II - Sintomatologia associada a situações que causaram PTSD (n=257)

Sintomatologia	n (%)
Evitava recordar-se dessa experiência afastando-se de certos locais, pessoas ou actividades?	225 (87,5)
Perdeu interesse por actividades que antes tinham sido importantes ou agradáveis?	197 (76,7)
Começou a sentir-se mais isolado ou distanciado em relação às outras pessoas?	206 (80,2)
Sofreu maior dificuldade em sentir amor ou afecto, em relação às outras pessoas?	157 (61,1)
Começou a sentir que não valia a pena planear o futuro?	152 (59,1)
Após essa experiência, notou mais dificuldades do que antes em adormecer ou manter o sono?	246 (95,7)
Tornou-se mais nervoso ou mais facilmente assustado por barulhos ou movimentos?	242 (94,2)
Os sintomas identificados encontram-se presentes neste momento?	174 (67,7)

foram alterações do sono e irritabilidade (presentes em 95,7% e 94,2% dos casos, respectivamente). Dos sintomas acima referidos, 67,7% encontravam-se presentes à data de resposta ao inquérito.

A análise de correlação efectuada para estabelecer quais os sintomas que se relacionam, mostrou que o *Isolamento* se relaciona directamente com a *Dificuldade em sentir amor ou afecto* ( $r=0,385$ ,  $p<0,001$ ). Por sua vez, a *Dificuldade em sentir amor ou afecto* relaciona-se directamente com *Sentir que não vale a pena planear o futuro* ( $r=0,198$ ,  $p<0,001$ ). Salienta-se ainda que, os dois sintomas mais prevalentes, alterações do sono e irritabilidade, também se associam entre si ( $r=0,152$ ,  $p<0,001$ ).

No Quadro III resume-se a sintomatologia referida em cada tipo de situação traumática. As percentagens dizem respeito ao número de situações traumáticas que suscitaram um dado sintoma, relativamente ao total de ocorrência dessa situação traumática.

No que se relaciona com o impacto dos sintomas associados às situações que causaram PTSD, na vida diária dos inquiridos, cerca de 74% das situações foram consideradas como tendo interferido *Muito* e 25,7% como tendo interferido *Alguma coisa*, com as actividades diárias e relações do dia-a-dia dos inquiridos.

No Quadro IV encontra-se resumida a distribuição de cada situação traumática, por sexo, no total da amostra e nos indivíduos com PTSD. Apresenta-se também a distribuição das situações traumáticas relativamente ao total de indivíduos expostos a essa situação.

As situações traumáticas *Ataque físico*, *Testemunha de acidente grave ou morte*, *Morte violenta de familiar ou amigo* e *Catástrofe natural* apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos ( $p<0,001$ , nos três primeiros casos e  $p<0,05$ , no último).

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### Revisão bibliográfica

Procedemos primeiro a uma revisão bibliográfica para em seguida discutir os nossos resultados à luz das conclusões desta revisão.

Os primeiros estudos de prevalência na comunidade foram feitos nos EUA no final da década de 80 (Helzer *et al*, 87 e Davidson *et al*, 91), encontrando taxas de prevalência ao longo da vida, de 1% e 1,3% respectivamente, utilizando critérios operacionalizados do DSM-III. Dois estudos posteriores, utilizando critérios operacionalizados do DSM-III-R (1987), apresentaram taxas de prevalência ao longo da vida mais elevadas, nomeadamente 12,3% (para as mulheres) e 6% (para os homens), (Breslau *et al*, 91).

Segundo Kessler (1995), existem vários factores que podem explicar estas prevalências mais elevadas, como diferenças nos critérios de diagnóstico, nos procedimentos de avaliação e outras características das amostras, como

Quadro III - Sintomatologia associada a cada uma das situações que causaram PTSD

Alguma vez se viu confrontado com alguma das seguintes situações?	Evitava recordar-se dessa experiência afastando-se de certos locais, pessoas ou actividades?	Perdeu interesse por actividades que antes tinham sido importantes ou agradáveis?	Começou a sentir-se mais isolado ou distanciado em relação às outras pessoas?	Sofreu maior dificuldade em sentir amor ou afecto, em relação às outras pessoas?	Começou a sentir que não valia a pena planear o futuro?	Após essa experiência, notou mais dificuldades do que antes em adormecer ou manter o sono?	Tornou-se mais nervoso ou mais facilmente assustado por barulhos ou movimentos?
	n situações (%)	n situações (%)	n situações (%)	n situações (%)	n situações (%)	n situações (%)	n situações (%)
Roubado ou assaltado	13 (92,9)	12 (85,7)	9 (64,3)	8 (57,1)	7 (50,0)	14 (100,0)	13 (92,9)
Ataque físico	21 (91,3)	22 (95,7)	20 (87,0)	16 (69,6)	15 (65,2)	21 (91,3)	21 (91,3)
Ameaça com arma	12 (100,0)	7 (58,3)	10 (83,3)	8 (66,7)	6 (50,0)	12 (100,0)	12 (100,0)
Incêndio	2 (100,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
Acidente grave de viação	26 (92,8)	19 (67,8)	15 (53,5)	12 (42,8)	16 (57,1)	26 (92,8)	28 (100,0)
Testemunha de acidente grave ou morte	19 (86,4)	15 (68,2)	14 (63,6)	7 (31,8)	15 (68,2)	15 (68,2)	22 (100,0)
Morte violenta de familiar ou amigo	80 (85,1)	72 (76,6)	85 (90,4)	61 (64,9)	55 (58,5)	93 (98,9)	89 (94,6)
Catástrofe natural	4 (80,0)	5 (100,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (100,0)	5 (100,0)
Combate	18 (85,7)	16 (76,2)	18 (85,7)	13 (61,9)	12 (57,1)	21 (100,0)	20 (95,2)
Abuso sexual antes dos 18 anos	5 (100,0)	3 (60,0)	5 (100,0)	4 (80,0)	4 (80,0)	5 (100,0)	4 (80,0)
Violação	3 (100,0)	1 (33,3)	2 (66,6)	3 (100,0)	3 (100,0)	3 (100,0)	3 (100,0)
Outros	35 (81,4)	35 (81,4)	37 (86,0)	30 (69,7)	28 (65,1)	39 (90,7)	39 (90,7)

Quadro IV – Distribuição das situações traumáticas por sexo

Situação traumática	Masculino			Feminino		
	n(%) no total amostra	n(%) com PTSD	n(%) PTSD/total exposto	n(%) no total amostra	n(%) com PTSD	n(%) PTSD/total exposto
Roubado ou assaltado	327 (23,6)	4 (6,0)	4 (1,2)	263 (21,7)	10 (7,2)	10 (3,8)
Ataque físico*	154 (11,1)	5 (7,5)	5 (3,2)	91 (7,5)	18 (13,0)	18 (19,8)
Ameaça com arma	163 (11,8)	7 (10,4)	7 (4,3)	54 (4,4)	5 (3,6)	5 (9,3)
Incêndio	315 (22,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	118 (9,7)	2 (1,4)	2 (1,7)
Acidente grave de viação	335 (24,2)	14 (20,9)	14 (4,2)	163 (13,4)	14 (10,1)	14 (8,6)
Testemunha de acidente grave ou morte*	362 (26,1)	3 (4,5)	3 (0,8)	216 (17,8)	19 (13,8)	19 (8,8)
Morte violenta de familiar ou amigo*	363 (26,2)	26 (38,8)	26 (7,2)	400 (32,9)	68 (49,3)	68(17,0)
Catástrofe natural**	213 (15,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	156 (12,9)	5 (3,6)	5 (3,2)
Combate/guerra*	161 (11,6)	16 (23,9)	16 (9,9)	31 (2,6)	5 (3,6)	5 (16,1)
Abuso sexual antes dos 18 anos*	3 (0,2)	1 (1,5)	1 (33,3)	20 (1,6)	4 (2,9)	4 (20,0)
Violação*	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (1,1)	3 (2,2)	3 (23,1)
Outros	60 (4,3)	14 (20,9)	14(23,3)	155 (12,8)	29 (21,0)	29 (18,7)
Qualquer trauma*	288 (20,8)	67 (4,8)	67(23,3)	345 (28,4)	138 (11,4)	138 (40,0)
<b>Total casos</b>	<b>1387</b>	<b>67</b>		<b>1214</b>	<b>138</b>	

§ o nº total de indivíduos (n=2606) é diferente quando discriminado por sexo (n=2601) uma vez que 5 indivíduos não responderam a esta questão.

\* p<0,001 \*\*p<0,05 \* não se verificaram diferenças estatisticamente significativas possivelmente devido à diferença existente na dimensão de cada um dos grupos

por exemplo o anonimato das entrevistas e a idade dos entrevistados. Devido a estas diferenças, é difícil fazer comparações rigorosas entre resultados. No seu estudo epidemiológico com 5 877 indivíduos, entre os 15 e os 54 anos, utilizando critérios operacionalizados do DSM-III-R, a prevalência de PTSD ao longo da vida foi de 7,8%, mais elevada nas mulheres (10,4%) que nos homens (5%), sendo os traumas mais comumente associados com PTSD, a

*Exposição ao combate* nos homens (38,8%) e a *Violação* (45,9%) e o *Abuso físico* (48,5%) nas mulheres. Confirmou também a maior prevalência nos previamente casados (separados, divorciados e viúvos) do que nos casados e que mais homens (60%) do que mulheres (51%) declararam pelo menos uma situação traumática. Apontou ainda para a severa comorbilidade com outras perturbações mentais e o seu curso crónico em cerca de um em cada três casos de

PTSD. Chamou-se assim a atenção para o facto de que a prevalência encontrada é maior do que previamente se pensava e o seu curso é com frequência persistente.

Outro estudo (Solomon, 1997), estima que aproximadamente um terço da população estará exposta a um trauma *severo*, durante a vida e como se calcula que entre 10% a 20% irão desenvolver PTSD, a estimativa para a população geral oscilará entre os 3% e os 6% (Zohar, 1998), ainda que muitos não sejam diagnosticados e consequentemente não sejam tratados.

Morris (1992), encontrou dois terços dos inquiridos que tinham experimentado pelo menos um em dez traumas da sua lista, ao longo da vida e que pelo menos um em cinco dos expostos o tinha sido no último ano.

No que respeita ao *Assalto sexual* estes dados são consistentes com os encontrados em estudos prévios, revistos por Mareh (1992) e por Kilpatrick (1992). No entanto, outros estudos como os de Finkelhor *et al*, 1990 e Resnick *et al*, 1993, apontam para taxas mais elevadas para o *Assalto sexual* do que para qualquer outra situação traumática.

A literatura também descreve a *PTSD complexa* na qual a severidade dos sintomas surge em paralelo com o grau de abuso infantil (Dickinson, 1998). Este tema tem vindo a ser cada vez mais objecto de estudo (Butterfield *et al*, 2002), pois além dos sintomas nucleares da PTSD, aparecem sintomas somáticos, dissociativos e de grave instabilidade afectiva, tornando estas pessoas mais vulneráveis a serem vítimas de novos traumas ou de auto-mutilação. A sua importância foi sublinhada pela sua escolha como tema central do último Congresso Internacional de Stress Traumático, realizado em Baltimore, em 2002, e pelos que advogam um novo diagnóstico para a *PTSD complexa* ou *Perturbação de Stress Extremo não especificada* (DESNOS).

As consequências imediatas da violação, são as de que 95% das vítimas desenvolvem PTSD (mais nos homens do que nas mulheres), e que três meses após a violação, cerca de 50% mantêm os critérios de diagnóstico (Foa, Riggs, 1995). Também alguns estudos farmacológicos recentes (Brady *et al*, 2000), com a sertralina, encontraram o *Assalto sexual* nas mulheres como um dos traumas mais frequentes no desenvolvimento de PTSD.

Como o DSM-IV aumentou o número de experiências traumáticas que podem determinar a PTSD (como por exemplo a morte súbita de um familiar ou amigo íntimo), Breslau *et al*, (1998), foram os primeiros, e tanto quanto é do nosso conhecimento os únicos até agora, a publicarem resultados de um estudo epidemiológico comunitário que avaliou a exposição ao trauma utilizando os critérios do DSM-IV e encontraram quase 90% dos inquiridos a referirem exposição a pelo menos uma situação traumática. De acordo com os seus resultados, 37,7% dos inquiridos tinham experimentado violência traumática (violação, tortura ou

combate), 59,8% tinham experimentado outros traumas acidentais (acidentes, desastres naturais ou testemunho de situações traumáticas), 60% experimentaram a morte súbita de um familiar ou amigo íntimo, 62,4% viveram a experiência traumática sofrida por uma pessoa amada (por ex. violação de filha, acidente grave de viação).

Breslau afirma ainda que o maior risco de desenvolvimento de PTSD, na vida civil, está associado com a violação (48%), seguindo-se o ser assaltado com gravidade (31,9%) e outros tipos de assalto sexual (23,7%). No seu estudo, 20% de uma amostra heterogénea de vítimas de crimes violentos desenvolveram PTSD, o que não difere muito do que mostraram estudos feitos noutros países desenvolvidos. Por exemplo, Shalev *et al* (1998), verificou em Israel que 29,9% de uma amostra heterogénea de vítimas de crimes, desenvolveram PTSD. Na República da Irlanda, Conlon *et al* (1999), verificou que 9% das vítimas de acidentes de viação posteriormente desenvolvem PTSD, o que corresponde ao risco de 7,5 de PTSD encontrado entre as vítimas de acidentes nos EUA (Kessler *et al*, 1995).

Kessler (2000) sugere que o risco de desenvolver PTSD é maior nos países menos desenvolvidos, bem como nos cerca de 100 países actualmente envolvidos em violência de raiz política, étnica ou religiosa, onde uma larga proporção da população foi exposta a actos de terror, assalto sexual, tortura, guerra e deslocação forçada, como são exemplos actuais a Bósnia e o Iraque e, mais significativos para nós a Guiné, Angola, Moçambique e Timor.

Não havendo estudos epidemiológicos nesses países, é difícil avaliar a verdadeira dimensão do problema, ainda que estudos com refugiados (Mollica *et al*, 1987, Weine *et al*, 1995 e Thabet, 1999) mostrem que, por exemplo, 65% dos refugiados bósnios nos EUA e 72,8% das crianças palestinianas expostas à guerra, sofrem de PTSD. Mais perto de nós, os estudos pioneiros de Ventura e McIntyre (1997), com adolescentes angolanos refugiados de guerra e de Ratilal (1997), com crianças moçambicanas vítimas da guerra civil, apontam ambos para a dramática traumatização sofrida por vastas populações de África, vítimas da miséria e da guerra, e para a extrema penúria de meios que os nossos colegas africanos têm de suportar.

O impacto social destas perturbações emocionais é certamente enorme, até ao nível da própria capacidade produtiva dos cidadãos, sendo que o processo de cura se vai prolongar por gerações.

Alguns estudos (por ex. Stein *et al*, 1997), têm vindo a chamar a atenção para a importância relativa, de acordo com o DSM-IV, do diagnóstico de *PTSD complexa* (todos os sintomas) e *parcial* (menos sintomas do que os requeridos), sendo a prevalência da *complexa* maior nos homens do que nas mulheres. De realçar que esses estudos mostram que mesmo a *parcial* provoca um impacto considerável nos seus portadores (ainda que menos que a *complexa*), nomeadamente por interferência com o



funcionamento familiar e social.

A exposição prévia a outros traumas, especialmente na infância, pode aumentar o impacto de traumas subsequentes e aumentar o risco de desenvolver PTSD (Kulka *et al*, 1990 e Breslau *et al*, 1999).

Está a decorrer o maior estudo até agora realizado na União Europeia sobre a epidemiologia das perturbações mentais (ESEMD, 00), apoiado pela Comissão Europeia e pela OMS, incluindo seis países europeus (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda e Espanha). Foram apresentados recentemente (ECNP *Meeting*, Barcelona, 2002) alguns resultados preliminares que apontam para uma prevalência global das perturbações de ansiedade, no momento do estudo, de 7,4% (incluindo a PTSD). Porém, 16% dos entrevistados afirmaram ter sofrido alguma perturbação de ansiedade pelo menos uma vez ao longo da vida, que lhes provocou em média uma perda de 8,4 dias de trabalho por mês, enquanto os doentes com diabetes (sem comorbilidade psiquiátrica) perdiam 5,4 dias por mês, sendo os doentes com PTSD e com Perturbação de Pânico, os que perdiam mais dias por mês (respectivamente 10,5 e 12,5). Não existem ainda resultados definitivos deste estudo na altura da redacção deste trabalho.

O estudo de Davidson *et al* (1991), numa comunidade americana, mostrou que a PTSD estava associada a uma maior comorbilidade psiquiátrica, tentativas de suicídio, maior frequência de asma brônquica, hipertensão, úlcera péptica e deficiente apoio social (por exemplo os doentes com PTSD tinham 15 vezes mais tentativas de suicídio que o grupo sem PTSD).

Para finalizar esta revisão bibliográfica, propomos as seguintes conclusões:

**A.** Apesar dos estudos revistos sofrerem algumas limitações metodológicas, demonstram assim mesmo que a PTSD é uma doença que ocorre com frequência nos países desenvolvidos e ainda mais naqueles menos desenvolvidos, afectando em média um em doze indivíduos, com as mulheres a terem um maior risco, em especial no final da adolescência e início da adultícia, ainda que os homens sofram mais acontecimentos traumáticos;

**B.** A sua duração é com frequência prolongada, até vários anos (Breslau, 2001), apresentando recorrências relacionadas com a exposição a novos traumas e causando um impacto pessoal, familiar, laboral e social, comparável, se não superior, às outras perturbações mentais (Kessler, 2000), nomeadamente por diminuição do potencial de realização pessoal em termos de educação, casamento, emprego e actividades do dia-a-dia;

**C.** Contudo, apenas uma percentagem dos expostos ao trauma irão desenvolver PTSD, entre 9% a 65% (Hidalgo

e Davidson, 2000), dependendo em primeiro lugar dos factores intrínsecos à natureza da situação traumática (severidade, duração e proximidade) e secundariamente dos factores adicionais de risco ou de protecção, (biogénéticos, consumo de tóxicos, história prévia pessoal e familiar, personalidade, treino específico, ambiente sócio-familiar, económico e cultural);

**D.** Indivíduos expostos ao combate ou vítimas de violência sexual podem apresentar ainda mais perturbações psicológicas e da sua saúde em geral e também de curso mais prolongado, exigindo assim mais cuidados por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente da clínica geral (Hidalgo e Davidson, 2000), pois muitos destes doentes preferem essa ajuda à dos sistemas de saúde mental;

**E.** Esta população apresenta um índice elevado de psicopatologia com fortes custos sociais, pelo que se justifica uma atitude pró-activa, tanto por razões do seu sofrimento, como por razões de custo, na sua detecção precoce e no seu tratamento eficaz, antes da sua chegada usualmente tardia aos sistemas de saúde e de assistência social;

**F.** Um dos desafios que os estudos epidemiológicos em Psiquiatria têm de enfrentar é o do *significado clínico* do diagnóstico da perturbação mental em estudo, como de resto vem referenciado nos critérios de diagnóstico da PTSD, do DSM-IV (alínea F - *a perturbação causa sofrimento significativo ou incapacidade no funcionamento nas áreas social, ocupacional ou outras*). Como definir ou operacionalizar o conceito de *significado clínico* num estudo epidemiológico como este?

Para este efeito e como já referido, colocamos no nosso inquérito (Parte III) perguntas estruturadas (Narrow *et al*, 2002), para serem respondidas só por aqueles que tinham respondido afirmativamente na Parte I e na Parte II.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Para determinar o valor da taxa de ocorrência de PTSD considerou-se uma amostra representativa da população portuguesa, de acordo com amostras regionais definidas com base na população residente, com idade igual ou superior a 18 anos (INE, Censos 2001). A selecção dos concelhos em cada uma das regiões, ocorreu em número proporcional à dimensão regional da amostra. Os critérios de selecção dos concelhos implicaram o conhecimento empírico do território nacional e os valores do índice de envelhecimento da população e da densidade demográfica, indicadores que resumem bem as principais clivagens intra-regionais.

Os critérios utilizados para classificar os indivíduos como tendo PTSD, operacionalizados a partir do DSM-IV,

relacionam a existência de acontecimentos traumáticos com a sintomatologia a estes associada, bem como a sua repercussão na vida diária do indivíduo.

A taxa de ocorrência de PTSD foi determinada de acordo com as respostas afirmativas às perguntas de sintomatologia (quatro ou mais respostas afirmativas na Parte II do inquérito) conjuntamente com três respostas positivas nas questões sobre o impacto da situação na vida diária do indivíduo (Parte III do inquérito).

1. Deste modo, segundo os dados deste estudo, a taxa provável de ocorrência de PTSD, em Portugal ao longo da vida, é de 7,87%. A extrapolação destes valores em número de casos, na população portuguesa com mais de 18 anos, traduz-se em 653 945 casos. A percentagem da população adulta portuguesa que foi exposta a pelo menos uma situação traumática foi de 75,7%, e a mais do que uma situação traumática foi de 43,5%. À data da recolha de informação, a prevalência de PTSD foi de 5,3%, correspondendo esta a 440 395 casos. Estes resultados, ainda que possam parecer surpreendentes, são da mesma ordem de grandeza de ocorrência de PTSD ao longo da vida, na população adulta de países desenvolvidos (uma em cada doze pessoas) e a sua duração é com frequência prolongada (5,3% mantinha os critérios de diagnóstico à data da entrevista).

2. Relativamente à taxa de ocorrência de PTSD por situação de combate/guerra (0,8%) verificou-se ter ocorrido em 66 475 casos, por extrapolação, em número de casos, para a população portuguesa com mais de 18 anos, enquanto a prevalência à data da resposta a este estudo, foi de 0,7%, correspondendo a 58 165 casos. De notar que 11,6% do total da amostra eram homens que estiveram expostos ao combate/guerra. Estes resultados vêm confirmar que a exposição ao combate/guerra é das situações traumáticas que mais perturbações psicológicas e de saúde em geral pode desencadear, seguindo com muita frequência um curso crónico e atingindo um grupo numeroso de ex-combatentes, superior à estimativa de 40 000, feita por um dos autores (Albuquerque et al, 1992). De realçar que só 10,9% dos envolvidos em situações de combate/guerra desenvolvem PTSD, o que é inferior ao verificado em estudos de outras guerras (por ex. Vietname).

3. A situação traumática referida por um maior número de inquiridos foi a *Morte violenta de familiar ou amigo* (29,3%), seguindo-se *Roubado ou assaltado* (22,7%) e *Testemunha de acidente grave ou morte* (22,2%). Se compararmos estes resultados com os referidos por Breslau et al, (1998), o único outro estudo operacionalizado a partir do DSM-IV, feito nos EUA, constatamos que os nossos resultados são de grandeza comparável, ainda que se possa

verificar uma menor exposição ou testemunho de crimes violentos (assalto com arma, violação, abuso sexual infantil) do que na população americana. Mesmo assim, as percentagens de vítimas ou testemunhas de crimes são mais elevadas do que seria de esperar para os nossos *brandos costumes*. De referir ainda termos um dos mais elevados índices de acidentes rodoviários da Europa, com cerca de 10 000 mortos (1995-99) tantos em cinco anos como em toda a guerra colonial dos quais cerca de 500 com menos de 14 anos (DGV-03) e, um elevado índice de violência doméstica (cerca de 12 000 ocorrências participadas só em 2000 CIDN-2002).

4. Relativamente aos indivíduos classificados como tendo PTSD, registou-se uma clara predominância desta patologia no sexo feminino ( $p < 0,001$ ), com taxas de 11,4% para as mulheres e de 9,8% para os homens, nas classes etárias dos 46 aos 65 anos (cerca de 44% dos casos) ( $p < 0,001$ ) e nos indivíduos viúvos ou divorciados. A taxa de ocorrência de PTSD em função da actividade profissional, mostrou que esta patologia predomina nas domésticas(os) e nos desempregados. Nos indivíduos com actividade profissional activa a taxa de ocorrência de PTSD foi de 7,2%, predominando no grupo de trabalhadores não especializados. Estes resultados são comparáveis aos dos estudos consultados. A diferença de duas mulheres para cada homem com PTSD, contrasta com o número superior de homens (1 387 para 1 214), confrontados com situações traumáticas.

5. Considerando a totalidade de acontecimentos traumáticos que foram causa de PTSD, verifica-se que a situação que mais contribuiu para o total de casos foi *Morte violenta de familiar ou amigo*. Esta situação traumática não se considera no DSM-III, pelo que nos parece que a sua inclusão no DSM-IV, de acordo com estes resultados, se justifica plenamente, tanto mais que 12,3% deste grupo desenvolveram PTSD.

6. Analisando a frequência relativa com que cada uma das situações foi causa de PTSD concluiu-se que as situações que provocaram PTSD em maior proporção de casos foram *Violação* (23,1%), *Abuso sexual antes dos 18 anos* (21,7%), *Morte violenta de familiar ou amigo* (12,3%) e *Combate/guerra* (10,9%). Estes resultados assemelham-se a outros obtidos noutros estudos e conferem às vítimas de violência ou às suas testemunhas o primeiro lugar de risco de desenvolvimento de PTSD. Com excepção do combate, as mulheres são as vítimas mais frequentes tanto de violência como de abuso sexual infantil.

7. Globalmente, 257 situações (205 indivíduos) foram causa de PTSD. Os sintomas mais frequentes, e presentes na quase totalidade das situações, foram alterações do sono

e irritabilidade (presentes em 95,7% e 94,2% dos casos, respectivamente). Cerca de 68% dos sintomas encontravam-se presentes à data de resposta ao questionário. Estes resultados sugerem a existência de casos em que não tendo sido feito o diagnóstico de PTSD *complexa*, poderiam contudo ser classificados como PTSD *parcial*. Como sugerido por Stein *et al* (1997), estes doentes com PTSD *parcial* exibem incapacidade funcional significativa.

8. Uma vez que o impacto dos sintomas associados às situações que causaram PTSD, na vida diária dos inquiridos, foi critério determinante na avaliação de PTSD, apenas se verificaram diferenças no que diz respeito à intensidade com que interferiram nas actividades e relações do dia-a-dia dos indivíduos com PTSD. Cerca de 74% das situações foram consideradas como tendo interferido *muito* com as actividades diárias dos inquiridos. A introdução de critérios de significado clínico para a avaliação do diagnóstico de PTSD, o que não é usual na maioria dos estudos epidemiológicos em psiquiatria, veio aumentar a validade diagnóstica dos resultados e apontar para a necessidade de tratamento para esta população.

9. Relativamente à distribuição de cada situação traumática, por sexo, verificou-se que as situações traumáticas *Ataque físico*, *Testemunha de acidente grave ou morte*, *Morte violenta de familiar ou amigo* e *Catástrofe natural* apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos (com  $p < 0,001$ , nos três primeiros casos e  $p < 0,05$ , no último).

Como seria de esperar, estes dados apontam para uma maior vulnerabilidade feminina para o desenvolvimento de PTSD, pelo menos perante situações traumáticas que envolvam violência inter-pessoal, como verificado na generalidade dos estudos revistos, ainda que no nosso caso houve como única excepção a violência interpessoal a situação *Catástrofe natural*.

## COMENTÁRIOS FINAIS

No seu conjunto, os resultados deste estudo assemelham-se aos encontrados em estudos epidemiológicos realizados noutros países desenvolvidos.

As limitações deste estudo são de vária ordem:

**A.** Um potencial enfiamento da amostra, dado que foi muito superior a percentagem de recusas nas entrevistas de rua do que nas entrevistas em instituições;

**B.** As entrevistas foram realizadas por profissionais não clínicos, ainda que tenham recebido formação específica e supervisão por um médico psiquiatra e por uma psicóloga clínica, com extensa experiência nesta área. Assim os nossos resultados em relação à ocorrência de

PTSD devem ser considerados como indicativos de PTSD e não como diagnóstico de doença que só poderá ser feito através de entrevistas clínicas padronizadas;

**C.** Torna-se necessária a confirmação destes resultados em relação à população portuguesa, nomeadamente através de estudos que incluam crianças e populações específicas (por exemplo militares, bombeiros, polícias, toxicodependentes, sem abrigo). Estudos longitudinais podem ajudar a clarificar as características do curso da doença e a eventual necessidade de Serviços de Saúde Mental e de Reabilitação mais especializados (como já previsto para os ex-combatentes com a criação da Rede Nacional de Apoio, pela Lei 46/99).

Como várias outras doenças mentais, a PTSD é com frequência não diagnosticada. Tendo embora em conta a frequente comorbilidade psiquiátrica que afecta estes doentes, eles são frequentemente confundidos como portadores primários de depressão, toxicodependência, alcoolismo, perturbações de pânico, do sono ou da personalidade, ou mesmo esquizofrénicos e autistas... Da nossa experiência profissional aprendemos que se os clínicos incluísem sempre nas suas entrevistas a pergunta: *Já alguma vez esteve sujeito a uma situação traumática?*, diminuiria certamente a frequência de erros de diagnóstico.

A PTSD é uma perturbação que, por definição, tem um acontecimento traumático associado ao seu início. Assim a PTSD pode servir como exemplo claro da interacção entre factores internos e externos que dialecticamente contribuem para o desenvolvimento de uma doença muitas vezes incapacitante, causadora de intenso sofrimento pessoal, familiar e social e frequentemente de longo curso. Compreendendo mesmo assim, que haja algumas preocupações com a possibilidade de simulação, pensamos que os dados dos últimos anos, recolhidos pela comunidade científica, a que se juntam agora mais alguns dados sobre a realidade portuguesa, permitem seguramente uma melhor compreensão e tratamento destes doentes e contribuem para a redução das situações de stress traumático na nossa sociedade.

O recente relatório da OMS sobre a violência (2003), apontando para mais de 1,6 milhões de mortes violentas por ano, em que o suicídio representa metade, o homicídio perto de um terço e os conflitos militares um quinto, aposta na prevenção e recomenda a elaboração de planos nacionais de prevenção da violência, o que obriga cada País a melhorar a colheita de dados e apoiar a investigação sobre as causas, as consequências e os custos da violência, de forma a definir melhor as prioridades no contexto de cada região.

Esperamos que a nossa pequena contribuição seja também considerada um passo nesse sentido.

## BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 3<sup>rd</sup> edition. Washington, DC; American Psychiatric Association 1980
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 3<sup>rd</sup> edition, revised. Washington, DC; American Psychiatric Association 1987
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 4<sup>th</sup> edition. Washington, DC; American Psychiatric Association 1994
- World Health Organization (WHO): International Classification of Diseases, Geneva 1992
- MIDDLETOW H, SHAW I: Distinguishing mental illness in primary care. We need to separate proper syndromes from generalised distress; *BMJ* 2000;320:1420-1
- SHAW J: Health care in the information age. *Manag Care*. 2000;9 (Suppl 11):13-6; quiz 12, 23-5
- ALBUQUERQUE, A, FERNANDES A, SARAIVA E, LOPES, F: Perturbação pós-traumática do stress em combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar* 1992:1-9
- BRESLAU N: Epidemiology of Trauma and Post-traumatic Stress Disorder in Yehuda R, ed Washington, DC: American Psychiatric Press 1998:1-29
- STEIN MB, WALKER JR, HAZEN AL, FORDE DR: Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1114-9
- NARROW WE, RAE DS, ROBINS LN, REGIER DA: Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(2):115-23
- KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M, NELSON CB: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(12):1048-60
- BRESLAU N, KESSLER RC, CHILCOAT HD, SCHULTZ LR, DAVIS GC, ANDRESKI P: Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(7):626-32
- HELZER JE, ROBINS LN, MCEVOY L: Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med* 1987;317(26):1630-4
- DAVIDSON JR, HUGHES D, BLAZER DG, GEORGE LK: Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991;21(3):713-21
- BRESLAU N, DAVIS GC, ANDRESKI P, PETERSON E: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults; *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(3):216-22
- SOLOMON SD, DAVIDSON JR. TRAUMA: prevalence, impairment, service use, and cost. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Suppl 9):5-11
- ZOHAR J, SASSON Y, AMITAL B, IANCU I, ZINGER Y: Current Diagnostic and Epidemiological Insights in PTSD. *The Int J of Neuropsych Med* 1998;3(Suppl 2):7
- MORRIS P, SILOVE D: Cultural influences in psychotherapy with refugee survivors of torture and trauma. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(8):820-4
- MAREH JS: What constitutes a stressor? The "criterion A" issue. In: Davidson, JRT, Foa EB, ed. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1992
- KILPATRICK DG, RESNICK HS: Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In: Davidson JRT, Foa EB, eds. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1992
- FINKELHOR D, HOTALING G, LEWIS IA, SMITH C: Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl* 1990;14(1):19-28
- RESNICK HS, KILPATRICK DG, DANSKY BS, SAUNDERS BE, BEST CL: Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(6):984-91
- DICKINSON LM, DEGRUY FV 3RD, DICKINSON WP, CANDIB LM: Complex posttraumatic stress disorder: evidence from the primary care setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20(4):214-24
- BUTTERFIELD MI, BECKER M, MARX CE: Post-traumatic stress disorder in women: current concepts and treatments. *Curr Psychiatry Rep* 2002;4(6):474-86
- FOA EB, RIGGS DS: Post-traumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions Psychologic Sci* 1995;4:61-65
- FOA EB, RIGGS DS, GERSHUNY BS: Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *Am J Psychiatry* 1995;152(1):116-20
- BRADY K, PEARLSTEIN T, ASNIS GM, BAKER D, ROTHBAUM B, SIKES CR, FARFEL GM: Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283(14):1837-44
- SHALEV AY, FREEDMAN S, PERI T, BRANDES D, SAHAR T, ORR SP, PITMAN RK: Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 1998;155(5):630-7
- CONLON L, FAHY TJ, CONROY R: PTSD in ambulant RTA victims: a randomized controlled trial of debriefing. *J Psychosom Res* 1999;46(1):37-44
- KESSLER RC: Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl 5):4-12
- MOLLICA RF, WYSHAK G, LAVELLE J: The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry* 1987;144(12):1567-72
- WEINE SM, BECKER DF, MCGLASHAN TH, LAUB D, LAZROVE S, VOJVODA D, HYMAN L: Psychiatric consequences of *ethnic cleansing*: clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *Am J Psychiatry* 1995;152(4):536-42
- THABET AA, VOSTANIS P: Post-traumatic stress reactions in children of war. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40(3):385-91
- VENTURA M, MCINTYRE T: Crianças de guerra: Um estudo de PTSD em Adolescentes Angolanos. *Revista de Psiquiatria* 1997; Vol X(Supl 1):15-18
- RATILAL AB Moçambique: Que caminhos para a reitegração Psico-social da criança? *Revista de Psiquiatria* 1997; Vol X(Supl 1):23-29.
- KULKA RA, SCHLENGER WE, FAIRBANK JA et al: Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Reajustment Study. New York, NY. Bruner/Mazel 1990
- BRESLAU N, PETERSON EL, KESSLER RC, SCHULTZ LR: Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder; *Am J Psychiatry* 1999;156(6):908-11
- ALONSO J, FERRER M, ROMERA B et al: The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11(2):55-67
- BRESLAU N: The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem? *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 17):16-22
- HIDALGO RB, DAVIDSON JR: Posttraumatic stress disorder: epidemiology and health-related considerations. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl 7):5-13
- Direcção Geral de Viação: Lisboa 2003
- Comissão para a Igualdade e os Direitos das Mulheres: Igualdade do Género - Portugal 2002
- World report on violence and health. Krug EG et al, ed. World Health Organization 2002