Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por J. Ribeiro e I. Leal
2004, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Trauma e saúde

ÂNGELA DA COSTA MAIA (*)

O número de pessoas que ao longo da vida se confronta com situações consideradas traumáticas é muito mais elevado do que anteriormente previsto, havendo estudos que apontam para valores à volta dos 70% (Norris, 1992). Face a estes acontecimentos ameaçadores, um número significativo de pessoas desenvolve sintomas compatíveis com o diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD). Ainda que os resultados obtidos em estudos na comunidade dependam da população estudada, a prevalência estimada na população geral é de entre 1 e 14% (APA, 1994). Para além do Stress pós-traumático, a exposição a situações muito ameaçadoras aumenta consideravelmente a probabilidade de se receber outros diagnósticos, como ansiedade, depressão, abuso de substâncias, problemas cognitivos, problemas nas relações interpessoais e problemas de saúde. Estes últimos estão frequentemente associados à experiência de trauma, nomeadamente em relação a queixas físicas, utilização dos serviços médicos, morbilidade e mortalidade (Schnurr & Green, 2004).

(*) Universidade do Minho.

A relação entre trauma e saúde pode analisar-se quer a partir da forma como as doenças e acidentes podem constituir traumas, quer avaliando de que modo a ocorrência de experiências profundamente adversas podem contribuir para diminuir a qualidade de vida no que se refere à saúde (Green, Epstein, Krupnick, & Rowland, 1997).

Doença como experiência traumática e desenvolvimento de PTSD

Algumas situações graves tratadas em contextos de saúde, como cancro ou acidentes dos quais resultam queimaduras, foram das situações mais avaliadas enquanto potencialmente traumáticas. O cancro, para além de ser uma das doenças que é percebida como mais ameaçadora à vida, implica frequentemente tratamentos agressivos, prolongados e tóxicos, que podem estar relacionados com perturbação psicológica, especialmente na fase de diagnóstico. Em relação especificamente a PTSD, Alter e col. (1996) verificaram que mulheres com cancro da mama apresentavam uma prevalência de 22%, enquanto os que tiveram cancro na adolescência e as suas mães tinham uma prevalência de 54%. Para além disso, vários estudos sugerem que muitos sujeitos apresentam vários sintomas, embora não os suficientes para ter o diagnóstico de PTSD (cf. Green et al., 1997). Em relação a queimaduras, Roca, Spence, e Munster (1992) verificaram que 7% dos sujeitos queimados tinham diagnóstico de PTSD no momento da alta, e esse número era de 22% um ano depois. Perry, Difede, Musngi, Francês, e Jacobsberg (1992), encontraram valores ainda mais elevados, uma vez que 45% das pessoas tinham diagnóstico de PTSD passados 12 meses. Curiosamente o enfarte do miocárdio, uma situação percebida como de ameaça à vida, não parece estar relacionada com o desenvolvimento de PTSD (McNally & Lukach, 1992). O parto, não sendo propriamente uma situação de ameaça à vida, despoleta em algumas mulheres reacções psicológicas negativas sendo às vezes percebidos como traumáticas. Creedy, Shochet, e Horsfall (2000), num estudo com 500 mulheres australianas, verificaram que um terço das mulheres consideraram o parto stressante e 5,6% das mulheres entrevistadas tinham sintomas suficientes

para recebem o diagnóstico de PTSD entre 4 e 6 semanas após o nascimento dos seus filhos. Em suma, várias situações frequentemente vistas em contextos de saúde poderão constituir-se como acontecimentos traumáticos e darem origem a sintomas de PTSD.

Relação entre trauma e comportamento de doença, queixas físicas, utilização de meios médicos, morbilidade e mortalidade

A maioria da investigação sobre a relação entre trauma e saúde debruça-se sobre as queixas físicas e apreciação de saúde em vítimas de experiências adversas, nomeadamente abuso sexual e guerra. Por exemplo, o Epidemiological Catchment Area (ECA, Ullman & Siegel, 1996), permitiu concluir que a história de abuso sexual está relacionada com o aumento de queixas em quase todos os sistemas do organismo (Golding, 1994). Outros estudos verificaram igualmente que o abuso sexual está associado a aumento de queixas de saúde (e.g. Cunningham et al., 1988; Walker et al., 1995). Ainda que quase todos os estudos utilizem metodologias retrospectivas, com as limitações daí decorrentes, Kimerling e Calhoun (1994) fizeram um estudo longitudinal com mulheres vítimas de violação, tendo verificado que no ano seguinte à experiência traumática, o número e a gravidade de queixas de saúde era significativamente maior do que num grupo de controlo.

Quando se estuda o impacto da participação na guerra na saúde, os resultados são consistentes. Kulka et al. (1990) verificaram que veteranos tinham o dobro de probabilidade de descreverem a sua saúde como "pobre" e apresentarem um conjunto de sintomas de problemas médicos quando comparados com sujeitos da mesma idade sem a experiência de guerra. Do mesmo modo Wolfe, Schnurr, Brown, e Furey (1994) verificaram que enfermeiras que estiveram no Vietnam e desenvolveram PTSD tinham relatos de saúde mais negativos, com mais sintomas a nível cardiovascular, dermatológicos, ginecológicos, oftalmológicos e otorrino. Os estudos que procuraram avaliar o efeito específico do PTSD verificaram que os sujeito com PTSD têm mais queixas físicas do que os que foram igualmente exposto e não desenvolveram PTSD (e.g., Shalev et al.,1990; Solomon, 1988).

Em relação à utilização de recursos médicos, verificou-se que, de modo consistente com maiores queixas físicas, as pessoas expostas a trauma eram mais utilizadores destes serviços (e.g. Reiter et al., 1990; Talley et al., 1994), especialmente aqueles que desenvolveram PTSD (Switzer, Dew, Thompson, Goycoolea, Derricott & Mullins, 1999). A morbilidade e a mortalidade são inegavelmente os indicadores de saúde mais objectivos, e foram igualmente alvo de investigação, tendo-se verificado que a história de abuso sexual está relacionada com mais problemas médicos (Laws, 1993). Do mesmo modo, Boscarino e Chang (1999) e Shalev, Bleich, e Ursano (1990) encontraram relação entre PTSD e doença cardiovascular em veteranos de guerra. O papel do PTSD foi igualmente salientado por Ouimette, Cronkite, Henson, Prins, Gima, e Moos (2004) que verificaram que doentes de um serviço médico com PTSD tinham significativamente mais doenças circulatórias e músculo-esqueléticas diagnosticadas pelo médico. Finalmente, há indicações que pessoas com história de trauma e PTSD apresentam maiores índices de mortalidade (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, & Marks, 1998).

Como explicar a relação entre trauma, PTSD e doença? Para compreender esta relação devem ser tidos em conta factores comportamentais, psicológicos e biológicos. Do ponto de vista comportamental, devemos considerar o papel dos comportamentos de risco, uma vez que a investigação prova que as pessoas com história de trauma têm mais comportamentos que põem em risco a saúde. Por exemplo, Acierno, Kiklpatrick, Resnick, & Saunders (1996) e Dansky, Brady, Saladin, e Killeen, (1996) verificaram que pessoas com história de trauma têm menos cuidados com a saúde, usam mais tabaco e mais drogas. Outros autores salientam que outros comportamentos que põem em risco a saúde, como tabaco, e medicamentos aumentam depois de situações traumáticas. Estes comportamentos de risco podem dever-se a falta de sentimentos de auto-estima ou auto-dignidade e dificuldade de regulação de emoções negativas. Uma explicação psicológica para a relação entre trauma e saúde prende-se com o afecto negativo, que aumenta após experiências traumáticas e é conhecido por ser um mediador de problemas de saúde. Finalmente as alterações fisiológicas devidas a acontecimentos

traumáticos, como a activação autonómica, reactividade fisiológica face a estímulos, respostas de sobressalto, desregulação noradrenérgica, sono, alterações do HPA, e do sistema imunitário, etc. foram apresentadas por vários autores como potencial razão para o aumento de problemas de saúde por parte dos que foram vítimas de traumas (cf. Friedman & McEwen, 2004).

A investigação que apresentamos neste trabalho tem óbvias implicações para a prática em contextos de saúde, quer a nível da necessidade de avaliação da história de trauma e PTSD em contextos de cuidados de saúde primários, quer a nível da necessidade de a intervenção considerando esses factos.

REFERÊNCIAS

Acierno, R., Kiklpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Saunders, B. E. (1996). Violent assault, posttraumatic stress disorder, and depression: Risk factors for cigarette use among adult women. *Behavior Modification, 20*, 363-384.

Alter, C. L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meysers, B., Grobois, B., Mandel, F., Septimus, A., & Kaplan, S. (1996). The identification of PTSD in cancer survivors. *Psychossomatics, 37*, 137-143.

Boscarino J. A., & Chang, J. (1999). Electrocardiogram, abnormalities among men with stresss-related psychiatric disorders: Implications for coronary heart disease and clinical research. *Annals of Behavioral Medicine, 21*, 227-234.

Creedy, D., Shochet, I., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth, 27*, 104-111.

Cunningham, R. M., Pearce, T., & Pearce, P. (1988). Childhood sexual abuse and medical complaints in adult women. *Journal of Interpersonal Violence, 3*, 131-144.

Dansky, B. S., Brady, K. T., Saladin, M. E., & Killeen, T. (1996). Victimization and PTSD in individuals with substance use disorders: Gender and racial differences. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 22*, 75-93.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of child abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245-258.

Friedman, M. J., & McEwen, B. S. (2004). Posttraumatic stress disorder, allostatic load, and medical illness. In P. S. Schnurr & B. L. Green (Eds.), *Trauma and Health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 157-188). American Psychological Association: Washington.

Golding, J. M. (1994). Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. *Health Psychology, 13*, 130-138.

Green, B. L., Epstein, S. A, Krupnick, J. L., & Rowland, J. H. (1997). Trauma and Medical illness: Assessing trauma-related disorders in medical settings. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Ed.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 160-191). New York: Guilford.

Kimerling, R., & Calhoun, K. S. (1994). Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 333-340.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). Trauma and the Vietnam war generation. New York: Brunner Mazel.

Laws, A. (1993). Does a history of sexual abuse in childhood play a role in women medical problems? A review. *Journal of Women Health, 2*, 165-172.

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different traumatic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409-418.

Ouimette, P., Cronkite, R., Henson, B. R., Prins, A., Gima, K., & Moos, R. H. (2004). Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 1-9.

Perry, S., Difede, J., Musngi, G., Frances, A., & Jacobsberg, L. (1992) Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *American Journal of Psychiatry, 149*, 931-935.

Reiter, R. C., & Gambone, J. C. (1990). Demographic and historical variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstetric Gynaecology, 75*, 428-432.

Roca, R. P., Spence, R. J., & Munster, A. M. (1992). Posttraumatic adaptation and distress among burn survivors. *American Journal of Psychiatry, 149*, 984-991.

Schnurr, P. S., & Green, B. L. (2004). *Trauma and Health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. American Psychological Association: Washington.

Shalev, A., Bleich, A., & Ursano, R. J. (1990). Posttraumatic stress disorder: Somatic comorbidity and effort tolerance. *Psychosomatics, 31*, 197-203.

Solomon, Z. (1988). Somatic complains, stress reaction, and posttraumatic stress disorder: A three-year follow-up study. *Behavioral Medicine, 14*, 179-185.

Switzer, G. E., Dew, M. A., Thompson, K., Goycoolea, J. M., Derricott, T., & Mullins, S. D. (1999). Posttraumatic Stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 25-39.

Talley, N. J., Fett, S. L., Zinsmeister, A. R., Melton, L. J. (1994). Gastro-intestinal tract symptoms and self-reported abuse: A population-based study. *Gastroenterology* (pp. 1040-1049).

Ullman, S. E., & Siegel, J. M. (1996). Traumatic events and physical health in a community sample. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 703-720.

Walker, E. A., Katon, W. J., Hanson, J., Harrot Griffiths; J., Holm, L., Jones, H. L., Hickok, L. R., & Russso, J. (1995). Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics* (pp. 531-540).

Wolfe, Schnurr, Brown, & Furey (1994). Posttraumatic Stress Disorder and war-zone exposure as correlates of perceived health in female Vietnam War veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 1235-1240.