

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

AS FERIDAS INVISÍVEIS DOS HERÓIS DE GUERRA - NARRATIVAS DE
VETERANOS PORTUGUESES APÓS EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA EM CONTEXTO
DE GUERRA: UM ESTUDO QUALITATIVO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Catarina Laranjeira de Sá Oliveira

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

AS FERIDAS INVISÍVEIS DOS HERÓIS DE
GUERRA - NARRATIVAS DE VETERANOS
PORTUGUESES APÓS EXPERIÊNCIA
TRAUMÁTICA EM CONTEXTO DE GUERRA:
UM ESTUDO QUALITATIVO

HEREOS' INVISIBLE WOUNDS OF WAR -
NARRATIVES OF PORTUGUESE VETERANS AFTER
A TRAUMATIC EXPERIENCE IN WAR CONTEXT: A
QUALITATIVE STUDY

Dissertação orientada pelo Professor Doutor
Wilson Abreu e coorientada pela Professora
Doutora Teresa Rodrigues

Catarina Laranjeira de Sá Oliveira

Porto, 2021

AGRADECIMENTOS

Aqui pretendo fazer um breve agradecimento aquelas pessoas que, de forma direta ou indireta, influenciaram fortemente a elaboração deste projeto.

Primeiro quero começar pela pessoa que sem a qual não seria possível a elaboração deste trabalho. Ao Professor Doutor Wilson Abreu por ter aceite este desafio de ser meu orientador, pelo seu empenho, dedicação, disponibilidade e sabedoria que me guiaram durante todo este processo. À Professora Doutora Teresa Rodrigues, pelo seu tempo disponibilizado, pelas suas palavras e encorajamento durante períodos de grandes dúvidas sobre os caminhos a seguir. Agradeço assim à instituição Escola Superior de Enfermagem do Porto, por me ter acolhido durante quatro anos de licenciatura e mais dois de mestrado. Esta que sempre me proporcionou com professores e profissionais de melhor qualidade e que tal se reflete hoje no meu desempenho enquanto aluna e profissional. Será sempre para mim uma segunda casa.

Um especial obrigado às instituições que aceitaram colaborar comigo, depois de muitas respostas negativas e quando tudo parecia perdido, estas foram uma lufada de ar fresco e esperança de concretizar os meus objetivos. Um grande obrigado à Liga dos Combatentes – Núcleo do Porto, em especial ao Senhor Presidente Coronel Belchior e ao Senhor Coronel Rodrigues que me abriram as portas da instituição. Um grande obrigado ainda ao Instituto de Apoio Social das Forças Armadas – CAS Porto, com especial atenção para o Senhor Diretor Coronel António Melo e enfermeira Rita Pires que me receberam de braços abertos e se prontamente disponibilizaram para qualquer necessidade.

Um agradecimento muito muito muito especial à Dona Maria Joaquina Araújo, uma pessoas muito querida e amada por todos que a conhecem e que teve um papel muito importante na elaboração deste trabalho e, sem a qual, provavelmente não o conseguiria dar término. Um muito obrigado por toda a sua simpatia, generosidade, bondade e disponibilidade em me ajudar.

Um obrigado ao Enfermeiro Major Costa Moreira por todo o seu apoio durante estes dois anos. Estou muito grata pelas suas palavras sábias, pelo seu tempo, pela sua orientação, pela sua ajuda e pelo seu auxílio nos momentos de maior angústia.

Não me posso esquecer dos elementos mais importantes para este trabalho, que por questões éticas não posso mencionar os seus nomes, mas que foram o pilar desta investigação. Um muito obrigado a todos os participantes deste estudo. Um obrigado pelo tempo que me disponibilizaram, por me terem aberto as portas às suas memórias mais tenebrosas e por confiarem em mim para lhes dar voz nesta luta.

Aos meus pais, agradeço toda a dedicação, compreensão, palavras de incentivo, apoio incondicional e confiança demonstrados nos bons e principalmente nos momentos de maior dificuldade.

Por último, um obrigado a todas as pessoas com que me relacionei e que se mostraram disponíveis para me auxiliarem na concretização deste trabalho, tais como colegas e amigos.

Bem-haja!

RESUMO

Introdução: A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) surge pela primeira vez integrado no DSM-III em 1980, essencialmente graças a movimentos organizados, de entre os quais os Ex-combatentes da Guerra do Vietname. Esta problemática que tem sido bastante estudada, principalmente nos EUA e outros países europeus, ao contrário do que acontece em Portugal. Os fatores de risco para o desenvolvimento de distress psicológico e stress pós-traumático estão associados a várias características pessoais, familiares e sociais, pelo que, o entendimento acerca da vulnerabilidade, bem como, o reconhecimento dos fatores protetores promove a adequação das intervenções. A resolução do trauma ou crescimento pós-traumático são importantes para a preservação do autocuidado, gestão da doença crónica e mesmo qualidade de vida, pois diminui o estado de vigilância permanente e mesmo as insónias ou pesadelos frequentemente indicados.

Objetivos: Este estudo parte da necessidade de saber como se manifesta a PSPT no período pós-guerra e quais são as estratégias desenvolvidas pelas pessoas para crescer em matéria de ajustamento e saúde mental.

Metodologia: Este estudo seguiu uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. A amostra foi composta por 12 veteranos de guerra da guerra colonial portuguesa com diagnóstico ou critérios de diagnóstico de PSPT. Foram utilizados dois tipos de amostragem, a amostragem não probabilística por conveniência e tipo bola de neve. A técnica de colheita de dados foi uma entrevista semiestruturada, executada com base num guião pré-elaborado.

Resultados: Os resultados obtidos vão de encontro aos encontrados na bibliografia. A exposição a combate parece ser o principal fator de risco para o desenvolvimento de PSPT, porém, a falta de apoio especializado no regresso a casa foi uma agravante no desenvolvimento desta perturbação.

Conclusão: Foi possível concluir que para todos os participantes desta investigação a experiência de guerra foi penosa e deixou marcas profundas. Quem regressou vivo é recebido com desprezo por uma Pátria que não reconhece o sacrifício destes homens. Contudo, apesar destes eventos traumáticos, existem aqueles que hoje são capazes de nomear aspetos positivos que a guerra lhes trouxe para as suas vidas. Conclui-se ainda a pertinência da narrativa das vivências traumáticas como forma de tratamento e desenvolvimento de crescimento, tal permite uma reorganização e integração nas memórias nas suas autobiografias.

Palavras-chave: Veteranos de guerra, contexto de guerra, transtorno de stress pós-traumático, suporte familiar, suporte social, crescimento pós-traumático

ABSTRACT

Introduction: Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) appears for the first time in DSM-III in 1980, essentially thanks to organized movements, among which the ex-combatants of Vietnam War. This is a problem that has been extensively studied, especially in the USA and other European countries, unlike in Portugal. Risk factors for the development of psychological distress and PTSD are associated with several personal, family and social characteristics, therefore, the understanding about the vulnerability, as well as the recognition of the protective factors promotes the adequacy of interventions. Resolving a trauma and traumatic growth events are important for the preservation of self-care, chronic disease management and even quality of life because it reduces the state of permanent surveillance and even the insomnia or nightmares frequently indicated.

Aim: This study starts from the need to know how PTSD manifests itself in the post-war period and what are the strategies developed by people to grow in terms of adjustment and mental health.

Methodology: This study followed a qualitative, exploratory and descriptive approach. The sample consisted of 12 war veterans from the Portuguese Colonial War with diagnosis or diagnostic criteria of PTSD. Two types of sampling were used, non probability convenience and snowball type sampling. The data collection technique was a semi-structured interview, carried out based on a pre-prepared script.

Results: The results obtained are in line with those found in the bibliography. Combat exposure seems to be the main risk factor for the development of PTSD, however, the lack of specialized support in the return home was an aggravating factor in the development of this disorder.

Conclusion: It was possible to conclude that for all participants in this investigation the war experience was painful and left deep marks. Whoever returned alive is received with contempt by their Homeland that does not recognize the sacrifice of these men. However, despite these traumatic events, there are those who today are able to name positive aspects that the war brought to their lives. It is also concluded the relevance of the narrative of traumatic experiences as a form of treatment and development of growth, to which allows a reorganization and integration of those memories in their autobiographies.

Keywords: War veterans, post-traumatic stress disorder, family support, social support, post-traumatic growth

ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association/ Associação Americana de Psiquiatria

BEP – Brief Eclectic Psychotherapy/ Psicoterapia Eclética Breve

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPT – Cognitive Processing Therapy/ Terapia de Processamento Cognitivo

CPT – Crescimento Pós-Traumático

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais

EAI – Equine-Assisted Interventions/ Terapia Assistida por Equinos

EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing/ Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

GCP – Guerra Colonial Portuguesa

IASFA - CAS Porto – Instituto de Apoio Social das Forças Armadas - Centro de Apoio Social do Porto

ICD – International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death/ Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

INSERM – Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale/ Instituto Nacional Saúde e Pesquisa Médica

IPT – Interpersonal Psychotherapy/ Psicoterapia Interpessoal

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association/ Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem

NATO – Organização do Tratado do Atlântico Norte

NET – Narrative Exposure Therapy/Terapia de Exposição Narrativa

NICE – National Institute of Health and Clinical Excellence/ Instituto Nacional para Saúde e Cuidados de Excelência

OE – Ordem dos Enfermeiros

OEF – Operation Enduring Freedom

OIF – Operation Iraqi Freedom

OMS – Organização Mundial de Saúde

OND – Operation New Dawn

ONU – Organização das Nações Unidas

PCT – Present-Centered Therapy/ Terapia Centrada no Presente

PE – Prolonged Exposure Therapy/ Terapia de Exposição Prolongada

PESD – Política Europeia de Segurança e Defesa

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático

PTGI – Post-Traumatic Growth Inventory

PTSD – Post-traumatic Stress Disorder

RCT – Randomized Clinical Trials/ Ensaios Clínicos Randomizados

SIT – Stress Inoculation Training/ Treino de inoculação do stress

SPT – Stress Pós-Traumático

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

UE – União Europeia

VA/DoD – Veterans Health Administration and Department of Defense

WNE – Written Narrative Exposure/ Exposição de Narrativa Escrita

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. CONTEXTO DE GUERRA	19
1.1. Portugal em cenários de guerra.....	19
1.2. Impacto da Experiência de Guerra na Saúde Mental dos Militares	22
2. PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (PSPT)	25
2.1. Conceito de Trauma e Acontecimento Traumático	25
2.2. Diagnóstico, Sintomas e Prevalência. Epidemiologia em Portugal.....	28
2.3. Fatores de Risco e Fatores Protetores	32
3. CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO (CPT)	37
3.1. Definição de CPT	37
3.2. Preditores de CPT.....	40
3.3. Modelo de CPT	43
4. MODELOS E PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO NA PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS- TRAUMÁTICO (PSPT): EVIDÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO	47
4.1. Terapia de Processamento Cognitivo	50
4.2. Terapia de Exposição Prolongada	51
4.3. Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares	53
4.4. Outras terapias.....	54
5. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NA PSPT	59
6. METODOLOGIA DO ESTUDO	63
6.1. Questões Orientadoras e Objetivos.....	64
6.2. Desenho de Investigação e Opção Metodológica.....	65
6.3. População e Amostra	66
6.4. Estratégia de Recolha de Dados: Entrevista Semi-Estruturada	68
6.5. Tratamento e Análise de Dados.....	70
6.6. Dimensões Éticas	71
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
7.1. Contexto pré-guerra	73
7.1.1. Período infantil e juvenil – “Passei fome!”	74
7.1.2. Relação com os pais no período infantil e juvenil.....	78

7.1.3.	Contexto social e familiar no período pré-recrutamento – “Chorei lágrimas de sangue...”	80
7.2.	Contexto de guerra.....	87
7.2.1.	O cenário de guerra – “Matar para não ser morto.”	87
7.2.2.	Coesão da unidade – “Eramos como irmãos.”	94
7.3.	Contexto pós-guerra.....	96
7.3.1.	Regresso a casa – “Um alívio tremendo...”	97
7.3.2.	Suporte social e familiar – “Portugal não deu valor.”	99
7.4.	Perturbação de stress pós-traumático	103
7.5.	Crescimento pós-traumático	107
7.5.1.	Características – “Cresci MUITO!”	107
7.5.2.	Estratégias de coping.....	111
CONCLUSÃO.....		117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		123
ANEXO I – Guião da entrevista semi-estruturada.....		129
ANEXO II – Parecer da comissão d’ética da ESEP		135
ANEXO III – Requerimento à Liga dos Combatentes		137
ANEXO IV – Requerimentos ao IASFA.....		139
ANEXO V – Consentimento informado		141
ANEXO VI – Domínios e categorias.....		145

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores de risco para a PSPT em veteranos de guerra. Retirado de Começanha (2011, pág. 25). Percursos individuais face ao potencial trauma em ex-combatentes da guerra colonial: uma comparação entre a patogénese e a salutogénese. (Tese de Mestrado)	35
Figura 2 - Fatores protetores para a PSPT em veteranos de guerra. Retirado de Começanha (2011, pág. 26). Percursos individuais face ao potencial trauma em ex-combatentes da guerra colonial: uma comparação entre a patogénese e a salutogénese. (Tese de Mestrado)	36
Figura 3 - Modelo de crescimento pós-traumático (CPT) adaptado de Model of Posttraumatic Growth (Lawrence Calhoun, Richard Tedeschi & Arnie Cann) by L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi. (2013). Posttraumatic growth in clinical practice. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group, p.17. Retirado de Ramos (2016).	44
Figura 4 - Fatores de risco e protetores para PSTP e CPT, adaptado de Começanha, 2011	116

INTRODUÇÃO

As Forças Armadas são o grupo social com maior prevalência de transtornos mentais. Estes vão desde a depressão, perturbações de ansiedade, abuso de álcool e, particularmente, o desenvolvimento da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) (Javidi & Yadollahie, 2012).

O conceito de PSPT de guerra surge na década de 60-70, impulsionada pela Guerra do Vietnam (1959-1975), e em Portugal, após a Guerra Colonial Portuguesa (GCP) (1961-1974) (APOIAR – Associação de Apoio ao Ex-Combatentes Vítimas de Stress de Guerra). Os estudos realizados com os ex-combatentes da Guerra do Vietnam impulsionaram o reconhecimento científico desta perturbação, motivando e originando assim inúmeros estudos sobre a temática (Oliveira, 2008).

Numa investigação levada à cabo por Foy et al. (1987) (cit. por Pereira, Pedras, Lopes, Pereira & Machado, 2010) com ex-combatentes da Guerra do Vietnam, concluiu-se que a exposição a combate é um fator de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento desta perturbação, com 70% dos veteranos envolvidos em situações de grande ameaça, contra 25 a 30% com baixa exposição a situações de combate. Dos estudos mais recentes realizados com a população de ex-combatentes da GCP, verificou-se que 39% dos participantes apresentava PSPT e que 56% morbilidade psicológica, numa amostra de 350 veteranos (Maia et al, 2006) (cit. por Pereira et al, 2010). Já na investigação de Pereira de Pedras (2007), conclui-se que, numa amostragem de 505 veteranos, 43% apresentavam quadro clínico de PSPT e 36% a sua sintomatologia (Pereira et al. 2010).

Numa publicação do Jornal Público em Novembro de 2019, recorda-se Afonso de Albuquerque, médico miliciano em Moçambique (1961-64), psiquiatra e pioneiro da primeira consulta de tratamento do stress pós-traumático de guerra, que demorou mais de 20 anos. Até à primeira consulta do stress pós-traumático, apenas os ex-combatentes com deficiência física tiveram acesso a tratamento e apoios por parte do estado, enquanto que o tratamento dos traumas ficou “esquecido”.

Só em 1999, com a publicação do Decreto Lei n.º 44/99, posteriormente atualizado no ano seguinte, Lei n.º 50/2000, é que o ex-combatente, portador de uma perturbação mental

resultante do seu exercício militar, foi considerado deficiente das Forças Armadas, permitindo assim o devido apoio médico, psicológico e social. *“(...) é considerado deficiente das Forças Armadas o cidadão português que, sendo militar ou ex-militar, seja portador de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de stress durante a vida militar.”* (Diário da República, 1999, pág. 3443)

As queixas de saúde física e mental dos militares portugueses são uma importante preocupação pública e militar (Osório, Carvalho, Fertout & Maia, 2012).

Apesar de quatro décadas já passadas após a GCP, estudos revelam que uma percentagem substancial dos ex-combatentes ainda apresenta sintomas de PSPT, pelo que, este facto merece a atenção devida dos profissionais de saúde (Pereira, Machado, Pereira, Lopes & Pedras, 2019). Se não devidamente tratada, a PSPT resulta num prejuízo funcional substancial, decorrente das disfunções físicas e mentais por este provocadas (Kessler et al., 2009; Morina, Wicherts, Lobbrecht, & Priebe, 2014; Nemeroff et al., 2006) (citado por Hoppen & Morina, 2019).

Esta dissertação surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2020/2021, intitulado de “As feridas invisíveis dos heróis de guerra - Narrativas de veteranos portugueses após experiência traumática em contexto de guerra: um estudo qualitativo”, com os seguintes objetivos:

- Avaliar a presença de Stress Pós-Traumático (SPT) em veteranos que vivenciaram experiências traumáticas em contexto de guerra;
- Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de SPT após guerra;
- Desenvolver uma compreensão mais profunda acerca do papel das interações interpessoais/coletivas na experiência de guerra;
- Analisar o Crescimento Pós-Traumático (CPT) que se refere a mudanças positivas no funcionamento psicológico dos homens após uma experiência traumática;
- Identificar fatores protetores e facilitadores para CPT (interações pessoais, relações familiares, experiências anteriores,...).

Como é possível constatar através da análise dos objetivos definidos para a investigação, o tipo de metodologia que mais se adequa é a qualitativa, uma vez que se pretende conhecer e entender as vivências e experiências dos participantes. Tal foi concretizado com recurso à utilização de uma entrevista semi-estruturada dirigida a um número de veteranos da GCP.

Iniciou-se este trabalho com uma revisão da literatura acerca da temática em estudo. Foram utilizadas as bases de dados incluídas no agregador de conteúdos científicos disponível para os alunos da ESEP, EBSCOHost Web, bem como o software EndNote e os livros disponibilizados na biblioteca da escola. Recorreu-se ainda a repositórios universitários online para consulta de trabalhos anteriores sobre o tema, bem como a pesquisa na literatura cinzenta, GoogleScholar.

Este trabalho divide-se essencialmente em três partes principais. A primeira parte destina-se à fase empírica. Aqui são abordados os conceitos de guerra, SPT e CPT. É efetuada ainda uma referência aos modelos e programas de intervenção na PSPT, bem como a pertinência do papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP) no seu tratamento. Na segunda parte é apresentado o estudo empírico, ou seja, todas as fases da metodologia de investigação. A última e terceira parte é reservada à apresentação, análise e discussão dos resultados.

A realização deste trabalho tem em vista aprofundar o conhecimento e as competências do enfermeiro especialista em ESMP na área do stress pós-traumático, nomeadamente no contexto de guerra. Com a manutenção da permanência de tropas portuguesas em cenários de guerra, é necessária mais investigação para avaliar a consequência deste ambiente na saúde mental dos nossos militares, permitindo um melhor acompanhamento dos mesmos no regresso a casa e à vida civil.

1. CONTEXTO DE GUERRA

“A Guerra é entendida como um momento de luta e violência, caracterizada por um embate físico entre dois lados, compreendida como um ato de força continua e em grande escala, que busca a submissão do oponente. Um processo de incapacitação, que cria instabilidade no local de confronto, tornando-o propenso a desenvolver um grupo de sequelas dentro cenário geográfico e populacional, podendo em alguns momentos serem irreversíveis (Mendes, 2014; Hatw, Taher, Hamidi e Alturkait, 2015) A guerra deflagra situações estressantes dentro de uma complexidade, onde historicamente o ser humano inserido no cenário do conflito se torna ator passivo dentro do teatro das emoções, levando-o aos limites do seu emocional.” (Silva, Carvalho, Francisco, Fernandes, Oliveira, Porto & Nassar, 2018, pág. 629)

1.1. Portugal em cenários de guerra

Quando falamos em situações de guerra e Portugal, é inevitável não recordarmos aquela que mais marcou historicamente o país. Entre os anos de 1961 e 1974, milhares de militares portugueses estiveram envolvidos em situações de combate nas antigas colónias portuguesas, Angola, Moçambique e Guiné, naquilo que se designou por Guerra Colonial Portuguesa, também conhecida como Guerra do Ultramar, ou Guerra Ultramarina Portuguesa (Maia, McIntyre, Pereira & Fernandes, 2006). Estima-se que cerca de um milhão de jovens portugueses foram mobilizados involuntariamente para esses três cenários de guerra, no qual cumpriram o seu serviço militar obrigatório (Maia & Morgado, 2019).

Vários estudos têm mostrado que, durante esse período, muitos soldados foram expostos a uma série de eventos traumáticos (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Ferrajão, 2017; Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro, 2011; Silva et al., 2010) (citado por Maia & Morgado, 2019). Por exemplo, segundo Maia et al. (2011) (citado por Maia & Morgado, 2019), num estudo com 350 veteranos da guerra colonial, 63% dos veteranos relataram ter vivenciado situações de ameaça à própria vida, 67% relataram ter testemunhado camaradas a ser mortos em combate, 56% viram os cadáveres dos seus

camaradas e 33% relataram terem tido que os mover; 44% dos veteranos relataram ter sido vítimas de granadas ou minas, 40% relataram ferimentos, 16% testemunharam a vitimização de civis, 10% tiveram que mover corpos de civis, 16% viram os cadáveres dos inimigos e 13% tiveram que os mover. Apesar da dificuldade em encontrar dados estatísticos concretos, crê-se que cerca de 10000 militares perderam a vida e 40000 ficaram feridos (Maia et al., 2006).

“O cenário de guerra é um aglomerado de experiências cujo os atores estão expostos a violência, alterações da estrutura geológica e social de forma abrupta, e número elevados de mortes.” (Silva et al., 2018, pág. 629). Este torna-se assim um ambiente hostil, propício ao desenvolvimento de perturbações mentais e outros distúrbios, graças aos inúmeros stressores a que os seus intervenientes estão sujeitos. Estes não são só meramente os militares envolvidos, mas também a população civil, muitas vezes inocente, que se deparam com situações extremas, de enorme atrocidade contra a dignidade humana, com um elevado potencial para o desenvolvimento de doenças para o adoecimento (Elliott et al., 2016; Steger, Owens e Park, 2015) (cit por. Silva et al., 2018)

Atualmente, Portugal faz parte das missões humanitárias e de paz da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização do Tratado do Atlântico Norte (NATO). Nos últimos 30 anos, mais de cinquenta mil militares das Forças Armadas Portuguesas e da GNR estiveram distribuídos pelos cinco continentes, sob a alçada da ONU e da NATO, em diversas missões internacionais (Correia, 2014).

“A ONU tem como principal objetivo a união das Nações do Mundo em defesa da paz e do desenvolvimento, procurando defender a dignidade Humana, o bem-estar dos cidadãos, eliminando a doença, a pobreza e o analfabetismo, tem como prossecução afirmada a defesa dos direitos fundamentais e os princípios básicos da justiça e ajuda no restabelecimento da normalidade quando o conflito é extinto, incentivando as populações nativas à melhoria do meio ambiente e a proteção do mesmo (Januário & Gameiro, 2016; LC, 2017).” (Gonçalves, 2018, pág. 16)

O acordo realizado pela ONU com os Estados em conflito obriga a autorização dos últimos para a permanência das tropas no seu território. A envolvimento de pessoal militarizado consiste, porém, em atuações e atividades reduzidas e pouco reativas, seguindo um plano de acordos para cessar fogo, conflitos e atos de violência (Berdal, 1999; Filho, 2004; Vales, 2011), com o intuito de alcançar a estabilidade do país (Januário & Gameiro, 2016) (citado por Gonçalves, 2018).

A ONU não tem a sua própria Força Militar, pelo que convida os seus Estados Membros, do qual Portugal faz parte, a participarem voluntariamente nas operações, contribuindo com soldados e equipamento militar. *“Em recompensa a ONU dá aos Estados Membros um*

orçamento especial para compensar a disponibilidade, os custos, o tempo, a exposição e outros fatores puramente políticos. (Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal, 1999; Entidade Primeiramente Responsável [EPR], 2017; LC, 2017; Vales, 2011;)" (Gonçalves, 2018, pág. 17).

Atualmente, centenas de homens e mulheres estão espalhados pelos diversos conflitos armados, a tentar manter e restabelecer a paz, num país que não é o seu, porém, que o servem como se fosse a sua Pátria (Gonçalves, 2018, pág. 21).

A NATO foi criada em 1949 à qual Portugal faz parte desde o início (Correia, 2014). Portugal não só pertence à NATO desde essa altura, como é um dos 12 países fundadores desta Aliança, juntamente com Bélgica, Canadá, Dinamarca, França, Holanda, Islândia, Itália, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido e Estados Unidos da América (Ministério dos Negócios Estrangeiros). Desde então, Portugal tem vindo a participar nas mais variadas missões e operações de paz *"com o intuito de contribuir na gestão de crises que envolvem a abordagem política, diplomática, económica e financeira, ajuda ao desenvolvimento e ajuda humanitária, contando com a auxílio militar, policial, judiciário e de Estados-Membros (Ribeiro, 2016)."* (Gonçalves, 2018, pág. 22). Assim sendo, o propósito da NATO consiste de igual forma em aumentar a segurança a nível mundial (Gonçalves, 2018).

Apesar de preparações militares e teatros de guerra muito dissemelhantes entre as operações de paz da NATO e ONU com a GCP, estas operações não são isentas de risco e chegam-nos com alguma frequência notícias de militares portugueses feridos ou fatalidades nesses locais.

Segundo Gonçalves (2018), a preparação das tropas portuguesas consiste na realização de atividades intensas baseadas no treino físico, treino com armamento e manuseamento do equipamento necessário em missão. É ainda tomada em consideração durante a preparação destes Homens as diferenças climáticas no país de destino. Além deste treino, é apostado também no desenvolvimento de certas competências de forma a dar resposta às diversas situações com que se poderão defrontar, de entre as quais *"formações na área da saúde, principalmente, formação em suporte básico de vida, trauma e primeiros socorros, combate a incêndios, tiro, tática, engenhos explosivos improvisados, escoltas a tripulações, controlo de acessos e resposta a incidentes (Chefe de Grupo, 2017; EPR, 2017; Protocolo de Entrevista, 2017)."* (Gonçalves, 2018, pág. 27).

"O General Pina Monteiro, afirma que cada OP tem riscos associados, no entanto refere que as missões em territórios como a República Centro-Africana, o Afeganistão, o Mali e a

Somália constituem um maior perigo para os militares (Sábado, 2018)." (Gonçalves, 2018, pág. 31).

À semelhança da GCP e de todos os outros teatros de guerra, nas Missões Internacionais de Paz os militares deparam-se com situações de perigo iminente à sua própria vida e à de terceiros, o que lhes causa um impacto no funcionamento psicológico (Ferreirão, 2011) (cit. por Gonçalves, 2018). Como tal, é importante estarmos atentos ao fenómeno da PSPT nos militares presentes nos novos cenários de guerra.

"(...) é de fundamental importância o reconhecimento por parte da Lei Portuguesa sobre a PSPT e o desenvolvimento de modelos institucionais por parte das Forças Armadas que permitam a ajuda aos militares destacados em Missões de Paz, antes, durante e depois das Operações. Este tipo de acompanhamento é essencial não só para os militares como também para as suas famílias (Correia, 2014; Machado, 2011b; Pereira, et al., 2010)." (Gonçalves, 2018, pág. 32).

1.2. Impacto da Experiência de Guerra na Saúde Mental dos Militares

A literatura científica internacional proporciona um vasto conhecimento sobre o impacto e os efeitos negativos que a exposição a teatros de guerra tem na saúde dos militares, nomeadamente na saúde mental (Carvalho, 2017).

"A participação de militares em guerras é responsável por determinadas reacções de stress que, numa magnitude extrema, os torna incapazes de combaterem de forma eficiente no campo de batalha (Shaw, 1990). (Osório e Maia, 2010, pág. 281). Além do mais, esta mesma exposição prolongada no tempo ao sofrimento e desrespeito pela dignidade humana, às imagens chocantes de um verdadeiro cenário de terror pode levar a sérios problemas de adaptação psicológica e ao desenvolvimento de transtornos mentais.

Esta população tende a estar exposta de forma repetida e/ou prolongada a situações de extrema ameaça para o próprio e para os outros, como por exemplo, ser morto, ferido, vítima de violência, de atrocidades, ser prisioneiro do inimigo, entre outras (Carvalho, 2017). Apesar de cada cenário de guerra ser diferente, as experiências vivenciadas por quem nela participa

pressupõem sempre um contínuo e intenso grau de ameaça, nomeadamente à vida, na qual a possibilidade de fuga é nula (Weather et al., 1995) (cit. por Osório e Maia, 2010).

É comum fazer-se estatisticamente o levantamento e registo dos ferimentos considerados “visíveis”, porém, cada vez mais a investigação tem-se direccionado para a problemática das feridas “invisíveis” dos militares regressados a casa destes cenários (NCod, 2009) (cit. por Osório e Maia, 2010). Dos sobreviventes, muitos relatam condições psicopatológicas crónicas, nomeadamente a PSPT, a depressão e/ou mesmo o uso e abuso de substâncias, particularmente o álcool, que, por sua vez, tem um impacto profundo nos vários aspetos das suas vidas, nomeadamente, nas relações interpessoais (Maia e Morgado, 2019). Estudos têm vindo a demonstrar que a percentagem de sintomas psicopatológicos e condições clínicas em veteranos de guerra é elevada (Barrett, Gray, Doebbeling, Clauw, & Reeves, 2002; Frayne et al., 2011) (cit. por Carvalho, 2017).

“O estudo dos efeitos a nível da saúde física e psicológica, da participação em teatros de guerra, tem já uma longa história, mas, foi durante os anos setenta, imediatamente após o fim da guerra do Vietname, que a investigação nesta área recebeu um grande avanço nos Estados Unidos (Nemoroff & col, 2006). (...) Infelizmente o mesmo não aconteceu em Portugal.” (Maia, McIntyre, Pereira & Ribeiro, 2006, pág. 12).

Vários autores na literatura nacional (Albuquerque, Fernandes, Saraiva e Lopes, 1992; Albuquerque e Lopes, 1997; Albuquerque, 1992) têm vindo a fazer referência à necessidade de um estudo amplo de forma a apurar verdadeiramente o número de portugueses afetados com esta patologia. Estima-se que em Portugal, cerca de 140.000 portugueses, veteranos e ex-combatentes de guerra, estejam a sofrer diariamente com esta perturbação (Maia et al, 2016).

A revisão sistemática realizada por Maia e Morgado (2019) sobre a saúde mental dos ex-combatentes da guerra colonial portuguesa verificou que, nos estudos que foram incluídos para a composição da mesma, a PSPT estava presente em todos. Para além desta patologia, foi possível verificar ainda altas prevalências de depressão, depressão maior, ansiedade e dependência de álcool e drogas (Maia & Morgado, 2019).

Quanto à PSPT, a sua elevada taxa de incidência na população militar de ex-combatente deve-se, presumivelmente, ao facto das situações vivenciadas por estes serem de ameaça à integridade física e à vida do próprio, altamente violentas, imprevisíveis e deliberadas (Raja, 2012). Os veteranos de guerra, comparativamente à população civil, apresentam uma maior prevalência de PSPT (Norris e Slone, 2007).

Para além da percentagem da PSPT ter tendência a ser mais elevada em militares expostos a cenários de guerra, consoante a investigação (Andersen, Wade, Possemato, & Ouimette, 2010; Barrett, Dohebbeling, et al., 2002; Hoge et al., 2007; Kang, Bullement, & Taylor, 2006; Kulka et al., 1990; Ouimette et al., 2004; Schnurr, Ford, et al., 2000; Wolfe, Schnurr, Brown, & Furey, 1994) (Bulleman & Kang, 1994; Kang, Bullman, Macfarlane, Gray, 2002) (Boscarino, 2006; Bulleman & Kang, 1994) (cit. por Carvalho, 2017, pág. 15),

“a esta população está ainda associada uma maior quantidade de situações clínicas crónicas, uma fraca qualidade de saúde, uma autoavaliação mais negativa da funcionalidade e uma qualidade de vida mais débil (...) bem como a uma taxa mais elevada de mortalidade (...) revelando-se esta última situação (mortalidade) associada à presença de sintomas da PTSD e a esta perturbação.”

Face a isto, é de realçar o impacto e as repercussões da guerra na saúde física e mental nos veteranos, com principal destaque para a PSPT e as suas comorbilidades. Estas repercussões parecem não tem uma atividade aguda, podendo mesmo manter-se durante longas décadas. É de realçar que, da mesma forma que acontece com todas as perturbações do foro psiquiátrico, esta demonstra ter também impacto não só na saúde e bem-estar de quem a vive, mas nas famílias destes ex-combatentes (Carvalho, 2017).

Perante esta informação, torna-se inteligível que as queixas de saúde física e mental dos militares portugueses são uma importante preocupação pública e militar (Osório, Carvalho, Fertout & Maia, 2012). Tal requer a implementação oportuna e eficaz de programas de apoio psicossocial baseados na evidência (incluindo estratégias de prevenção, bem como avaliações e intervenções clínicas) para esses grupos e suas famílias. É esperado com estes programas reduzir o uso extensivo de serviços médicos por partes dos veteranos, melhorando assim a saúde pública e equilibrando a relação custo-benefício a ela associada. Considerando que as missões militares em contexto de guerra mobilizam um elevado número de atores e uma exposição prolongada (e por vezes repetida) ao teatro de guerra, a concretização destes planos assume ainda maior relevância (Carvalho, 2017).

2. PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (PSPT)

A PSPT resulta na exposição do indivíduo a eventos traumáticos geradores de extremo stress. Exemplos importantes de eventos traumáticos incluem a guerra, o abuso sexual e agressões físicas violentas. Ser vítima de rapto, refém, prisioneiro de guerra, ataque terrorista, tortura, acidente de carro grave e/ou desastres naturais, como por exemplo incêndios, terremotos e inundações são outros exemplos. Na infância, relevantes eventos traumáticos vão desde o abuso sexual, testemunho de graves agressões físicas ou mesmo a morte de um ente querido (Javidi & Yadollahie, 2012).

2.1. Conceito de Trauma e Acontecimento Traumático

A palavra “trauma” deriva do étimo grego que significa “ferida, choque contra o sistema”. *“Surge definido no dicionário como “qualquer experiência dolorosa que causa dano grave e duradouro ao próprio ou à personalidade” (Chaplin, 1981, p.601), “resultado de um acontecimento doloroso, físico ou mental, causando imediatamente dano ao corpo ou choque à mente” (Corsini, 1999, p.1019).”* (Oliveira, 2008, pág., 11). No que lhe respeita, a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002) define o termo “trauma” como

“(…) a experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo” (p. 463). (Pereira, 2012, pág. 11)

Para a psicologia, é importante compreender o trauma como algo que tem origem no exterior, isto é, um acontecimento externo, mas que apresenta repercussões a nível interno (Sandler, 1991) (cit. por Pereira, 2012). O conceito de trauma psíquico é compreendido, na sua generalidade, como o decorrer de um acontecimento externo ao indivíduo de tal forma

stressante, que lhe causou impacto e o abalou de tal forma que provocou alterações no seu funcionamento psíquico (Pereira, 2012 & Dias, 2019).

Segundo Eizirik et al. (2006) (cit. por Dias, 2019), o trauma psíquico desenrola-se após o indivíduo não ter sido capaz de dar resposta e lidar com a experiência traumática, desenvolvendo assim uma perturbação. Esta caracteriza-se por um evento que resulta no *“(...) aumento da estimulação, num pequeno período de tempo, que se torna demasiado poderoso para ser manuseado de forma normal (...)”* (Dias, 2019, pág. 3). A magnitude do evento traumático é tal e imprevisível, que coloca o indivíduo numa posição de impotência perante a resolução do mesmo (Pereira, 2012). Este *“sente-se desprovido de aptidões ou recursos pessoais e/ou sociais que lhe permitam confrontar a circunstância adequadamente. (Serra, 2003).”* (Nunes, 2010, pág. 11)

Em 1987, na revisão da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III-R) o acontecimento traumático foi caracterizado como um evento que ultrapassa a experiência humana dita normal (Oliveira, 2008). Ainda, segundo a APA (2004), *“evento traumático é definido como uma situação que envolve experiências de morte, perigo de morte, lesão significativa ou risco para a integridade, do próprio ou dos outros em que a resposta do indivíduo envolveu medo intenso, horror ou sensação de impotência.”* (Nunes, 2010, pág.11)

Dentro dos eventos traumáticos plausíveis de um indivíduo vivenciar durante a sua existência, Fog. et al (1999), decidiu agrupá-los em nove categorias:

1. *“Acidentes graves com características diversas, como é o caso de acidentes de avião ou queda de uma ponte;*
2. *Desastres naturais, como é o caso de furacões, vulcões ou inundações;*
3. *Agressão criminosa, como ataques terroristas ou assaltos violentos;*
4. *Exposição a situações de combate, como é o caso de pessoas com vivência de guerra devido à vida militar;*
5. *Agressão sexual, como é o caso da violação;*
6. *Abuso sexual infantil;*
7. *Abuso físico ou negligência grave na infância;*
8. *Situações de rapto, prisioneiros de guerra, tortura ou deslocação forçada devido a condições de guerra;*
9. *(...) Testemunhar ou tomar conhecimento de acontecimentos traumáticos (Vaz Serra, 2003, p.20).”* (Pereira, 2012, pág. 12).

À posteriori na investigação, tem-se vindo a concluir que afinal este tipo de eventos não possuem uma raridade como era esperada, como tal, procedeu-se à exclusão do critério de raridade na definição de trauma (Oliveira, 2008).

Pereira (2012) ressalta ainda que é importante ter em conta a subjetividade do indivíduo e a sua vulnerabilidade para o trauma, que marcam significativamente a percepção e a vivência da experiência traumática. Um evento pode ser considerado traumático para um indivíduo e não o ser para outro, sendo que isto se deve à noção de experiência subjetiva e de vulnerabilidade. Como mencionado anteriormente, um acontecimento só é considerado traumático quando este representa perigo e ameaça para a própria vida e o indivíduo não consegue dar resposta face ao mesmo, deixando-o desesperado sem saber o que fazer (Vaz Serra, 2003) (citado por Pereira, 2012).

“O julgamento de “gravidade extrema” é feito, não em função do tipo de acontecimento em si, mas em função da avaliação, significação e impacto que determina na pessoa. Este pormenor leva a compreender porque há seres humanos que podem sentir certos acontecimentos como traumáticos embora não correspondam verdadeiramente ao que se costuma designar por trauma. (Serra, 2003, p.74).” (Nunes, 2010, pág. 12)

Serra (2003) (cit. por Nunes, 2010), ressalta ainda a importância do contexto cultural na influência sobre o julgamento de gravidade um acontecimento traumático.

Estudos epidemiológicos de Serra (2003) e Maia e Fernandes (2003) têm demonstrando que, apesar de uma grande maioria da percentagem de pessoas se confrontem com tais situações ao longo das suas vidas, apenas uma minoria desenvolve PSPT (Nunes, 2010). Para o enunciado de um diagnóstico de PSPT é necessário a ocorrência de um acontecimento traumático, contudo, não é suficiente. Para além deste, o indivíduo necessita de apresentar uma panóplia de sinais e sintomas, num determinado intervalo de tempo. Com isto, pretende-se declarar que não existe uma relação causa-efeito entre trauma e perturbação. (Anunciação, 1997; Marcelino & Figueiras, 2007; Geraerts & Brennem, 2006) (citado por Nunes, 2010)

Em conclusão, de acordo com Landsman (2002) (cit. por Pereira, 2012), os eventos traumáticos levam os indivíduos ao limite da existência enquanto seres humanos, de modo que, a capacidade de qualquer um em se ajustar e como lidar com os problemas será severamente afetada.

2.2. Diagnóstico, Sintomas e Prevalência. Epidemiologia em Portugal

“A Perturbação de Stress Pós-Traumático tem um longo passado na medida em que o ser humano tem vindo a ser vítima de inúmeras situações trágicas que têm originado impactos no seu funcionamento físico e psíquico.” (Dias, 2019, pág.5), porém, o seu reconhecimento na comunidade médico-científica é bastante recente (Dias, 2019). Foi apenas em 1980 que a APA aceitou a PSPT como diagnóstico, tendo sido mais tarde, só em 1992, reconhecida pela International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Vaz Serra, 2003) (citado por Dias, 2019).

Fazendo uma pequena abordagem histórica ao conceito, foi em 1952, na primeira edição do DSM, que surgiu o termo “reação grave ao stress”, o qual era assinalado por uma *“resposta a um trauma grave, com tendência a desaparecer e surgida usualmente numa personalidade normal”* (Vaz Serra, 2003, pág. 68) (cit. por Dias, 2019, pág. 6). Segundo Osório e Maia (2010) (cit. por Dias, 2019, pág. 6), *“esta perturbação veio a ser incluída com o intuito de relatar sintomas clinicamente significativos em indivíduos vítimas de violação, ataques terroristas, combates em guerras, prisioneiros, entre outras situações.”*

Em termos evolutivos do DSM-I para o DSM-II, apenas foi possível observar a redefinição do termo para “reações de ajustamento”. Este permitiria fazer referência a qualquer situação clínica que adviesse de uma reação ao stress. A formulação do termo “Distúrbio de Stress Pós-Traumático” foi só incluída no DMS-III, em 1980 (Vaz Serra, 2003) (cit. por Dias, 2019).

“A edição do DSM-III destaca-se por apresentar uma descrição mais detalhada, explicitando que para a Perturbação ocorrer era necessária uma experiência direta do indivíduo com uma situação tão ameaçadora que fosse inevitável causar-lhe sofrimento (Sbardelloto et al., 2011). Também tem implícito que após o acontecimento exista continuidade na severidade dos sintomas e impacto psicológico consequente dos mesmos (Sendas, 2009).” (Dias, 2019, pág. 6)

Na elaboração da edição do DSM-IV, em 1994, foi ainda acrescentada a designação clínica de “Distúrbio Agudo de Stress”. Esta permitiu um aumento de situações suscetíveis para o desenvolvimento desta desordem. Esta edição veio também colocar um marco temporal no desenvolvimento da sintomatologia, especificando que o diagnóstico só deve de ser elaborado caso os sintomas ocorram durante um período mínimo de um mês (Vaz Serra, 2003) (cit. por Dias, 2019).

Na revisão da quarta edição do DSM, DSM-IV-TR, a descrição de acontecimento traumático surge como um cenário vivenciado ou testemunhado pelo indivíduo e que tenha gerado um sentimento de ameaça iminente à própria vida ou à de alguém próximo (Sbardelloto et al., 2011) (cit. por Dias, 2019).

Na atualidade, a edição mais recente, DSM-V, trouxe algumas alterações para os critérios de PSPT, que tem vindo a dividir a comunidade psiquiátrica. Das principais alterações destacam-se

“a eliminação das reações de medo, desamparo e horror como forma de resposta à experiência traumática e, a adição do subtipo clínico “sintomas dissociativos”, com o intuito de nomear indivíduos com experiência de despersonalização e desrealização (Walton et al., 2017). Também, a PSPT passou a figurar na classe de traumas e transtornos relacionados ao stress, quando até então figurava na classe dos transtornos de ansiedade (Wimalawansa, 2014).” (Dias, 2019, pág. 6)

No ICD-10 (1992), a mesma é classificada como um transtorno somatoforme, relacionado ao stress neurótico (Javidi e Yadollahie, 2012).

A experiência de um evento traumático, gerador de extremo stress, pode levar a que certos indivíduos, imediatamente após o mesmo, apresentem alguns dos seguintes sintomas: ansiedade severa, sintomas dissociativos, amnésia dissociativa, falta de concentração, distúrbios do sono e desrealização (Javidi e Yadollahie, 2012).

“De acordo com os sistemas de classificação das perturbações mentais (CID-10, 1993; DSM-IV-TR, 2002), o diagnóstico de PTSD envolve necessariamente a exposição a um acontecimento traumático e três grandes grupos de sintomas.” (Oliveira, 2008, pág. 13). O primeiro grupo refere-se à invasão involuntária de pensamentos e imagens do evento traumático e revivência do mesmo sobre a forma de *flashbacks* repentinos e sonhos. Estes são causadores de uma grande angústia emocional e são potenciados aquando o indivíduo está exposto a estímulos que evoquem a experiência traumática. O segundo é caracterizado pelo evitamento por parte do indivíduo de pessoas, lugares, atividades e/ou pensamento que possam evocar a experiência traumática. Inclui ainda o uso e abuso de substâncias. No terceiro grupo de sintomas, é principal atenção para a *hyperarousal*, traduzindo literalmente para português hiperexcitação ou hipervigilância, como mais frequentemente é referido na bibliografia. Este sintoma é expresso sobre a forma de tensão, reações exageradas a estímulos que relembram o trauma, distúrbios do sono, dificuldade na concentração e explosões repentinas e incontroláveis de raiva (Ophir e Jacoby, 2020).

Ainda, segundo Selimbasic, Brkic, Kravic, Hamidovic e Selimbasic (2018), os sintomas da PSPT podem variar dependendo do evento traumático e experiências anteriores de trauma. Por exemplo, traumas relacionados com incêndios florestais causam significativamente mais sintomas de somatização, ansiedade, especialmente ansiedade fóbica, depressão, hostilidade e paranoia, enquanto que, nos veteranos que voltaram das guerras no Iraque e no Afeganistão manifestaram com mais frequência problemas relacionados com o sono e distúrbios respiratórios do sono. Indivíduos com PTSD comórbida queixam-se mais frequentemente de alucinações auditivas angustiantes (Javidi e Yadollahie, 2012).

Outros autores, Selimbasic et al. (2018), classificam e dividem os sintomas em quatro grupos: a re-experienciação do evento traumático, o evitamento de estímulos associados ao trauma, mudanças negativas na cognição e humor e a hipervigilância.

“Nalguns indivíduos também podem ocorrer sentimentos de culpa (culpa do sobrevivente), ideias homicidas (muitas vezes associadas ao agressor), alucinações auditivas e ideação paranóide (casos mais graves e crônicos), queixas somáticas, perda de crenças anteriormente mantidas e alteração nas características prévias da personalidade (DSM-IV-TR, 2002). Em alguns casos pode ainda verificar-se uma alteração permanente da personalidade (CID-10, 1993)” (Oliveira, 2008, pág. 14)

A manifestação desta respetiva sintomatologia pode ser aguda, contudo, a mesma pode não desaparecer e piorar em alguns dos indivíduos, progredido o quadro clínico de uma PSPT (Javidi e Yadollahie, 2012).

Ainda não é claro o motivo pelo qual umas pessoas desenvolvem PSPT e outras não. Existem, porém, alguns fatores conhecidos e estudados que determinam a probabilidade do desenvolvimento do transtorno. Alguns exemplos são: a duração e intensidade do trauma, a distância e extensão da reação ao evento, a perda de um ente próximo e o nível de apoio e suporte (Javidi & Yadollahie, 2012).

Tendo por base a duração da sintomatologia, a PSPT pode ainda ser categorizada em dois tipos, aguda ou crónica. Na PSPT aguda, os sintomas persistem por um período inferior a três meses, na PSPT crónica, a sintomatologia ultrapassa esse marco temporal. Existe ainda a PSPT de início retardado que se refere a uma condição em que o início da sintomatologia ocorre pelo menos seis meses após o evento traumático (Javidi e Yadollahie, 2012).

A PSPT pode causar graves prejuízo na qualidade de vida dos indivíduos, esta tem um impacto importante no seu quotidiano e perturba o normal funcionamento e manutenção das atividades de vida diária (Javidi e Yadollahie, 2012).

A prevalência de PSPT na população geral encontra-se entre 0,5% a 3,5%. Estes valores estão sujeitos a fatores culturais, genéticos e sociodemográficos, que podem ter influência sobre a vivência dos eventos. A PSPT frequentemente aparece em comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, como a depressão, ansiedade e transtornos somáticos (Ophir e Jacoby, 2020).

Em veteranos de guerra, a prevalência encontra-se estimada entre os nove a 31% (Selimbasic, Brkic, Kravic, Hamidovic & Selimbasic, 2018).

“No que concerne à PTSD de guerra, Schlenger et al. (1992, citado por Lapierre, Schwegler & LaBauve, 2007), mencionam que aproximadamente 30% dos veteranos da Guerra do Vietname manifestam sintomas psicológicos relacionados com a sua vivência da guerra ao longo da vida. Estudos mais recentes, com soldados americanos (Wolfe, Erickson, Sharkansy, King & King, 1999; Hoge, Castro, Messer, McGurk, Cotting, & Koffman, 2004) referem prevalências entre os 8-16% nos indivíduos que combateram na Guerra do Golfo, 11% nos que estiveram no Afeganistão e 15-17% nos que estiveram no Iraque.” (Oliveira, 2008, pág. 17).

Como já mencionado anteriormente, a GCP foi um marco importante na vida de milhares de veteranos portugueses (Maia, McIntyre, Pereira e Fernandes, 2006) (cit. por Maia e Morgado, 2019). Partilhando as mesmas características da guerra do Vietnam, vários jovens soldados foram expostos a fatores stressantes de elevada intensidade, de entre os quais, o testemunho de morte de colegas, transporte de corpos de inimigos ou camaradas, vítimas de minas ou terem sido forçados a cometer atos violentos contra inimigos ou civis (Maia, McIntyre, Pereira, e Ribeiro, 2011) (cit. por Maia e Morgado, 2019).

Apesar das visíveis consequências da guerra na vida destes soldados e seus familiares, muitos são os esforços para “esquecer” este marco histórico e as suas repercussões, uma vez que, a maioria da sociedade portuguesa considera-a uma guerra imoral e injusta, negligenciando e, consequentemente, criando um sentimento de discriminação social contra os veteranos da GCP (Albuquerque et al., 1992; Ferrajão & Oliveira, 2014; Maia et al., 2006) (cit. por Maia & Morgado, 2019).

Vários são os estudos e revisões sistemáticas que são publicadas sobre a saúde mental dos veteranos que combateram na Guerra do Vietnam, Iraque e Afeganistão porém, mantém-se uma lacuna na literatura sobre as tropas portuguesas (Maia e Morgado, 2019).

Da bibliografia apurada foram escassos os artigos para dar resposta à epidemiologia e prevalência de PSPT na realidade portuguesa. A publicação mais frequentemente

mencionada por outras estudos de investigação é a de Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003).

Hipólito et al. (2017) publicaram num dos seus trabalhos um resumo da prevalência de PTSP em veteranos da GCP, divulgados por vários autores que estudaram o fenómeno, tendo sido os resultados os seguintes:

- Monteiro-Ferreira (2003) - 66% c/critérios para diagnóstico PTSD;
- Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves (2003) - 10.9% prevalência PTSD;
- Pereira, Pedras, Lopes, Pereira, & Machado (2010) - 39.5% c/critérios PTSD; 80.9% c/perturbações emocionais;
- Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro (2011) - 39% c/critérios PTSD; 56% c/stresse psicológico;
- Ferrajão & Oliveira (2014) Níveis reduzidos de consciência do estado mental e suporte social percebido.

Apesar da GCP ter terminado à mais de 45 anos, ainda são notórios os efeitos nefastos que esta provocou aos seus participantes e familiares (Oliveira, 2008).

2.3. Fatores de Risco e Fatores Protetores

“Considera-se genericamente que um indivíduo tem risco ou apresenta vulnerabilidade para manifestar determinada patologia se a propensão que tem para desenvolver sintomas que se enquadram nos critérios de diagnóstico dessa doença é maior do que a da população em geral (Fields, 1996).” (Oliveira, 2008, pág. 28)

Como podemos observar em capítulos anteriores, a eventualidade de confronto com acontecimentos traumáticos não é assim tão rara como se previa. De uma forma geral, as pessoas confrontam-se com um ou mais eventos traumáticos durante toda a sua vida, contudo, estudo epidemiológicos vêm a constatar que apenas uma minoria desenvolve PSPT.

Este dado é intrigante e leva-nos a questionar o porque de algumas pessoas desenvolveram a perturbação e outras não, e quais os fatores de risco para tal (Oliveira, 2008).

Os primeiros estudos na área revelaram que a intensidade do acontecimento traumático à qual a pessoa foi sujeita estavam na origem do desenvolvimento de PSPT, e que os traços de personalidade do indivíduo exposto não era fatores relevantes. Hoje, sabemos que a intensidade do trauma, os fatores sociodemográficos e os traços de personalidade são preditores da gravidade dos sintomas e do desenvolvimento de PSPT (Javidi e Yadollahie, 2012).

No que diz respeito aos fatores sociodemográficos podemos salientar três subgrupos: estatuto socioeconómico, grau de instrução e influência do género. Estudos têm vindo a revelar que indivíduos com um estatuto socioeconómico mais baixo e um nível de instrução inferior estão mais propensos para o desenvolvimento da perturbação, isto deve-se essencialmente a estarem mais sujeitos a acontecimentos traumáticos a terem na sua posse um número de recursos inferior àqueles com características inversas. No que concerne ao género, tem-se vindo a verificar que o sexo feminino se encontra mais propenso a desenvolver PSPT, tal prestar-se ao facto de as mulheres serem mais propensas a serem vítimas de qualquer tipo de abuso (Serra, 2003) (cit. por Dias, 2019).

Quanto aos fatores individuais, temos os aspetos da história familiar, pessoal e traços de personalidade (Dias, 2019). No que diz respeito ao desenvolvimento infantil, relatos de acontecimentos traumáticos na infância, desde abuso e/ou negligência, tornam o indivíduo, em idade adulta, mais propenso para o desenvolvimento de PSPT (Wimalawansa, 2014) (cit. por Dias, 2019). História familiar de transtornos psicopatológicos dos pais, falta de supervisão, ambiente familiar conflituoso, desemprego e história de consumos são fatores que proporcionam para que a criança seja testemunha ou mesmo vítima de qualquer tipo de violência (Serra, 2003) (cit. por Dias, 2019). Ainda, a existência prévia de transtornos psiquiátricos, quer no próprio indivíduo, quer num membro familiar, este último devido à carga genética, é considerado também um fator de risco para o desenvolvimento da perturbação (Serra, 2003) (citado por Dias, 2019).

Ainda,

“(...) a personalidade do indivíduo integra um fator significativo para o desenvolvimento da PSPT, pois cada indivíduo constitui um papel moderador na resposta ao trauma, sendo mediado pela personalidade de cada um, a reação imediata face ao acontecimento traumático, a forma como é processado o

acontecimento pela ótica cognitiva, a habilidade para planejar formas de apoio social e a exposição a ocorrências traumáticas. (...) (Vaz Serra, 2003)” (Dias, 2019, pág. 11).

A título de exemplo, o neuroticismo, traço de personalidade definido pela tendência a reagir de forma negativa a acontecimentos, tem vindo a ser preditivo para o aparecimento e gravidade de PSPT, uma vez que, indivíduos com traços de personalidade neurótica têm mais propensão a escolher estratégias de coping menos eficazes (Javidi & Yadollahie, 2012).

Estudos desenvolvidos sobre o ponto de vista cognitivo, indicam que as pessoas que conseguem manter a sensação de controlo durante o evento traumático têm menos probabilidade de desenvolver PSPT. Por outro lado, no contexto pós-trauma, os indivíduos que optem por estratégias de coping dissociativas estão mais propensos ao desenvolvimento da perturbação, ao contrário daqueles que utilizem outras estratégias (Javidi e Yadollahie, 2012).

Dos estudos que se tem vindo a realizar na população veterana de guerra, tem-se chegado à conclusão que a idade jovem no momento do trauma, pertencer a uma minoria racial, status socioeconómico e educacional inferior, baixo posto militar, tempo de permanência elevado, anteriores problemas psicológicos e falta de apoio familiar, social e da comunidade são propensos para o desenvolvimento de PSPT (Reisman, 2016).

Factores de risco para a PPST em veteranos de guerra	
Pré-militares	História de doenças mentais dos pais e vulnerabilidade para a psicopatologia
Condições prévias à mobilização	Carências alimentares e de vestuário Falta de acompanhamento escolar e afectivo Exposição ao trauma por abuso físico, sexual e/ ou psicológico na infância Baixa escolaridade
Péri-militares	Carácter obrigatório da recruta militar e idade jovem Treino militar recebido inadequado ou insuficiente
Condições no decurso da experiência de guerra	Exposição a combate com percepção de ameaça para a própria vida Experiências de ferimentos e acidentes Baixas de colegas militares e confronto com a morte e cadáveres Exposição cumulativa a stressores de combate Acções de violência e crueldades perpetradas pelos militares Condições extremas de alimentação, sono e clima Sentimentos negativos e percepção negativa da condição de militar Experiências de dissociação e amnésia
Pós-militares	Baixa percepção de apoio social
Condições após a desmobilização	Confronto com as perdas económicas e de saúde e stressores adicionais Baixa adaptação ao contexto envolvente: laboral, familiar e social Dificuldades de relacionamento interpessoal Processamento cognitivo centrado nas ruminções e interpretações negativas

Figura 1 - Factores de risco para a PSPT em veteranos de guerra. Retirado de Começanha (2011, pág. 25). Percursos individuais face ao potencial trauma em ex-combatentes da guerra colonial: uma comparação entre a patogénese e a salutogénese. (Tese de Mestrado)

Para além dos factores de risco associados para o desenvolvimento da perturbação, a literatura tem-se também focado em tentar perceber quais os factores protetores que auxiliam os indivíduos no não desenvolvimento da doença. Um deles é referente ao apoio social e o outro à personalidade resiliente (Dias, 2019).

“O termo apoio social refere-se a relações sociais e à sua coesão, aos elos afetivos, ao apoio existente e à prestação de cuidados (Vaz Serra, 2003), deste modo, o apoio social reverte-se numa ação protetora mais forte contra a traumatização (Wimalawansa, 2014).” (Dias, 2019, pág. 14)

A personalidade resiliente encontra-se no polo oposto da personalidade anteriormente dada como exemplo, neurótica. O tipo de personalidade resiliente é considerada como um bom prognóstico após um acontecimento traumático, esta tem a capacidade de recuperar facilmente das adversidades e tem como características *“abertura de espírito, flexibilidade, competência para aprender com a experiência, tolerância ao stress, coragem, criatividade,*

disciplina, integridade de consciência, sentido de humor e gosto por arquitetar sonhos. (...).
(Vaz Serra, 2003)” (Dias, 2019, pág. 15).

Factores protectores em veteranos de guerra	
Pré-militares	Inexistência de stressores que atentem contra o valor como pessoa
Condições	Ausência de violência e discussões, num contexto previsível
prévias á	Coesão familiar, percepção de união para um objectivo comum
mobilização	Interpretação das dificuldades económicas como um sacrifício necessário
Péri-militares	Resiliência, pela capacidade de se adaptar ou mudar face à adversidade
	Gerar emoções positivas, ter flexibilidade cognitiva e adoptar o <i>coping</i> activo
Condições no	Gestão pessoal da ameaça percebida face à exposição à guerra
decurso da	Elevada coesão da unidade militar
experiência de	Boa relação com as chefias
guerra	Interpretação de boa preparação para a batalha e dos recursos disponíveis
	Elos de contacto com as fontes de apoio pré-militar, de amigos e familiares
	Menor duração da missão
Pós-militares	Satisfação com o apoio social emocional e instrumental recebido
Condições	Capacidade de mobilizar ajuda e expressar as suas necessidades
após a	Baixo número de stressores adicionais
desmobilização	Boa integração nos contextos laboral, familiar e social
	Percepção de empatia e valorização do papel do veterano

Figura 2 - Factores protectores para a PSPT em veteranos de guerra. Retirado de Começanha (2011, pág. 26).
 Percursos individuais face ao potencial trauma em ex-combatentes da guerra colonial: uma comparação entre a
 patogénese e a salutogénese. (Tese de Mestrado)

3. CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO (CPT)

O Crescimento Pós-Traumático (CPT) pode ser definido como um conjunto de mudanças positivas que decorrem após um período de crise vivenciado pelo indivíduo. Exemplos de mudanças positivas são a maior valorização pela vida, estabelecimento de novas prioridades na vida, um senso de maior força pessoal, identificação de novas possibilidades, melhoria na qualidade dos relacionamentos e mudança espiritual positiva (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger, Maercker, 2009).

3.1. Definição de CPT

Devido aos muitos problemas associados à PSPT, a literatura tem-se focado essencialmente nos seus aspetos negativos, contudo, Richard Tedeschi e Lawrence Calhoun, vêm pela primeira vez, na década de 90, relatar um aspeto positivo que advém da exposição a um evento traumático e o sofrimento psicológico causado por tal (Cox, 2017). A bibliografia tem mostrado evidências de que pessoas que passaram por um evento extremamente traumático, podem, frequentemente, perceber algo positivo do mesmo. A esta mudança psicológica positiva, Tedeschi e Calhoun, em 1996, deram o nome CPT (Santos, 2017). Chama-se especial atenção para o facto de que tal não significa que a pessoa avalie o evento adverso em si como algo positivo, mas sim o processo de controle da situação após o mesmo (Tedeschi & Calhoun, 2004) (citado por Decker, 2016). *“Por definição, o CPT corresponde a um conjunto de mudanças positivas que são percebidas pelo indivíduo como resultado dos esforços individuais despendidos, no confronto com determinado acontecimento traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004).”* (Ramos, 2016, pág. 27).

Tedeschi e Calhoun (1996) (cit. por Santos, 2017) identificam três categorias nas quais os indivíduos que experienciaram um acontecimento traumático percebem algum benefício.

Estas são as mudanças na percepção do *self*, mudanças nas relações pessoais e mudanças na filosofia de vida. O Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), inventário do CPT, criado por Tedeschi e Calhoun em 1996 tem por base essas categorias, que mais tarde, as divide em cinco domínios, que são (Santos, 2017):

- *“Relações Interpessoais (Relating to Others) – Para lidar com a percepção de stress, perda ou morte, o indivíduo aumenta a procura de suporte na rede de contactos familiares e sociais (Tedeschi & Calhoun, 1996), o que pode conduzir a uma maior clareza das relações interpessoais; algumas relações tornam-se mais próximas e íntimas e, por outro lado, outras relações enfraquecem e /ou terminam (Tedeschi & Calhoun, 2004);*
- *Novas Possibilidades (New Possibilities) - Percepção de novas possibilidades e oportunidades nos diversos domínios da vida pessoal. O indivíduo desenvolve novas perspectivas de realização pessoal, que não existiam antes do trauma (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004);*
- *Competências Pessoais (Personal Strength) – Ao reconhecer em si próprio capacidades pessoais para lidar com o acontecimento stressante, o indivíduo percebe em si uma maior força individual para resolver futuros desafios e adversidades (Tedeschi & Calhoun, 2004);*
- *Desenvolvimento Espiritual (Spiritual Change) - Percepção de maior abertura a questões religiosas e uma maior compreensão de assuntos espirituais. A fé em Deus ou em uma entidade superior fortalece-se após o trauma, sendo utilizada como estratégia de coping (Calhoun & Tedeschi, 2004). Por outro lado, o confronto com o trauma pode clarificar e diminuir a crença espiritual ou religiosa;*
- *Valorização da Vida (Appreciation of Life) – O indivíduo compreende que não é possível prever ou controlar os acontecimentos do quotidiano, como resultado da percepção de imprevisibilidade e de vulnerabilidade, após a ocorrência inesperada do trauma (Calhoun & Tedeschi, 2004). Assim, ocorre uma mudança nas prioridades de vida e um aumento da apreciação e da valorização dos diferentes momentos do quotidiano.” (Ramos, 2016, pág. 27).*

Segundo Tedeschi e Calhoun (2004) (cit. por Nunes, 2019), são vários outros termos que têm sido usados para descrever o CPT, contudo, os autores originais consideram que este é o conceito que melhor descreve a essência do fenómeno de crescimento pessoal face a um evento traumático. Ainda segundo Tedeschi e Calhoun (2004) (cit. por Santos, 2017), o CPT não é um mecanismo de coping, ou seja, não é um processo para lidar com o problema, mas sim o resultado desse mesmo processo.

Moran et al. (2013) (cit. por Cox, 2017) relatam que é importante ter em mente que o CPT não é uma reação psicológica à ausência de stress, isto é, a existência de stress pós-traumático é necessária para que o indivíduo desenvolva CPT.

“(...) embora a regra de resposta universal a um evento traumático seja a dor e as experiências negativas, as pessoas são capazes de ver aspectos positivos no processo de luta (Vázquez, 2008). No entanto, a experiência da aprendizagem ou o crescimento não negam o sofrimento necessário, ou seja, este tipo de reacções não

significa que estas pessoas não sofram ou sofram menos (Hervás, 2009)." (Fonseca, 2011, pág. 10)

Um estudo de Tedeschi e Calhoun (1996) demonstrou que indivíduos que passaram por uma experiência traumática de grande severidade, demonstraram uma maior mudança em comparação com aqueles em que o evento traumático foi menor. Isto é, os indivíduos que vivenciaram situações mais graves ou que foram afetados de forma muito negativa, têm a probabilidade de sofrerem mais com isso e apresentarem mais sintomas de distress, contudo, têm também a probabilidade de crescerem mais no processo de recuperação e, portanto, encontrar maiores benefícios na sua experiência traumática (Tedeschi & Calhoun, 2004) (cit. por Fonseca, 2011). Porém, níveis muito elevados de distress podem não resultar necessariamente num aumento do CPT. Eventos traumáticos muito severos podem sobrecarregar os recursos psicológicos da maioria das pessoas, levando ao adoecimento e não crescimento (Calhoun & Tedeschi, 2006) (cit. por Santos, 2017).

Ainda segundo os mesmos autores, indivíduos com boas capacidades de coping poderão não reportar crescimento. Boas estratégias de coping permitem ao indivíduo uma melhor capacidade de confronto com a experiência traumática, impedindo que estes fiquem tão afetados pela mesma, e, é precisamente este confronto com o trauma que origina o crescimento.

Nos estudos desenvolvidos com veteranos de guerra sobre a PSPT, alguns investigadores depararam-se com descobertas surpreendentes nas quais, alguns dos participantes, relatavam que a experiência de combate tinha trazido consequências positivas para os próprios (Tedeschi, 2011). Vários estudos (Aldwin & Levensomn, 2005; Aldwin, Leveson & Spiro, 1994; Csella & Motta, 1990; Elder & Clipp, 1988) têm vindo a chegar à conclusão que o relato positivo dos veteranos acerca da sua experiência na guerra estava frequentemente associada a menores níveis de PSPT e elevados níveis de maturidade emocional (Tedeschi, 2011).

Segundo o estudo de Bush et al. (2011), tem-se vindo também a constatar que o CPT reduz a ideação suicida em ex-combatentes (Stein, Levin, Bachem & Solomon, 2018). Além disso, tem-se verificado que o CPT pode prever uma melhor capacidade funcional entre os veteranos que lutam contra a PSPT (Tsai et al., 2015), bem como contribuir para o seu bem-estar (Karlsen et al., 2006) (cit. pot Stein et al., 2018).

O CPT torna-se assim uma meta a atingir no esforço contínuo para cultivar a resiliência em veteranos de guerra (Tedeschi, 2011; Tedeschi and McNally, 2011) (cit. pot Stein et al., 2018).

Em suma é importante lembrar que

“O CPT não pode ser visto como uma melhoria do bem-estar nem como uma diminuição do sofrimento psicológico (Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). Embora o CPT tenha sido correlacionado com uma redução do sofrimento psicológico, é necessário algum grau de sofrimento, não só para iniciar o processo de crescimento, como também posteriormente, de maneira a manter e a aumentar o CPT, o que demonstra que estes dois construtos aparentam coexistir (Tedeschi & Calhoun, 2004).” (Santos, 2017, pág. 11)

3.2. Preditores de CPT

Até á data, a grande maioria dos estudos desenvolvidos sobre o CPT foram de natureza transversal, portanto ainda muito pouco se sabe sobre o curso e preditores do mesmo (Gamboa-Chaves & Quirós-Mata, 2019; Fogle, Tsai, Mota, Harpaz-Rotem, Krystal, Southwick & Pietrzak, 2020). Como poderemos observar ao longo deste capítulo, são quase sempre os mesmos autores e estudos que são mencionados na bibliografia para falar sobre o tema.

Para a emergência e o desenvolvimento de CPT existem vários fatores que para tal contribuem. Entre os quais têm sido relatadas as variáveis sociodemográficas, as características do trauma, gravidade e duração, sintomas psicopatológicos prévios, como PSTP, depressão ou ansiedade, as características da personalidade, estilos de coping, variáveis religiosas e o suporte social (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger, Maercker, 2009).

No que diz respeito à variável sociodemográfica, no que concerne ao sexo, alguns estudos sugerem que as mulheres vivenciam um maior crescimento em relação aos homens, contudo, estes resultados são inconstantes. Relativamente à idade, tem-se vindo a verificar um maior CPT em idades mais jovens, isto pode dever-se essencialmente ao facto de uma maior capacidade de adaptação e reinvenção de si próprio em idades mais novas (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi, & Calhoun, 2003, cit. por Vázquez et al., 2008) (cit. por Fonseca, 2011), porém, na infância e adolescência, os mais velhos demostram maior capacidade de crescimento, isto porque são mais maduros (Milam, Ritt-Olson, & Unger, *in press* cit. por Linley & Joseph, 2004) (cit. por Fonseca, 2011).

As características do evento traumático desempenham também um papel importante no desenvolvimento do CPT, porém, não é o evento em si, mas a experiência percebida e subjetiva do indivíduo sobre o mesmo, isto é, a sensação de controlo durante o acontecimento e a sensação subjetiva de ameaça à vida (Briere & Elliott, 2000, cit. por Vázquez et al., 2008) (cit. por Fonseca, 2011). O stress percebido tem um impacto fundamental para o desenvolvimento do CPT, uma vez que, de acordo com o modelo teórico de CPT, *“a percepção de stress após o confronto com o trauma é essencial para a emergência do processo de CPT (Tedeschi & Calhoun, 2004; Calhoun & Tedeschi, 2006).”* (Ramos, 2016, pág. 31). Segundo Tedeschi e Calhoun (2004) o CPT só pode ocorrer em situações onde há uma intensidade tão forte que põe em causa os esquemas básicos do indivíduo, porém, esta intensidade não precisa de ser real, mas sim percebida pela pessoa que a vivencia (Fonseca, 2011). Porém, como já referido anteriormente, situações traumáticas percebidas como devastadoras e brutais podem mesmo bloquear qualquer possibilidade de CPT pela enorme sobrecarga emocional vivenciada pelo indivíduo (Fonseca, 2011).

É importante ressaltar que nem todos os autores partilham da opinião sobre que o stress percebido é um preditor para o desenvolvimento do CPT (Ramos, 2016). Isto deve-se essencialmente às incongruências quanto à existência e ao sentido da relação entre estas variáveis (Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson, & Andrykowski, 2009) (cit. por Ramos, 2016).

O tipo de personalidade do indivíduo aparenta ter uma grande influência sobre a sua capacidade de crescer após um evento traumático, porém os dados ainda são inconcludentes. *“(...) traços de personalidade e processamento cognitivo, têm surgido como preditores do CPT. Contudo, a maioria dos estudos têm recorrido a uma metodologia transversal e utilizado instrumentos limitados, pelo que os resultados ainda estão longe de serem conclusivos (Linley & Joseph, 2004).”* (Fonseca, 2011, pág. 13)

Segundo Calhoun e Tedeschi (2004) pessoas que apresentem traços de personalidade como a “extroversão” e a “abertura à experiência” têm maior relação com o CPT. Estas pessoas parecem ser mais capazes de por em prática mecanismos reflexivos e de reconstrução cognitiva pós-traumática por apresentarem emoções e cognições mais positivas em situações adversas. É importante ressaltar que a presença de emoções positivas está mais relacionada com o CPT do que a ausência de emoções negativas (Vázquez, Hervás, & Pérez-Sales, 2006, cit. por Vázquez et al., 2008) (cit. por Fonseca, 2011, pág. 14).

Outros traços da personalidade frequentemente associados ao CPT são a resistência e a resiliência. O primeiro parece não só reduzir o impacto do stress, mas também, eventualmente, favorecer o CPT (Vázquez et al., 2008) (cit. por Fonseca, 2011). Num estudo realizado com ex-combatentes foi possível observar que aqueles que tinham sido expostos a um maior nível de stress mostravam de igual forma um maior nível de personalidade resistente, que surgia associada a um número maior de mudanças positivas (Waysman, Schwarzwald & Solomon, 2001, cit. por Vázquez et al., 2008) (cit. por Fonseca, 2011). O segundo traço da personalidade faz referência à capacidade da pessoa em se adaptar a contextos adversos e tem um papel importante na construção de significados positivos (Vázquez et al., 2008) (cit. por Fonseca, 2011). Pessoas resilientes têm uma maior capacidade de encontrar significados positivos nos acontecimentos, como tal, apresentam maiores recursos psicológicos e estão sujeitas a menos sintomas depressivos (Fredrickson, Tugade, Waugh & Larkin, 2003) (cit. por Fonseca, 2011).

No que diz respeito às estratégias de coping, o que a bibliografia tem evidenciado é que *“o coping focado na resolução do problema, a aceitação, a reinterpretação positiva e as estratégias religiosas positivas estão relacionadas de forma positiva com o CPT (Linley & Joseph, 2004).”* (Fonseca, 2011, pág. 15)

No que se refere ao apoio social, a sua correlação com o CPT é complexa e os dados ainda não são suficientemente claros (Fonseca, 2011). Dos estudos realizados com veteranos americanos da Guerra do Golfo e, mais recentemente, em ex-combatentes das missões Operation Enduring Freedom (OEF), Operation Iraqi Freedom (OIF) e Operation New Dawn (OND), veio-se a constatar que, aqueles que eram casados, que tinham um forte apoio social e representavam uma minoria racial apresentavam um nível de CPT superior aos restantes (Maguen et al., 2006; Kaler et al., 2011; Mitchell, Gallaway, Millikan, & Bell, 2013; Tedeschi & Calhoun, 1995; Tsai et al., 2015) (cit. por Cox, 2017). É importante ressaltar que o apoio pode vir de diferentes formas, como por exemplo, o casamento, a camaradagem entre os membros militares e da unidade e ser membro de uma cultura que ofereça um forte apoio social (Cox, 2017). Relatos revelam a imprescindibilidade do suporte social para o desenvolvimento do CPT. Este fornece ao indivíduo *“novos padrões esquemáticos que o impulsionem no crescimento e na oportunidade de relatar o episódio traumático e conseguir com mais facilidade aceitá-lo e integrá-lo na sua nova narrativa de vida.”* (Duarte, 2018, pág. 15)

3.3. Modelo de CPT

“Recentemente, Tedeschi e Calhoun (2004) reviram o seu modelo descritivo funcional do Crescimento Pós-Traumático (Tedeschi & Calhoun, 1995; 2004) no qual descreveram que para existir CPT é fulcral o acontecimento de um evento traumático que denominam de “evento sísmico”, ou seja, um acontecimento que desafie, anule ou conteste de forma brusca o modo como o indivíduo percebe o mundo.” (Duarte, 2018, pág. 14).

O modelo de CPT (Tedeschi & Calhoun, 2004; Calhoun & Tedeschi, 2006) estabelece o processo de crescimento individual a que o indivíduo é sujeito após um acontecimento traumático (Ramos, 2016). O CPT é considerado um fenómeno pessoal, este é influenciado pelas características individuais do sujeito no período pré-trauma, ou seja, extroversão, abertura à experiência, crenças religiosas, género, entre outros, e pelas características do acontecimento. O indivíduo interpreta o evento traumático com base nas suas características individuais e das suas experiências passadas (Nunes, 2019).

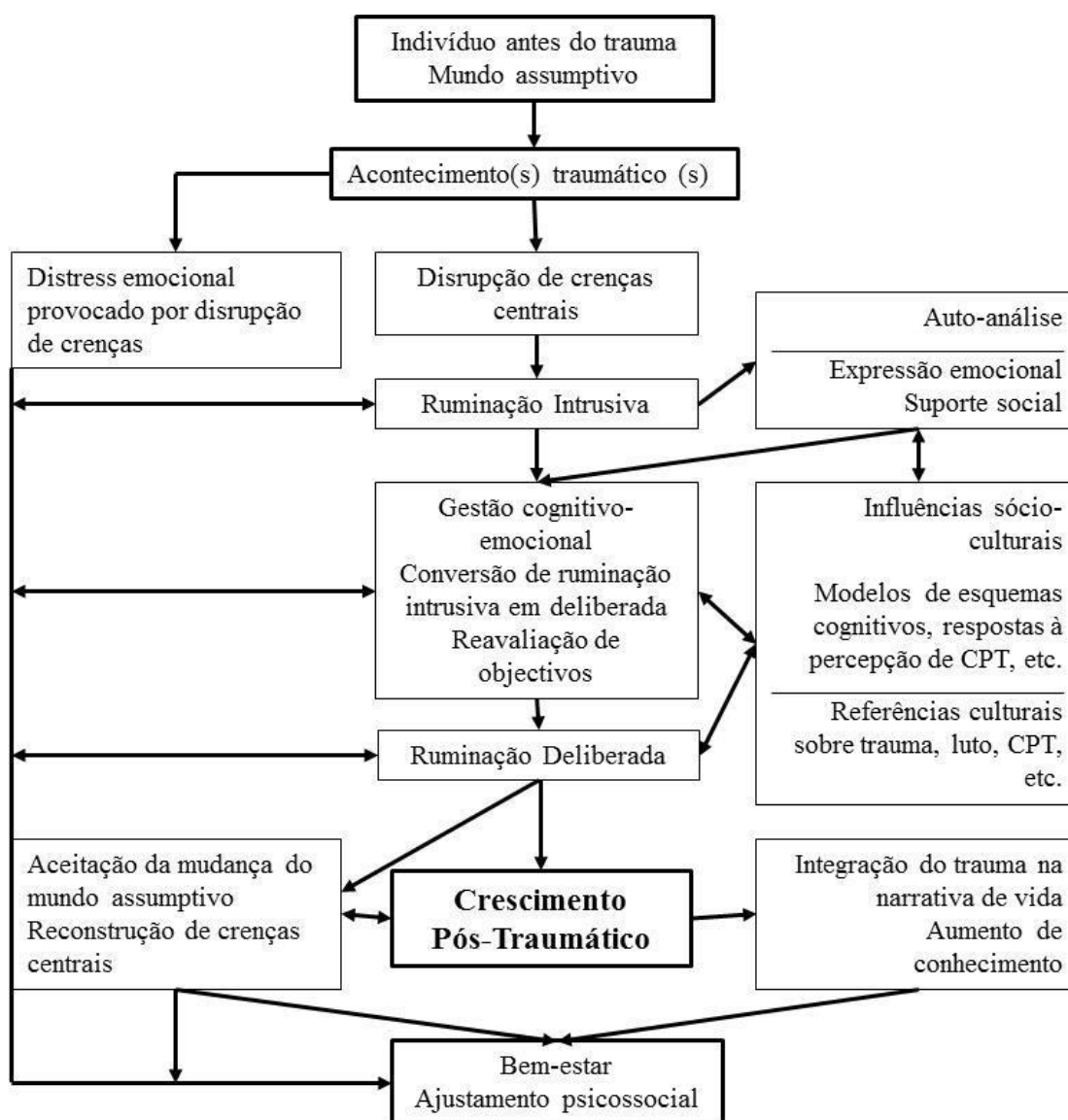


Figura 3 - Modelo de crescimento pós-traumático (CPT) adaptado de Model of Posttraumatic Growth (Lawrence Calhoun, Richard Tedeschi & Arnie Cann) by L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi. (2013). Posttraumatic growth in clinical practice. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group, p.17. Retirado de Ramos (2016).

“O processo inicia-se com um acontecimento disruptor, suficientemente traumático e stressante para provocar intensas reacções cognitivas e emocionais. É a natureza desafiante do acontecimento traumático que vai ameaçar a estrutura cognitiva previamente construída e, em consequência, despoletar a disrupção de crenças centrais (Cann et al., 2010; Tedeschi & Calhoun, 2004).” (Ramos, 2016, pág. 28).

Após a ocorrência de um evento traumático, ou evento sísmico, como chamam os autores do modelo, um fator decisivo e influenciador do CPT são as crenças centrais que o indivíduo tem acerca de si e do mundo que o rodeia (Nunes, 2019). As crenças centrais são designadas como um conjunto de esquemas cognitivos e pressupostos básicos que as pessoas têm em geral sobre si próprias, os outros e o mundo. Estas têm por base as experiências e aprendizagens individuais e, é o conjunto de estas crenças que influenciam e guiam o

comportamento do indivíduo e que o orientam a esperar determinados comportamentos dos outros (Janoff-Bulman, 2004; 2006) (cit. por Ramos, 2016). O conjunto de estas crenças denominam-se por mundo assumptivo do indivíduo e é este que é abalado aquando um acontecimento traumático (Nunes, 2019)

Perante um acontecimento traumático, ou seja, perante a disrupção do mundo assumptivo do indivíduo, este depende de esforços emocionais e cognitivos para a reconstrução das suas crenças centrais destruídas (Janoff-Bulman, 2006; Cann et al., 2010) (cit. por Ramos, 2016). Este processo de redefinição cognitiva, ou processamento cognitivo, é considerado um fator decisivo e preditor de CPT (Cann et al., 2010; Calhoun & Tedeschi, 2013; Taku, Cann, Tedeschi, & Calhoun, 2009) (cit. por Nunes, 2019). Os autores Calhoun e Tedeschi, utilizam a metáfora de reconstrução física após um sismo, de estruturas mais fortes e capazes de resistir a futuras ameaças, para descrever este processo cognitivo.

Perante um acontecimento traumático e a rutura do mundo assumptivo, o processamento cognitivo acerca do evento é, numa primeira instância, automático, caracterizado por ruminação intrusiva. *“A ruminação intrusiva, por norma ocorre após a rutura, e caracteriza-se pela ocorrência de pensamentos e imagens intrusivos, automáticos e negativos, que estão fora do controlo do indivíduo, ou seja, o indivíduo reexperimenta a situação mesmo quando não é essa a sua vontade.”* (Nunes, 2019, pág. 8). Este processo de ruminação intrusiva é doloroso e nem todos os indivíduos são capazes de o fazer de uma forma cómoda. Quando este processo se prolonga no tempo, o indivíduo pode sofrer consequências como o aparecimento de sintomas depressivos e/ou de stress pós-traumático (Janoff-Bulman, 2006; Taku et al. 2009) (cit. por Nunes, 2019).

Porém, com o passar do tempo e indivíduo evolui e este processamento cognitivo de ruminação intrusiva passa de um movimento involuntário para um voluntário, ou seja, ruminação deliberada (Richard e Tedeschi, 2011). Esta é caracterizada por ser um processo reflexivo e surge pela vontade de o próprio em se confrontar intencionalmente com o acontecimento traumático (Janoff-Bulman, 2006) (cit. por Nunes, 2019) de forma a lhe atribuir um significado (Cann et al., 2010; Calhoun & Tedeschi, 2006; 2013) (cit. por Nunes, 2019). Neste processo, as crenças centrais, anteriormente abaladas pelo acontecimento traumático, são reconstruídas. O indivíduo tenta compreender o significado real do acontecimento e envolve-se num processo contínuo de reconstrução e integração de novas crenças no seu mundo assumptivo (Nunes, 2019). *“(...) quanto maior for o envolvimento do indivíduo nos pensamentos que dão sentido ao evento e quanto maior for a sua capacidade*

para lidar com as consequências do acontecimento traumático de uma forma natural mais provável será a experiência de CPT (Calhoun & Tedeschi, 2006; Taku et al. 2009).” (Nunes, 2019, pág. 9). É neste processo que o indivíduo percebe mudanças positivas na sua visão do mundo e nas interações com os outros (Calhoun & Tedeschi, 2006) (citado por Ramos, 2016, pág. 29).

Como observamos no capítulo anterior, o processamento cognitivo, apesar de crucial, não é o único preditor que está na origem do CPT (Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi, Calhoun, & Cann, 2007). Outros fatores contribuem para o desenvolvimento do mesmo e são a

“valorização das cognições após o trauma, a importância do distress no contexto do processamento cognitivo do indivíduo, a personalidade existente antes do trauma, as estratégias de gestão emocional relacionada com o acontecimento, a expressão emocional acerca do acontecimento traumático, o ambiente sócio-cultural e a interação social, etc. (Tedeschi et al., 2007).” (Ramos, 2016, pág. 29).

O CPT não é um fenómeno universal, pelo que, nem todos os indivíduos que se confrontam com eventos traumáticos o vivenciam (Tedeschi & Calhoun, 2004) (cit. por Nunes, 2019), por exemplo, indivíduos resilientes podem não vir a desenvolver tal crescimento uma vez que, devido à sua personalidade, o acontecimento traumático não tem o mesmo impacto negativo sobre eles (Richard e Tedeschi, 2011). O CPT não é significado de aumento de bem-estar ou diminuição do stress para o indivíduo, estudos demonstram que são conceitos diferentes e que não estão relacionados entre si, até porque o CPT não implica o desaparecimento de sentimentos ansiosos (Tedeschi e Calhoun, 2004) (cit. por Nunes, 2019). Os domínios relatados pelos indivíduos que experienciam este fenómeno são os cindo já anteriormente mencionados: maior senso de força pessoal, nova apreciação pela vida, reconhecimento de novas possibilidades ou oportunidades no rescaldo do trauma, melhoria nas relações interpessoais, marcando-as por mais compaixão e conexão emocional e desenvolvimento espiritual (Richard e Tedeschi, 2011). Estas mudanças podem ajudar a fortalecer o carácter do indivíduo (Peterson, Park, Pole D’Andrea & Seligman, 2008) (citado por Richard & Tedeschi, 2011). Na consequência do acontecimento traumático o indivíduo pode experienciar perdas e ganhos, desilusão e apreciação, imprevisibilidade e preparação, vulnerabilidade e resistência, porém, cabe-lhe a ele focar-se num ou outro aspeto, tendo sempre certo que ambos estão presentes (Janoff-Bulman, 2004) (citado por Nunes, 2019).

4. MODELOS E PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO NA PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (PSPT): EVIDÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO

Os militares que retornam à vida civil enfrentam muitas vezes verdadeiros desafios de reintegração na sociedade, especialmente aqueles que sofrem de PSPT, pelo que, intervenções iminentes são necessárias nesta área de forma a dar apoio e facilitar esta transição (Boss, Branson, Hagan e Krause-Parello, 2019).

Devido ao serviço militar, os membros das forças armadas frequentemente testemunham ou vivenciam eventos traumáticos, sendo que a percentagem de militares que sofrem deste transtorno é significativa. Os sintomas de PSPT são difíceis de tratar e a sua gravidade varia. Esta perturbação não tratada pode levar, como já referido em capítulos anteriores, à incapacidade por parte do indivíduo em regular emoções, encontrar-se constantemente num estado de hipervigilância, incapacidade para uma boa higiene do sono, ansiedade, depressão, desconexão social, entre outros (Mayo Clinic, 2019) (citado por Boss et al., 2019).

Entre os tratamentos com evidências de eficácia para a PSPT, destacam-se os tratamentos farmacológicos (Hollifield, Mackey & Davidson, 2006), e as terapias psicológicas/psicoterapias (Boss et al., 2019), nomeadamente as Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) (Brunnet, Silva, Soares, Guimarães & Pizzinato, 2014). Segundo Ophir e Jacoby (2020) e (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, & Lewis, 2013) (citado por Barawi, Lewis, Simon & Bisson, 2020) terapias com foco no trauma como a Terapia de Processamento Cognitivo, terapia de Exposição Prolongada e terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares têm sido as mais investigadas e as que têm mostrado ser mais eficazes.

Enquanto que estas terapias funcionam razoavelmente bem para muitos indivíduos, estimativas recentes sugerem que até 50% das pessoas com PSPT não responde adequadamente ao tratamento, mesmo estando completamente envolvidos no mesmo (Resick et al., 2017) (citado por Barawi et al., 2020). Além disso, 10 a 20% da população em geral e 20 a 40% dos veteranos militares expostos a traumas, experienciam sintomas de PSPT

que persistem apesar de tratamento (Rauch et al., 2018) (Hall et al., 2019) (cit. por Barawi et al., 2020).

Não é claro o motivo pelo qual os tratamentos funcionam bem para umas pessoas e não para outras, pelo que há uma necessidade urgente de identificar precisamente quais os fatores que moderam os resultados do mesmo (Barawi et al., 2020). Melhorar a compreensão dos fatores associados com o resultado e sucesso do tratamento é importante por diversas razões. Primeiro, esse conhecimento pode ser útil para determinar escolha do tratamento, especialmente porque nem todos os indivíduos respondem a intervenções de primeira linha (Watts et al., 2013) (cit. por Barawi et al., 2020). Segundo, o maior conhecimento sobre a temática pode levar a uma melhor visão dos processos fundamentais do tratamento subjacente e facilitar as adaptações ou o desenvolvimento de novas abordagens que melhorem os resultados. Terceiro, os clínicos serão capazes de ajustar a distribuição e o planejamento do tratamento atual, a fim de reduzir a fraca resposta ao mesmo (Barawi et al., 2020).

A revisão sistemática realizada por Barawi et al. (2020) é a primeira revisão sistemática a considerar quais os fatores associados ao resultado das psicoterapias para PSPT. Os autores analisaram um conjunto de 25 ensaios clínicos randomizados (Randomized Clinical Trials - RCT's) que aplicaram terapias como a "Exposição Prolongada", "Terapia Centrada no Presente", "Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares", "Terapia de Relaxamento", "Aconselhamento de Apoio", "Terapia por Realidade Virtual", entre outras, e chegaram à conclusão que existem vários fatores que podem levar ao sucesso ou insucesso do tratamento da PSPT com recurso a estas terapias. Estes autores categorizaram os fatores em três dimensões, condição clínica do indivíduo, características pessoais e outros fatores que não se incluem nestas duas variáveis.

Relativamente aos fatores alistados com a condição clínica foram analisados a severidade dos sintomas; a comorbilidade sintomatológica, isto é, a presença ou não de outras patologias psiquiátricas associadas; aspetos relacionados com o tratamento, como por exemplo o número de sessões ou módulos concluídos ou o uso de terapêutica psicotrópica; o tempo decorrente desde o trauma e o tipo de trauma. De estas quatro subcategorias, chegou-se apenas à conclusão que a pessoa que sofre de PSTP e tem como diagnóstico subjacente a depressão, poderá não ter o mesmo sucesso no processo terapêutico em comparação com os restantes. Os autores justificam tal acontecimento uma vez que a

depressão potencia a severidade dos sintomas da PSPT. As outras subcategorias não revelaram estar relacionadas com o sucesso ou insucesso do tratamento (Barawi et al. 2020).

No que diz respeito às características pessoais do indivíduo foram analisados fatores como a idade; o sexo; as habilitações literárias; o estado matrimonial; as condições económicas, como o estar ou não desempregado e o nível de *income* salarial; e o empenho e adesão ao tratamento. Destes fatores analisados, chegou-se à conclusão que, em dois dos RCTs, o nível de empenho e adesão ao tratamento estão relacionados positivamente com o sucesso do tratamento *versus* um estudo que não revela associação. Foi ainda possível observar que seis dos RCTs revelaram que níveis mais elevados de habilitações literárias potenciam o sucesso dos tratamentos, porém, outros cinco não demonstraram qualquer associação. Todos os restantes fatores não revelaram qualquer tipo de associação para o sucesso das terapias psicológicas (Barawi et al., 2020).

Uma melhor regulação emocional e uma melhor capacidade de descrever as suas experiências, pensamentos, emoções e sensações numa maneira não crítica demonstraram associação positiva com os resultados dos tratamentos. Por outro lado, a etnicidade e o número anterior de traumas não revelaram associação significativa entre o sucesso ou insucesso do tratamento (Barawi et al., 2020).

Os investigadores desta revisão sistemática alertam para a falta de conhecimento que existe em relação aos fatores associados ao resultado do tratamento de PSPT. Relatam ainda a inconsistência dos fatores relatados e a variação nos resultados do tratamento entre os indivíduos com PSPT. Porém, estes refletem que não é razoável esperar que uma explicação simples para a variação nos resultados seja encontrada para uma condição de saúde mental com a diversidade clínica e fisiopatológica como é a da PSPT (Weathers & Keane, 2007). Os autores destacam que os resultados desta revisão não sugerem que alguém deva de ser excluído de receber o devido tratamento, só pela presença destes fatores considerados. A associação entre os vários fatores e o resultado esperado do tratamento é que deve ser levado em consideração aquando a prescrição de intervenções específicas para pessoas com PSTP (Barawi et al., 2020).

4.1. Terapia de Processamento Cognitivo

A Terapia de Processamento Cognitivo (*Cognitive Processing Therapy* – CPT) é uma terapia focada no trauma e assume que, após um evento traumático, os indivíduos tendem a tentar perceber o sucedido, levando muitas vezes a crenças distorcidas sobre eles próprios, o mundo e os outros (Watkins, Sprang & Rothbaum, 2018). Na tentativa de integrar o evento traumático, as pessoas muitas vezes recorrem à assimilação, à acomodação ou à acomodação em excesso/excessiva (Watkins, Sprang & Rothbaum, 2018).

“(...) estudos (...) usam os conceitos de assimilação e de acomodação para descrever o processo de mudança conceptual, explicando-os do seguinte modo: a assimilação corresponde apenas à incorporação de nova informação nas crenças que a pessoa já possui; a acomodação acontece quando a nova informação não pode ser assimilada, obrigando à substituição de crenças ou à sua reorganização. Em qualquer dos casos existirá mudança de crenças, embora a acomodação corresponda a uma modificação mais profunda. Esta modificação, no entanto, é difícil e, (...) uma substituição de crenças só acontece quando as que possuímos são postas em causa e não somos capazes de uma adaptação no nosso sistema de crenças.” (Guimarães, 2010, pág. 95).

A assimilação pode resultar numa crença de auto-culpa pelo acontecimento do evento traumático, por exemplo “eu fui agredido porque não me defendi com força suficiente”. A acomodação é o resultado da alteração de crenças de forma a pessoa se acomodar, por exemplo, “Eu não tinha forma de impedi-los de agredir alguém”. O excesso de acomodação consiste em mudar as crenças de forma a prevenir que o evento traumático se venha a desenrolar novamente no futuro. Este pode resultar em crenças sobre o mundo ser um local perigoso ou as pessoas não serem de confiança, por exemplo “porque isso aconteceu, eu não posso confiar mais em ninguém” (Watkins et al., 2018). A CPT permite uma ativação cognitiva da memória, enquanto identifica as crenças desadaptativas (crenças assimiladas e excessivamente acomodadas) que derivaram do evento traumático. O principal objetivo da CPT é mudar as crenças em direção à acomodação (Resick e Schnicke, 1992) (citado Watkins et al., 2018).

A CPT consiste em 12 sessões semanais que podem ser realizadas em formatos individuais ou em grupo. As sessões iniciais são focadas em psicoeducação sobre o modelo cognitivo e exploração conceptual do indivíduo sobre o evento traumático. O indivíduo deve considerar: (1) porquê que o evento traumático ocorreu e (2) como este mudou as suas crenças sobre si mesmo, o mundo e os outros, em relação à segurança, intimidade, confiança, poder/control

e estima. As competências adquiridas durante a CPT permitem ao indivíduo examinar e desafiar as suas crenças desadaptativas em relação ao evento traumático (Watkins et al., 2018). A CPT consiste em mudar os padrões de pensamentos negativos acerca da experiência traumática desenrolando-se de forma a envolver o indivíduo na discussão e transcrição do evento (Departamento de Assuntos de Veteranos, 2017) (citado por Cox, 2017).

A CPT tem sido amplamente apoiada como um tratamento eficaz para PSPT. Apesar de esta terapia ter sido desenvolvida para o tratamento de traumas relacionados com a violência sexual (Resick e Schnicke, 1992), recentes pesquisas têm vindo a demonstrar o seu sucesso em todo o tipo de traumas e populações (Chard et al., 2012) (citado por Watkins, Sprang & Rothbaum, 2018).

Esta terapia tem vindo a ser estudada e em vários RCTs e demonstrou a sua eficácia tanto para a população civil como militar (Bass et al., 2013; Forbes et al., 2012; Monson et al., 2006; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002), com resultados duradouros ao longo de cinco a 10 anos (Resick, Williams, Suvak, Monson, & Gradus, 2012) (citado por Resick, Wachen, Mintz, Young-McCaughan, Roache, Borah, Borah, Dondanville, Hembree, Litz & Peterson, 2015).

4.2. Terapia de Exposição Prolongada

A Terapia de Exposição Prolongada (*Prolonged Exposure Therapy* – PE) tem como objetivo reduzir a severidade dos sintomas crónicos de PSPT. O tratamento consiste em nove a 12 sessões, de forma individual, com a duração de 90 a 120 minutos (Hembree, Rauch & Foa, 2003) (cit. por Rocha, 2019). O procedimento é composto por psicoeducação, momento no qual são explicados os sintomas da PSPT e quais comportamentos os mantêm, como a evitação de situações que remetam ao trauma e reações comuns aos traumas, juntamente com treinos de respiração, exposições ao vivo que abordam situações seguras e narração de memórias traumáticas (Rocha, 2019).

“A PE é uma intervenção terapêutica que envolve exposição imaginativa repetida da memória traumática e exposição ao vivo a situações seguras que são evitadas pelo indivíduo (...)”

(Rocha, 2019, pág. 40) após o desenvolvimento de PSPT. Esta é a psicoterapia de exposição mais estudada em todo o mundo e existem vários RCTs que comprovam e atestam a sua eficácia (Mott et al., 2014, Ruzek et al., 2014; Foa et al., 2005; Taylor et al., 2003) (Rocha, 2019). Os estudos têm vindo a demonstrar que esta intervenções leva a uma significativa diminuição dos sintomas de PSPT, e, por vezes, à remissão total dos mesmos (Van den Berg et al. 2015; Eftekhari et al., 2013) (Rocha, 2019).

PE é uma psicoterapia baseada na evidência para o tratamento da PSPT e a sua utilização está a ser disseminada pelo território dos Estados Unidos pelo Departamento de Assuntos de Veteranos dos EUA com resultados promissores (Goodson, Lefkowitz, Helstrom & Gawrysiak, 2013). Nas guidelines para o tratamento da PSPT, publicadas em 2017, pela APA e pela Administração de Saúde dos Veteranos e Departamento de Defesa (*Veterans Health Administration and Department of Defense - VA/DoD*) está contemplada a intervenção de PE (Watkins, Sprang e Rothbaum, 2018).

A PE foi identificada como um tratamento eficaz para PSPT (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan e Foa, 2010) e demonstrou eficácia com civis em vários RCTs (Foa et al., 2005; Taylor et al., 2003). Porém, poucos estudos foram ainda conduzidos com populações militares e veteranos, embora os resultados das investigações iniciais sejam encorajadores. Os dados de avaliação da iniciativa de disseminação pelo Departamento de Assuntos de Veteranos dos EUA revelaram uma redução em geral de 30% nos sintomas para veteranos que concluem a EP (Karlin et al., 2010) (cit. por (Goodson et al., 2013).

Tuerk et al. (2011) (cit. por Goodson, 2013) estudaram os resultados da EP em 65 veteranos da OIF e OEF, que completaram as sessões e encontraram reduções significativas nos sintomas auto-relatados de PSPT e depressão. Num RCT sobre PE, Schnurr et al. (2007) (cit. por Goodson, 2013) examinaram a eficácia do tratamento para mulheres veteranas e membros do serviço ativo, comparando a terapia por EP com a terapia Centrada no Presente. No *follow-up*, os participantes que concluíram o tratamento de EP demonstraram uma redução maior dos sintomas de PSPT do que aqueles que receberam terapia Centrada no Presente.

“PE é derivada da Terapia de Processamento Emocional para TEPT, que enfatiza o papel central de processar a memória traumática para diminuir os sintomas. Processamento emocional é o mecanismo base para que a redução de sintomas de TEPT seja bem-sucedida. Segundo as autoras o objetivo geral do processamento emocional é auxiliar clientes a processar emocionalmente sua experiência traumática para diminuir sintomas relacionados ao trauma.” (Rocha, 2019, pág. 40)

A PE não é recomendada a indivíduos com PSPT que ainda não se encontrem dispostos para enfrentar o trauma ou a tolerar um aumento temporário dos níveis de ansiedade e dos sintomas da PSPT, bem como a indivíduos no qual o sentimento de culpa é a emoção predominante (Hembree, Rauch & Foa, 2003; Hembree, Foa, Dorfan, Street, Kowalski & Tu, 2003) (Rocha, 2019). Ainda, indivíduos com *“ideação suicida ou comportamentos homicidas necessitam de uma atenção clínica especial focada para esses comportamentos, e antes que isso seja trabalhado, o tratamento com foco no trauma também não é indicado (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007)”* (Rocha, 2019, pág. 40).

4.3. Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares

A Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR) é uma outra forma de tratamento para a PSPT. Esta técnica consiste na ativação das memórias traumáticas com a ajuda dos estímulos bilaterais proporcionando um processamento adequado dessas memórias (Brunnet et al., 2014).

“O EMDR é um protocolo de tratamento desenvolvido em 1987 e publicado em 1989 pela pesquisadora norte-americana Francine Shapiro, a partir de uma descoberta acidental (Shapiro, 1989). Durante uma caminhada no parque, Shapiro percebeu que alguns pensamentos seus de conotação perturbadora haviam desaparecido inesperadamente de sua mente e, mesmo trazendo-os de volta à consciência, eles já não pareciam tão perturbadores. Após uma reflexão, ela percebeu que existia uma associação entre a fuga de tais pensamentos e movimentos bilaterais feitos por seus olhos (Shapiro, 2001).” (Brunnet et al., 2014, pág. 120).

Três décadas se passaram desde o desenvolvimento desta terapia, e as pesquisas e investigações sobre a temática resultaram até agora em 30 RCTs que atestaram a eficácia da EMDR no tratamento da PSPT (Hurley, 2018). As guidelines para a prática da OMS (2013) descrevem esta abordagem terapêutica como uma forma de reduzir o sofrimento subjetivo e fortalecer as crenças adaptativas relacionadas com o evento traumático, à semelhança das outras TCC, porém, esta difere no modo em que não envolve a que o indivíduo tenha que

fazer uma descrição detalhada do evento, o que não obriga ao desafio direto das crenças ou exposição, imaginária ou in vivo, ao evento traumático (Hurley, 2018).

Organizações internacionais, incluindo a APA (2004), a VA/DoD (2004, 2017), o Instituto Nacional Saúde e Pesquisa Médica (Institut national de la santé et de la recherche médicale - INSERM Collective Expertise Centre (2000/2004) e a OMS (2013) designam a terapia EMDR como um tratamento eficaz para o trauma (Hurley, 2018). Esta é ainda recomendada como tratamento para a PSPT por guidelines, como por exemplo, a da National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE), publicada pelo Reino Unido (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper e Lewis, 2013).

Para além de diminuir significativamente os sintomas de PSPT, dados da revisão sistemática realizada por Wilson et al. (2018) demonstraram a eficácia desta terapia ainda para o tratamento de depressão e ansiedade.

No entanto, apesar do amplo reconhecimento da eficácia da terapia EMDR, esta tem sido objeto de poucos estudos de pesquisa com foco nos veteranos de guerra. Alguns estudos têm vindo a ser desenvolvidos na área, contudo, o único RCT avaliando a EMDR no tratamento de veteranos PSPT foi conduzido em 1998, em veteranos americanos (Carlson et al., 1998) (cit. por Hurley, 2018). Contudo a VA/DoD (2017) recomenda a terapia EDMR, juntamente com outras terapias cognitivo-comportamentais, como as já anteriormente mencionadas, como tratamento de primeira linha a PSPT em veteranos (De Jongh, Amann, Hofmann, Farrell & Lee, 2019).

4.4. Outras terapias

Na bibliografia, outros estudos têm surgido de forma a encontrar outro tipo de intervenções ou terapias com o intuito de encontrar outros tipos de tratamentos para a PSPT.

Como referido no início do capítulo, nem todos os indivíduos respondem de forma eficaz aos tratamentos disponíveis. Segundo Boss et al. (2019), embora várias opções de tratamento estejam disponíveis, muitos veteranos de guerra permanecem sem tratamento devido à falta

de eficácia dos mesmos, existindo assim, uma necessidade imediata de investigar outras abordagens de tratamento à PSPT.

A AV/DoD recomenda e oferece aos seus beneficiários um tratamento para a PTSD focado na psicoterapia e farmacoterapia.

Como podemos observar ao longo deste capítulo, os tratamentos psicoterápicos com maior evidência científica, e como tal, os sugeridos pela AV/DoD, são as psicoterapias com foco no trauma, como a PE, PCT e EMDR. Porém, existe ainda um conjunto de psicoterapias focadas no trauma que, apesar de não apresentarem o mesmo nível de evidência, têm revelado bons resultados e como tal também se encontram como tratamento recomendado pela AV/DoD.

- Psicoterapia Eclética Breve (Brief Eclectic Psychotherapy – BEP) – Esta terapia consiste na prática de atividades de relaxamento, relembrar a memória traumática, reformular os pensamentos negativos, escrever uma carta sobre o evento traumático e realizar um ritual de despedida de forma a deixar o trauma no passado (VA/DoD). A BEP é uma abordagem terapêutica baseada em evidências que combina e integra elementos de psicoterapia psicodinâmica, cognitivo-comportamental e diretiva (Gersons & Schnyder, 2013).
- Terapia de Exposição Narrativa (Narrative Exposure Therapy – NET) - Especialmente desenvolvida para indivíduos que passaram por múltiplos eventos traumáticos durante longos períodos, como por exemplo, os decorrentes de guerra, conflitos e violência organizada, estes podem representar um grupo único entre os pacientes de PSPT em termos de sequelas psicológicas e neurobiológicas. A NET é uma terapia de curto prazo para indivíduos que apresentam sintomas de PSPT como resultado desse tipo de experiências traumáticas. Originalmente desenvolvido para uso em países com baixo rendimento, desde então tem sido usado para tratar requerentes de asilo e refugiados em ambientes em países mais desenvolvidos e com maior suporte econômico e financeiro. O tratamento envolve a exposição emocional às memórias dos eventos traumáticos e a reorganização dessas memórias em uma narrativa cronológica coerente (Robjant & Fazel, 2019).
- Exposição de Narrativa Escrita (Written Narrative Exposure – WNE) – Consiste em escrever sobre o trauma durante as sessões. O terapeuta dá instruções sobre a tarefa de redação, permitindo que a conclua sozinho. A última sessão está reservada para a discussão breve da tarefa e as reações durante a execução da mesma (VA/DoD).

Outras psicoterapias, não centradas no trauma, e com evidência inferior, referidas pela VA/DoD, são:

- Treino de inoculação do stress (Stress Inoculation Training – SIT) – Esta é uma TCC que ensina ao indivíduo habilidades e técnicas para conseguir gerir o stress e reduzir a ansiedade (VA/DoD).
- Terapia Centrada no Presente (Present-Centered Therapy – PCT) – A PCT é um tratamento não focado no trauma que incorpora componentes psicoterapêuticos comuns e que pode atrair indivíduos relutantes em envolver-se em tratamentos focados no trauma. Das psicoterapias não focadas no trauma, a PCT é a que demonstra melhores resultados, com uma eficácia semelhante às TCC focadas no trauma e, menor taxa de abandono. Esta é considerada uma boa opção de tratamento para aqueles indivíduos que ainda não se encontrem preparados para enfrentar o evento traumático (Belsher et al., 2019). Esta terapia consiste em o indivíduo centrar-se nos problemas atuais da vida relacionados com a PSPT (VA/DoD).
- Psicoterapia Interpessoal (Interpersonal Psychotherapy – IPT) – Concentra-se no impacto do trauma nas relações interpessoais (VA/DoD).

A VA/DoD não deixa ainda de mencionar outras alternativas que poderão ter algum impacto no tratamento da PSPT, contudo, é importante ressaltar a sua lacuna em pesquisas sólidas sobre as mesmas. Falamos, por exemplo, de medicinas integrativas e alternativas, como o yoga, meditação, acupuntura, tratamentos biológicos, como terapia por oxigenoterapia hiperbárica e estimulação magnética transcraniana ou então, programas de tratamento online (VA/DoD).

Ainda, durante a minha revisão da literatura, deparei-me com frequência com estudos alusivos a mais duas terapias para o tratamento da PSPT, que não se encontram contempladas na VA/DoD.

Boss et al. (2019), na sua revisão sistemática aborda a eficácia da terapia assistida por animais, nomeadamente por cavalos, a terapia assistida por equinos (Equine-Assisted Interventions – EAI). Os autores chegam à conclusão que, apesar de esta trazer benefícios para a redução da sintomatologia da PSPT, ainda é necessária mais investigação na área.

Intervenções tendo por base o mindfulness têm vindo também a surgir de forma a dar resposta à PSPT, nomeadamente em veteranos de guerra (Polusny et al., 2015) & (Possemato

et al., 2015). Ambos estes dois RCTs obtiveram resultados na diminuição da sintomatologia da PSPT após a aplicação das intervenções.

5. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NA PSPT

Como foi possível observar ao longo do capítulo anterior, existe um conjunto de psicoterapias plausíveis de serem administradas como forma de tratamento na PTSP, concomitantemente com a terapêutica farmacológica, porém, uma questão emerge; qual o papel do enfermeiro especialista em ESMP no tratamento da PTSP?

Faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em ESMP as seguintes:

- *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;*
- *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;*
- *Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”* (Diário da República, 2018, pág. 21427)

Estando a PSPT classificada como uma perturbação mental no DSM e, sendo competência do enfermeiro especialista em ESMP assistir, ajudar e prestar cuidados no âmbito da prevenção, otimização e recuperação da saúde mental, faz todo o sentido o papel do mesmo durante o processo de acompanhamento e tratamento do doente com PSPT.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESMP da Ordem dos Enfermeiros, publicado em Diário da República (2018), compete ao enfermeiro desenvolver e implementar programas de psicoeducação e treino em saúde mental, desenvolver processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental e prevenir a incapacidade e, promover a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social. Como indicado anteriormente, a ausência de tratamento a esta perturbação pode causar graves incapacitações físicas, psicológicas, emocionais e sociais, pelo que a intervenção junto destes indivíduos é urgente.

Durante o capítulo anterior, podemos observar um conjunto de psicoterapias que estão aprovadas por várias guidelines no estrangeiro para o tratamento da PSTP, contudo, em Portugal, um enfermeiro especialista, não tem competência para executar psicoterapias, mas sim intervenções psicoterapêuticas (Sequeira & Sampaio, 2020). É importante esclarecer e clarificar os conceitos de “psicoterapia” e “intervenções psicoterapêuticas”, uma vez que não são sinónimos.

“(…) a psicoterapia é um processo, assente num referencial teórico (por exemplo, cognitivo, comportamental, humanista, psicodinâmico, etc.), no qual se recorre a um conjunto de técnicas que visam a mudança de cognições, comportamentos e/ou emoções, por outro lado, a intervenção psicoterapêutica, embora tendo um objetivo similar ao da psicoterapia, consiste no uso de técnicas de psicoterapia, mas não necessariamente organizadas em torno de um processo psicoterapêutico assente num determinado referencial teórico.” (Sequeira & Sampaio, 2020, pág.169).

O exercício de psicoterapia por parte do enfermeiro especialista em ESMP requer uma competência acrescida avançada. Este último pode executar psicoterapias, se, reunir os critérios preconizados no Regulamento n.º 387/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Sequeira & Sampaio, 2020). Atualmente, na área científica de enfermagem quem pode requerer a certificação individual da competência acrescida avançada em psicoterapia são enfermeiros com título profissional de enfermeiro especialista, na área da especialidade em ESMP ou em Enfermagem Comunitária, atribuído pela Ordem, com pelo menos três anos de exercício efetivo de Enfermagem especializada e formação habilitante especializada em psicoterapia realizada em entidade científica membro da Federação Portuguesa de Psicoterapia ou em entidade científica reconhecida por congénere internacional, que cumpra os critérios mínimos de formação de psicoterapeutas e tenha beneficiado de acreditação pela Ordem (art.º 7, Regulamento n.º 556/2019) (Quaresma, 2019).

Apesar do enfermeiro especialista em ESMP não estar habilitado para exercer psicoterapia, expecto se cumprir com os requisitos anteriormente mencionados, o documento Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2018), da OE, apresenta um conjunto de intervenções de enfermagem e intervenções psicoterapêuticas de enfermagem para dar resposta ao diagnóstico de stress pós-traumático, que são:

- *“Ensinar Sobre Stresse Pós Traumático;*
- *Executar Apoio Emocional;*
- *Executar Intervenção Psicoeducativa;*
- *Executar Reestruturação Cognitiva;*
- *Executar Relação de Ajuda;*
- *Executar Técnica de Relaxamento;*
- *Executar Técnica de Resolução de Problemas;*

- *Executar Terapia de Modificação de Comportamento;*
- *Instruir Sobre Estratégias de Redução do Stresse;*
- *Vigiar Stresse Pós Traumático.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É relevante ainda ressaltar o facto que na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) da OMS, classificação esta adotada por Portugal, não existe o diagnóstico de “stress pós-traumático”, apenas “stress”, ao contrário do que acontece na classificação da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*) que define Síndrome Pós-Trauma como: “*resposta mal-adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo (2009-2011, pág. 262)*” (OE, 2018, pág. 38), porém, tal não implica a não identificação desta necessidade em cuidados de enfermagem e dar resposta à mesma.

Das intervenções de enfermagem acima sugeridas pela OE (2018), a que apresenta maior destaque na literatura é a “Reestruturação Cognitiva”.

“A reestruturação cognitiva é uma técnica importante na psicoterapia em geral e uma das principais técnicas das TCC (...)” (Sequeira & Sampaio, 2020, pág. 187). Esta faz parte de diversos programas terapêuticos para o tratamento da PSPT, nomeadamente, a TPC, que, para além de utilizar técnicas de reestruturação cognitiva, ensinar o doente sobre a perturbação e o seu desenvolvimento, executar técnicas de relaxamento e treino respiratórios, entre outras (Kim et al, 2008).

A eficácia da reestruturação cognitiva tem sido amplamente estudada e validada através de várias investigações. Watkins, Sprang e Rothbaum (2018) realizaram uma revisão das guidelines publicada em 2017 pela APA e pela VA/DoD com as recomendações para o tratamento da PSPT, e concluíram que existe uma forte evidência sobre as TCP. Em 2008, Kim et al. realizaram um RCT que consistia em aplicar um conjunto de técnicas cognitivo-comportamentais, com principal enfoque na reestruturação cognitiva e terapia de exposição prolongada, sob forma de um programa, a um conjunto de pessoas, individualmente, com PSPT e outra doença mental severa associada (depressão, bipolaridade, esquizofrenia), durante 12 a 16 sessões, com o objetivo de verificar a eficácia das mesmas em comparação ao tratamento habitualmente oferecido a estes doentes nessas instituições. Concluíram que este programa apresentou benefícios na diminuição dos sintomas de stress pós-traumático nos doentes, com melhorias mais significativas. Verificaram ainda um maior impacto na redução sintomatológica naqueles com maior severidade da doença. Ainda muitos outros estudos têm chegado às mesmas conclusões relativas à eficácia desta intervenção, como por

exemplo o do Creamer e Forbes (2004), o RCT de Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou e Thrasher (1998) e outros já mencionados anteriormente.

A reestruturação cognitiva consiste e centra-se na identificação de pensamentos disfuncionais. Pretende levar o indivíduo a questionar a validade das suas crenças, desafiando-as e modificando-as (Sequeira & Sampaio, 2020).

“A reestruturação cognitiva visa identificar interpretações negativas e irrealistas de um evento e substituí-las por interpretações mais realistas (Nowlan et al., 2016). (...) é aplicada a pensamento negativos irrealistas, pensamentos disfuncionais, erros cognitivos e algumas crenças. Tem como objetivo levar a pessoa a considerar hipóteses relativamente ao modo como construiu a sua realidade, analisando os padrões de pensamento que a levaram a determinadas ideias e crenças disfuncionais (Sequeira, 2016)” (Sequeira & Sampaio, 2020, pág. 187).

A finalidade da reestruturação cognitiva é assim aliviar a sintomatologia associada à patologia e, como consequência, num alívio do sofrimento psicológico do indivíduo (Sequeira & Sampaio, 2020). Esta técnica permite desafiar crenças antigas e distorcidas, desenvolvendo novas crenças racionais e saudáveis (Sahare & Sharma, 2015) (cit. por Sequeira & Sampaio, 2020).

6. METODOLOGIA DO ESTUDO

A investigação científica é um processo que tem como finalidade adquirir novos conhecimentos. Esta visa obter respostas a determinadas questões que se deseja aprofundar (Fortin, 2009). *“A investigação científica distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso.”* (Fortin, 2009, pág. 4)

Segundo Kerlinger (1973) (cit. por Fortin, 2009, pág. 4), investigação científica é *“um método empírico, sistemático e controlado que serve para verificar hipóteses, no que se concerne a relações presumidas entre fenómenos naturais. (...) Para Kernlinger, a investigação parece assentar essencialmente na verificação de hipóteses”*. Já para Seaman (1987) (cit. por Fortin, 2009, pág. 5), esta é um *“processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis no mundo empírico, isto é, no mundo que é acessível aos nossos sentidos, com vista a descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos”*. Por fim, Burns e Grove (2001) (cit. por Fortin, 2009, pág. 5), descrevem-na como um *“processo sistemático, visando validar conhecimentos já adquiridos e produzir novos que, de forma direta ou indireta, influenciarão a prática. Uma tal definição insiste na finalidade da investigação.”*

A fase metodológica, segundo Fortin (2009), implica a escolha de um método e de uma técnica de colheita e análise de dados. Esta fase tem como objetivo determinar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho de investigação que indicará a realizar do decurso da mesma.

Dada por finalizada a revisão da bibliografia sobre a temática em estudo, no presente capítulo pretende-se fazer uma abordagem à metodologia utilizada, descrever os participantes, o instrumento de colheita de dados utilizado, os procedimentos usados na recolha e análise de dados e fazer a apresentação, bem como a discussão dos resultados obtidos.

6.1. Questões Orientadoras e Objetivos

“A etapa da formulação do problema é crucial no processo de investigação. (...) a questão de investigação tem por papel precisar os conceitos-chave e a população alvo e também sugerir uma investigação empírica.” (Fortin, 2009, pág. 142).

A motivação para a problemática em estudo prende-se com a necessidade de investigar sobre o SPT em ex-combatente de guerra, perceber quais os fatores que os podem colocar em risco de desenvolver tal transtorno psiquiátrico e quais os fatores protetores que facilitam o CPT e o ajustamento. Esta necessidade surge com o objetivo de perceber melhor a problemática e assim melhorar a prestação de cuidados de saúde em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a este grupo específico.

Assim sendo, para formular a questão de investigação foi efetuada, primeiramente, uma revisão do estado da arte sobre o tema que envolve o SPT e o CPT em veteranos de guerra e os seus fatores de risco e protetores. Apesar de ter sido encontrada alguma investigação sobre a temática, realizada essencialmente por psicólogos, no que concerne à área científica de enfermagem a investigação é escassa a nula. Após a recolha e análise do material, neste enquadramento surge a questão de investigação definida para o presente estudo: Como se manifesta o stress pós-traumático no período pós-guerra e quais são as estratégias desenvolvidas pelas pessoas para crescer em matéria de ajustamento e saúde mental?

Posto isto, de forma a orientar o processo de investigação foram enumerados os seguintes objetivos:

- Avaliar a presença de SPT em veteranos que vivenciaram experiências traumáticas em contexto de guerra;
- Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de SPT após guerra;
- Desenvolver uma compreensão mais profunda acerca do papel das interações interpessoais/coletivas na experiência de guerra;
- Analisar o CPT que se refere a mudanças positivas no funcionamento psicológico dos homens após uma experiência traumática;
- Identificar fatores protetores e facilitadores para CPT (interações pessoais, relações familiares, experiências anteriores,...).

6.2. Desenho de Investigação e Opção Metodológica

O desenho de investigação é a receita, ou o plano, a seguir para o desenvolvimento de um estudo de investigação. A escolha de um desenho de investigação diz respeito ao plano geral do estudo. O investigador deve decidir se o estudo irá determinar fatores de causalidade, explorar relações ou examinar dados históricos. O desenho deve ser apropriado para testar as hipóteses do estudo ou responder às questões de investigação (Nieswiadomy, 2010). Segundo Streubert e Carpenter (2002, pág. 20) *“a escolha do método depende da questão que está a ser colocada e o que se pretende conhecer é o que determina o método.”*

Tendo em atenção a questão de investigação e os objetivos o presente estudo seguiu uma abordagem qualitativa descritiva.

A investigação qualitativa concentra-se em obter *insight* e compreensão sobre a perceção individual dos eventos. Segundo Morse (2005) (cit. por Nieswiadomy, 2010) esta metodologia é uma forma de pensar, ver e conceituar. Donalek e Soldwisch (2004) (cit. por Nieswiadomy, 2010, pág. 59) afirmam que a pesquisa qualitativa é o interesse na *“descoberta de temas emergentes comuns”*, em vez da análise estatística de dados.

“O desenho descritivo visa fornecer uma descrição e uma classificação detalhada de um fenómeno determinado. O investigador estuda uma situação tal como ela se apresenta o meio natural, com vista a destacar as características de uma população (por exemplo, as características dos casais que seguem um curso pré-natal), de compreender os fenómenos ainda mal elucidados (por exemplo, o aumento da taxa de aborto nas adolescentes) ou conceitos que foram pouco estudados (por exemplo, a resiliência na criança traumatizada). A descrição dos fenómenos precede a exploração de relações entre os conceitos” (Fortin, 2009, pág. 236)

A utilização de um desenho descritivo é aconselhada quando o tema foi pouco estudado, sendo necessário descrever primeiramente as características do fenómeno ante de examinar possíveis relações de associação ou causalidade. Este tipo de desenho serve para identificar as características do tema em estudo de modo a obter uma visão geral da situação ou de uma população (Fortin, 2009).

6.3. População e Amostra

A população é um conjunto de pessoas ou objetos, que possuem algumas características em comum, que o investigador pretende estudar. A população para um estudo é essencialmente dividida em dois grupos, a população alvo e a população acessível. Uma vez que raramente é possível chegar a toda a população alvo, o investigador frequentemente recolhe uma amostra da população que lhe é acessível. Quando uma amostra é escolhida corretamente, o investigador é capaz de fazer afirmações sobre a população com base apenas nos dados da amostra. O método de seleção e o tamanho da amostra determinam o quão representativa esta é da população (Nieswiadomy, 2010).

“A investigação qualitativa recorre a uma amostra não probabilística, isto é, uma amostra não aleatória, respondendo a características precisas. (...) Para determinar o tamanho da amostra não nos baseamos sobre avaliações estatísticas, como na investigação quantitativa, mas sobre as ações que permitem atingir o objetivo do estudo. O número de participantes é geralmente pequeno (6 a 10), mas pode ser maior se se estuda um fenómeno complexo ou se se elabora uma teoria. De modo geral, o número de participantes é determinado pela saturação dos dados, uma situação na qual estes já não trazem novas informações (Sandelowski, 1995)” (Fortin, 2009, pág. 299)

Na amostragem não probabilística existe o risco de amostras tendenciosas, o investigador não pode estimar a probabilidade de cada elemento da população ser incluído na amostra, sendo que, certos elementos da população podem mesmo não ter a oportunidade de serem incluídos na amostra. Isto restringe francamente a generalização dos resultados encontrados. Contudo, apesar das suas limitações, a amostragem não probabilística, a maior parte dos estudos na área da enfermagem utilizam este tipo de amostragem (Nieswiadomy, 2010).

Os participantes deste estudo foram 12 ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa, que estiveram envolvidos em um dos três cenários de guerra, todos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 67 e os 81 anos. Dos participantes, 8 estiveram destacados na Guiné, 2 em Moçambique e 2 em Angola. Entre os participantes estiveram militares não graduados (soldados e cabos) e graduados (sargentos e furriéis). Estes são residentes nos distritos de Aveiro, Braga e Porto e todos serviram o seu serviço militar obrigatório entre os 20 e 24 anos e foram para a guerra de forma involuntária. Com a exceção de dois veteranos, os restantes são sócios da Liga dos Combatentes – Núcleo do Porto e são aqui acompanhados

por uma psicóloga. A grande maioria tem apenas a escolaridade obrigatória da época, 4ª classe, tendo tido assim à posteriori profissões pouco diferenciadas, por exemplo, construção civil, motorista, eletricista, entre outras. Quem conseguiu progredir nos estudos ou manter-se na vida militar após o regresso da guerra, apresenta profissões de maior classe social, professor, agente de forças de segurança. De momento, todos os participantes encontram-se na idade de reforma e assim a gozá-la.

Tendo em conta vários fatores como a situação pandémica do Covid19 que vivemos atualmente, a escassez de tempo para a elaboração deste trabalho, a dificuldade em chegar a esta população e a falta de recursos, optou-se por uma amostra de conveniência. A amostragem por conveniência envolve a escolha de pessoas que se encontrem prontamente disponíveis para participar no estudo (Nieswiadomy, 2010). Ainda assim foi necessário recorrer à amostragem do tipo bola de neve de forma a obter um número de participantes que permitisse chegar à saturação de dados. A amostra por bola de neve é o termo utilizado para descrever o método de amostragem que envolve a ajuda dos participantes do estudo, ou seja, um participante pode obter outros possíveis participantes (Nieswiadomy, 2010).

A escolha dos critérios de inclusão e exclusão resultaram de um exercício reflexivo, no que se ponderou a importância do bem-estar e a saúde dos participantes. Uma vez que para a elaboração deste estudo os participantes iriam ter que reviver situações traumáticas, foi dada em atenção a estabilidade clínica dos mesmos, tendo sido a seleção dos mesmos feita junto de clínicos que os acompanham frequentemente.

Os critérios de inclusão consistiam em:

- Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa;
- Veteranos de guerra e militares com diagnóstico de SPT ou com critérios de diagnóstico;
- Estabilidade clínica.

O pedido de colaboração para a participação neste estudo foi enviado para várias instituições militares, tendo tido o abalo positivo da Liga dos Combatentes e do Instituto de Apoio Social das Forças Armadas, tendo sido a colheita dos dados realizada na Delegação do Porto e no Centro de Apoio Social do Porto, respetivamente.

6.4. Estratégia de Recolha de Dados: Entrevista Semi-Estruturada

“Como a investigação pode incidir sobre uma multiplicidade de fenómenos, é necessário dispor de vários métodos de colheita de dados. Na escolha do método de colheita de dados, o investigador baseia-se nas questões de investigação ou nas hipóteses, os conhecimentos relativos às variáveis em estudo, no desenho de investigação, nos instrumentos de medida existentes ou na eventualidade de os ter de construir.” (Fortin, 2009, pág. 368)

A pesquisa qualitativa preocupa-se com descrições detalhadas de pessoas ou eventos, e os dados são colhidos por meio de métodos como entrevistas e observação (Nieswiadomy, 2010).

Nos estudos descritivos, são empregados essencialmente as entrevistas estruturas ou semiestruturadas, as observações, os questionários e, por vezes, as escalas (Fortin, 2009).

Ainda, segundo Nieswiadomy (2010), na investigação em enfermagem, os questionários e as entrevistas são provavelmente os métodos de colheita de dados mais frequentemente utilizados.

Após deliberação, chegou-se à conclusão que o método mais indicado para dar resposta à questão de investigação e objetivos delineados seria a entrevista semiestruturada. As entrevistas aos participantes foram concretizadas individualmente, nos locais mais cómodos para os mesmos; em certos casos foi no domicílio dos próprios, noutros, nas instituições que os acolhem. É de referir que a execução das entrevistas foi de acordo com a disponibilidade dos participantes, previamente estabelecida via contacto telefónico. A duração das entrevistas teve aproximadamente entre 50 a 90 minutos.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), a entrevista semiestruturada é a técnica mais utilizada na investigação social. O investigador recorre à entrevista semiestruturada quando pretende *“compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes”* (Fortin, 2009, pág. 376).

Durante uma entrevista semiestruturada, os entrevistadores/investigadores geralmente precisam de fazer um certo número de perguntas específicas, mas questões adicionais são permitidas e mesmo incentivadas. Perguntas fechadas e abertas podem ser incluídas numa entrevista semiestruturada (Nieswiadomy, 2010). *“Neste tipo de entrevista, o entrevistador*

determina uma lista de temas a abordar, formula questões respeitantes a estes temas e apresenta-os ao respondente numa ordem que ele julga apropriado.” (Fortin, 2009, pág. 377).

A vantagem da entrevista semiestruturada é que permite ao participante exprimir os seus sentimentos e opiniões sobre o tema tratado, sendo que o objetivo da mesma é compreender o ponto de vista do entrevistado. Este método assemelha-se a uma conversa informal, sendo o entrevistador quem guia o fluxo da mesma. A ordem das questões é flexível podendo o entrevistador começar por questões mais simples, progredindo para questões mais complexas (Fortin, 2009).

Nesse tipo de entrevista, os dados colhidos podem ser comparados entre todos os participantes do estudo (Nieswiadomy, 2010).

O principal instrumento utilizado para a execução das entrevistas foi um guião antecipadamente produzido (Anexo I). Segundo Quivy e Campenhoudt (1998) (cit. por Aguiar, 2011), nas entrevistas semiestruturadas o entrevistador deverá recorrer a um guião semiestruturado da entrevista, que deverá ser constituído por questões previamente estabelecidas, as quais abordam os tópicos que se pretendem estudar. O guião permite ainda orientar a entrevista, obtendo resposta a todas as questões e a outras que poderão ir sendo colocadas de forma aleatória ao longo do desenrolar da entrevista, com o objetivo de esclarecer e enriquecer os dados e a informação recolhida, atendendo ao facto de ser permitido ao entrevistado responder de forma autónoma e livre (Aguiar, 2011).

De forma a que nenhuma informação fosse perdida, recorreu-se à gravação digital da entrevista através do telemóvel. Previamente, foi solicitada a autorização para a gravação da entrevista e garantidas todas as questões de confidencialidade dos dados. Após a transcrição e análise das mesmas, as gravações foram todas eliminadas.

Segundo Cabral e Tyrrell (1998) (cit. por Aguiar, 2011, pág. 75),

“esta técnica de recolha de dados tem vantagens atendendo ao facto de permitir o registo imediato de todas as expressões verbais e a liberdade para o entrevistador prestar mais atenção ao entrevistado. Porém, apresenta desvantagens como por exemplo: a impossibilidade de registo de expressões faciais, dos gestos e mudanças de postura, o constrangimento pela presença de um aparelho que é pouco familiar e a dificuldade na transcrição rigorosa do material gravado.”

6.5. Tratamento e Análise de Dados

Segundo Fortin (2009) (cit. por Aguiar, 2011) fase de tratamento e análise dos dados é das etapas mais difíceis e exigente num trabalho de investigação. Esta exige, segundo os mesmos autores, uma reflexão intensa e um estudo profundo de todo o método de investigação.

Na investigação qualitativa, o investigador procura padrões e temas nos dados, em vez de se concentrar no teste de hipóteses. A pesquisa qualitativa não é limitada pelas teorias existentes, mas deve estar aberta a novas ideias e novas teorias (Nieswiadomy, 2010).

Os dados obtidos através de uma investigação qualitativa consistem em palavras, em vez de números, como na investigação quantitativa. Ainda, contrariamente ao que acontece na metodologia quantitativa, o tratamento e análise dos dados é realizada em simultâneo com a colheita dos mesmos. *“Os dados coligidos no decurso das entrevistas ou das observações são constantemente estudados a fim de determinas se há necessidade de explorar novas questões como os participantes (Gillis e Jackson, 2002).”* (Fortin, 2009, pág. 301).

“A pesquisa qualitativa utiliza categorias analíticas para descrever e explicar fenómenos sociais. Estas categorias podem ser indutivamente derivadas, isto é, obtidas gradualmente a partir dos dados, ou usadas dedutivamente, no início ou no decorrer da análise, como forma de abordar os dados.” (Pope e Mays, 2005, pág. 89).

Como sugere a bibliografia, após cada entrevista esta foi transcrita na íntegra de forma a analisar o conteúdo das mensagens. A transcrição de cada entrevista demorou aproximadamente quatro a sete horas, dependente da duração da mesma. A esta técnica de análise dá-se o nome análise de conteúdo e consiste em *“medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas expressões ou de certos factos e acontecimentos.”* (Fortin, 2009, pág. 379) concretizando-se no *“desmembramento do texto em unidades de análise, de forma a poder ser compreendido o seu sentido na comunicação, sendo essas unidades, posteriormente, reagrupadas em classes ou categorias (Bardin, 2004).”* (Aguiar, 2011, pág. 76). Moscovisi (2003) (cit. por Oliveira, 2008, pág. 570) relata que *“tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo”*. Ainda sobre a análise de conteúdo, Berelson (1952) (cit. por Oliveira, 2008, pág. 570) refere que *“uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.”*

Visto isto, conclui-se a extrema importância da análise de conteúdo, nomeadamente para as ciências sociais uma vez esta *“(...) oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade (...)”, permitindo, “(...) satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são conciliáveis” (Quivy, 2005, p.227).*” (Aguar, 2011, pág. 76).

6.6. Dimensões Éticas

Segundo Fortin, Brisson e Coutu-Wakulczyk (2000) (cit. por Aguiar, 2011) no exercício de qualquer atividade que englobe seres humanos é indispensável ter em ponderação e sob reflexão as questões éticas e morais. A investigação científica é por si própria uma atividade de grande responsabilidade ética, no qual lhe estão inerentes vários princípios. Per se, na Enfermagem, enquanto ciência humana, cai uma preocupação adicional com o bem-estar dos participantes envolvidos nos estudos e com o respeito pela dignidade, direitos e integralidade das pessoas (Nunes, 2020).

“O International Council of Nurses emanou um enunciado de posição em que relevou a relação dos Enfermeiros e os Direitos Humanos - Position Statement: Nurse and Human Rights. Nele se afirma que os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações. O que inclui assegurar que são prestados cuidados adequados, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética. Igualmente, o enfermeiro está obrigado a assegurar que os destinatários dos cuidados recebem informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos, incluindo a participação em investigação.” (Nunes, 2020, pág. 11).

Esta investigação comprometeu-se a respeitar e defender os cinco princípios/direitos fundamentais aplicados à pessoa humana, determinados pelo código de ética: direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra desconforto e lesões e direito a um tratamento justo.

- *“Autodeterminação - cada elemento pode decidir sobre a sua participação ou não na investigação, escolhendo voluntariamente;*
- *Intimidade - cada pessoa é livre de responder ao que quiser, devendo o estudo ser o menos invasivo possível;*
- *Anonimato e confidencialidade - de tal forma que nenhum dos participantes possa ser reconhecido;*

- *Protecção - contra desconforto e prejuízo, que corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem;*
- *Tratamento justo - equitativo e leal, que se refere ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, assim como os métodos utilizados no estudo.” (Aguiar, 2011, pág. 76)*

Os participantes foram ainda também informados que a qualquer momento do estudo poderão desistir e cancelar sua participação, não tendo consequências para os próprios.

Não é esperado que a presente investigação tenha qualquer impacto ou risco sobre os participantes e/ou seu tratamento habitual, porém, sabe-se que estimular as narrativas de um evento traumático pode causar algum desconforto, ansiedade ou crises de pânico.

“No método qualitativo à ainda muita discussão sobre as questões éticas que se levantam, pela imprevisibilidade e variabilidade de situações que possam ocorrer, mas o investigador tem de primar pelo respeito à dignidade humana (Fortin, 2009).” (Rocha, 2018, pág. 61).

Como enfermeira especialista em ESMP, estive particularmente atenta a todos os indícios de sofrimento psicológico, nomeadamente à linguagem não verbal. A utilização da entrevista semiestruturada como método de colheita de dados, permitiu-me ajustar as perguntas que se previa causar alguma sintomatologia ao participante, tendo algumas mesmo sido eliminadas. A principal prioridade foi sempre bem-estar do participante.

A presente investigação, uma vez que está alocada a uma instituição de ensino, foi apresentado o pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética da mesma, ESEP, a qual deu o parecer positivo para a concretização da mesma (Anexo II). Foi ainda elaborado um pedido formal aos Presidentes das restantes instituições envolvidas, Liga dos Combatentes (Anexo III) e IASFA – CAS do Porto (Anexo IV), a solicitar a autorização e colaboração para a colheita de dados nas suas respetivas instalações, aos seus beneficiários. Após a obtenção da autorização por parte das mesmas, bem como a anuência dos participantes, deu-se início à recolha de dados sobre a temática em questão.

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se efetuar a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos através das entrevistas semiestruturadas efetuadas aos participantes, tentando interpretar e compreender o significado dos mesmos, procurando integrá-los e relacioná-los com a bibliografia e revisão da literatura que serviu de referência para o enquadramento teórico, a sua importância para o conhecimento científico, bem como para a prática clínica.

A escolha dos temas a abordar durante as entrevistas prenderam-se com o facto de, após a revisão da literatura, ter-se chegado à conclusão que estes seriam os tópicos mais relevantes para perceber o processo de desenvolvimento de PSPT e CPT. Os domínios e categorias foram construídos com base nos testemunhos obtidos pelos participantes, das suas interpretações e significados face à experiência traumática e percurso de vida, no período pré, peri e pós-guerra (Anexo VI).

7.1. Contexto pré-guerra

A relação entre o evento traumático e o desenvolvimento de PTSP é clara na bibliografia, porém, com o avanço dos conhecimentos na área tem-se vindo a averiguar que este não é o fator essencial. Após a revisão da literatura constatou-se que existem um conjunto de fatores preditores para a PSPT que decorrem no período pré evento traumático (Kang, Aldwin, Choun & Spiro III, 2016). Estes têm uma grande relevância no modo em que são pertinentes para a construção do self e no significado atribuído pelos indivíduos às situações adversas (Correia, 2015).

A construção deste domínio e das categorias subjacentes pretende relatar as vivências pessoais e familiares no período pré-guerra, desde a infância e adolescência, até à entrada para a vida militar, fazendo referência às relações familiares. Pretende-se com tal perceber

os padrões de comportamento assumidos pelos participantes ao longo das suas vidas e o grau de resiliência face a eventos stressores, nomeadamente, face ao evento traumático.

7.1.1. Período infantil e juvenil – “Passei fome!”

A infância e adolescência dos participantes foi passada durante os anos 40 a 60 do século XX, período de ditadura Salazarista e pós II Guerra Mundial. Segundo os participantes, este período foi caracterizado pela pobreza generalizada que se sentia no país, com maior incidência na classe social baixa, e, como consequência, com défice para as necessidades básicas humanas, como a alimentação.

“Era tudo pobreza (...)” – Entrevistado 1

“A minha infância foi passar fome (...)” – Entrevistado 4

“Depois há uma coisa que se sentia muito, que era a fome... Era tempo pós-guerra...era tempo mesmo de fome...eu lembro-me de uma coisa...uma coisa que me marcou muito em infância...” – Entrevista 9

“(...) passei fome, passei frio...passei assim de tudo um pouco, porque era o meu falecido pai sozinho a ganhar” – Entrevistado 11

É ainda feita referência às condições habitacionais muito degradáveis que se vivia na altura, em comparação aos dias que correm.

“(...) a casa não tinha condições. Eramos nove e só tínhamos dois quartos, dormíamos com as raparigas, as raparigas com os rapazes, quando eramos novitos, seis, sete, oito, daqui, dacolá (...)” – Entrevistado 1

“Quem vivia em cidades e que e não tinha lugar para alugar uma casa viviam em casinhas pequeninas que eram as casinhas da ilha... (...) tinha assim uma entrada comum a todos e uma casa de banho para todos, naquele tempo... Casa de banho...retrete, havia o penico, o pote, que a gente tinha em casa e depois de manhã ia-se despejar. Se uma pessoa quisesse ir tomar banho, em casa numa bacia...começamos assim, não é...” – Entrevistado 7

“(...) este canto era um soalho manhoso, que tinha também uma madeira manhosa (a casa atual do entrevistado era a casa de infância, mas restaurada e reformulada), existia uma retrete que...na altura não havia condições, não havia casas de banho nem nada, e dentro dali tinha uma cave por baixo, e então a gente ia ali, quando precisava de ir, era tipo um funil em madeira, e sentava-se ali, e um farrapo velho, que toda a gente limpava o rabo aquele farrapo velho, limpava e punha ali...era assim a situação...” – Entrevistado 12

Estes dados corroboram com outros estudos semelhantes realizados com a mesma população alvo (Maia et al. 2006 & Correia, 2015). A época de pobreza que o país atravessa era sentida transversalmente a quase toda a população e o nível cultural contemporâneo era muito baixo. Isto refletia-se numa baixa escolaridade por parte dos pais dos participantes em que o principal meio de sustento era a agricultura. Tal implicava que numerosas famílias portuguesas vivessem com muitas dificuldades económicas, o que se espelhou nos participantes estudados. A maioria dos participantes pertencia a esta classe social, tendo apenas três referido ter pertencido a uma classe social média, o que acabou também por lhes permitir frequentar a escola para além do que era o habitual para a altura.

“A infância foi uma infância normal... Normal de alguém que pertence à classe média, uma infância diferente de muitos outros com quem eu convivi...A minha infância foi passada já nos anos 40, início... (...) vivíamos em ditadura, as pessoas quase não tinham...a grande maioria não tinha quase qualquer escolaridade, eu lembro-me quando que quando eu frequentei a escola na quarta classe, o número era sempre muito diminuto porque muitas crianças já não iam porque faziam a terceira classe que é equivalente ao terceiro ano de agora, e depois para a quarta já não iam (...)” – Entrevistado 9

Em Portugal, na época de 60, registava-se uma percentagem de analfabetismo na população de cerca de 40%. Apesar da escolaridade obrigatória ser a 4ª classe para os rapazes e 3ª para as raparigas, esta estava muitas vezes longe de ser cumprida, principalmente nas classes sociais mais baixas (Correia, 2015). Muito cedo as crianças abandonavam os estudos e tornavam-se mais uma mão d’obra para o sustento da família. Este cenário social vai de encontro às características dos nossos participantes. Daqueles pertencentes a classes sociais mais pobres, todos caracterizam uma infância e adolescência de trabalho físico árduo, nomeadamente no campo. Era frequente após o término da quarta classe estes começarem a trabalhar de forma a ajudar os pais financeiramente. Todo o salário recebido na altura era entregue ao chefe de família, frequentemente o pai, até à data de saírem de casa.

“(...) tinha oito anos fui para trolha (...)” – Entrevistado 4

“(...) sempre trabalhou na lavoura...(...)” – Entrevistado 5

“(...) ingressei na escola, fiz a quarta classe, e passado alguns dias de fazer o exame fui trabalhar. Na altura aquilo era mesmo trabalhar, era trabalhar mesmo de escravo, ora veja o que é, pouco de comer e trabalhar muito, havia horas de entrada, mas não havia hora de saída... Era assim mesmo que funciona, e o trabalho era duro, muito duro...” – Entrevistado 11

“(...) ajudava-o aqui em casa, no terreno, e depois quando me empreguei eu nunca fiquei com um centavo ao meu pai. Na altura a gente trabalhava à tarefa, não havia salário como há agora, mas o meu gosto era entregar, quanto mais melhor, eu tinha gosto em entregar uma fêria grande, e eu, pronto, o meu pai era o governante do dinheiro (...)” – Entrevistado 12

Porém, apesar de todas as dificuldades sentidas na época, alguns dos entrevistados recordam a infância com saudade e como uma época feliz na vida deles. À semelhança do estudo de Correia (2015, pág. 60) “o sentimento latente na globalidade dos testemunhos é que foi uma infância feliz e normal como a das outras crianças.” Durante a entrevista são evocadas memórias das brincadeiras típicas da época, sempre com um sorriso no rosto.

“Bem, eu brincava muito, portanto que, os meus colegas juntavam-se todos lá na minha rua onde fazíamos teatro... Assim aquelas brincadeiras...” – Entrevistado 2

“Eu tenho tantas histórias de malandrice...Eu era reguila” – Entrevistado 7

“Ora bem, tive uma infância e uma adolescência acho que normal... Feliz, contente, acho que fui uma criança sempre feliz... Feliz, entre aspas, não é, mas, pontos negros acho que na minha infância não tive.” – Entrevistado 10

Um dos participantes usa mesmo a esse período infantil como forma de terapia.

“Pronto, pronto, a minha infância foi muito... Eu praticamente muitas vezes, quando estou mais deprimido, é essa época que eu tenho mais dentro de mim...tenho saudades...” “E o meu pai era engenheiro agrônomo e eu era curioso em saber...gostava de saber o que ele fazia... Ele fazia produções de árvores...e dos seis filhos eu era o único...depois isso também me ajudou, porque houve médicos que...isto que eu estou a dizer à menina, eles encaminharam-me para eu fazer o que eu fazia quando eu era pequeno... E é isso que eu faço a maior parte do tempo para conseguir estar do lado de cá, e não ir para o lado de lá. Por exemplo, nos dias em que eu tenho mais dificuldade em passar e estar deprimido é quando não estou a trabalhar com a natureza, a fazer, nem que seja uma coisa simples, a produzir uma planta... Compro uma planta, depois de uma faço dez... E aquilo dá-me, pronto, consigo estar naquele sítio, não estou no outro lado de lá” – Entrevistado 6

A história de eventos traumáticos e doenças psiquiátricas durante o período infantil e juvenil tem vindo a ser relatado como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais futuras, nomeadamente a PSPT. Tal foi avaliado e validado nas investigações de Dias et al (2014) e Maia et al. (2011) (Maia e Morgado, 2019), porém, no presente estudo, não nos é possível fazer essa relação direta uma vez que todos os participantes, com os sem as problemáticas supracitadas, desenvolveram a perturbação. Dos 12 entrevistados, quatro responderam que sim quando questionados se experienciaram eventos traumáticos durante o período infantil e juvenil.

Três referem experiências relacionadas com a morte e acidentes graves de membros da família.

“A minha mãe morreu quando eu tinha sete anos, causou-me um trauma muito grande... porque, na noite dormi com ele, e de manhã acordei, e estávamos todos cheios de sangue, eu e ela... e ela estava morta... Teve um aborto.” – Entrevistado 2,

“E eu tinha ido para a escola de manhã cedo e chego lá na escola, ainda não tinha começado as aulas, que o meu pai tinha ficado debaixo de um pinheiro... Que estava lá ambulância à espera dele para o levar, é que não havia acessos para o ir levar...(...) o meu pai caiu, caiu e o pinheiro ralou-lhe uma perna(...)” “andava aí um senhor (...) e andava aí com um espingarda dessas de pressão de ar, e ele tinha dito que havia de dar um tiro ao meu irmão...e infelizmente, talvez, o feitiço dele não fosse esse quando aconteceu, e ele disparou aquele ar e, nesse dia tínhamos que ir à água, buscar a água, e ele disparou, e eu estava mais o meu irmão na cozinha, e chumbo bate na parede, o chumbo ao bater amassada, não é, e dá-lhe no olho... Toda a matéria que temos dentro do olho... E eu assisti... Eu a gritar mais o meu irmão (...)”
– Entrevista 12

“Sim... Mas na altura, na altura eu era novo, aquilo causou bastantes tristezas porque pessoas familiares...quase familiares, eram um pouco mais distantes, mas a amizade era muita...morreram em acidentes aqui mesmo á porta de casa (...)” – Entrevistado 11

O quarto entrevistado relata um episódio de infância que considera na altura ter sido traumático, contudo refere que não lhe trouxe consequências para a vida, e que até se ri hoje do incidente.

“Uma vez andava pendurado nos elétricos e vêm dois homens que eram polícias e eu não sabia e levaram-me presos ali para a Praça da Batalha, e a multa era 25 tostões, claro que eu não tinha... e então ligaram para a minha mãe, e a minha mãe foi-me lá buscar. O evento traumático foi que fui lá ao tribunal de menores e tal, como eu era menor a minha mãe assinou e tal, fiquei lá com um aviso, mais nada... Passado um ano e meio, dois anos o meu pai descobre o papel do tribunal lá no meio de um gavetão, a minha mãe em vez de deitar fora deixou lá...levei uma tarefa de um metro e meio, minha nossa senhora, foi traumático, de certeza... Mas pronto, como eu era gabiru... (risos) era travesso, a minha vida mais de adolescente ou pré-adolescente...eu fiz muitas asneiras... Uma vez peguei em brasas e meti pela caixa do correio do vizinho... Eu quase todos os dias levava porrada do meu pai... Era sagradinho...Enquanto não fui trabalhar levava quase sempre...” – Entrevistado 7

Os restantes participantes não referem ter presenciado nenhum evento traumático durante este período, contudo, há um que menciona o seguinte aquando a questão:

“Não...Aquelas coisas de irmãos e filhos, portanto, acho que...dos irmãos que nós éramos eu fui o terceiro, e sabe...não desejado... O primeiro é sempre, às vezes é uma surpresa, mas sempre desejado, o segundo é “vamos lá ver” e como nasceu um rapaz e uma rapariga, eu vim para desempatar... É...só que eu senti sempre ao longo da minha vida que eu não devia ter vindo, aquilo foi...como quer dizer, calhou, por exemplo, em relação ao meu irmão, que já faleceu, eu achei sempre que ele era o preferido...e...mas ...não me afetou sabe...senti...ainda hoje falo nisso, portanto ficou gravado, mas não...não senti rancor nenhum.” – Entrevistado 10.

Esta sensação de filho não desejado pelos pais parece, de certa forma, ter deixado marcas no entrevistado, uma vez que foi logo a sua resposta em relação a possíveis eventos traumáticos durante a infância e adolescência.

Por último, quando questionados se têm memória de ter sofrido de algum transtorno ou doença psiquiátrica durante este período, todos os participantes entrevistados respondem negativamente à pergunta.

7.1.2. Relação com os pais no período infantil e juvenil

A avaliação do ambiente familiar e das relações entre os membros é pertinente no sentido em que a literatura refere que a presença de um ambiente familiar conflituoso é propício ao desenvolvimento da PSPT (Dias, 2019). Os dados obtidos são semelhantes aos de outras investigações na área (Correia, 2015) e ao que era típico na época. *“As relações familiares eram muito conservadoras, com valores morais muito rígido. Era exigida aos filhos grande disciplina e em muito casos eram aplicados castigos como forma de garantir uma posição de obediência (...)”* (Correia, 2015, pág. 59). Estes castigos eram habitualmente aplicados sobre a forma de agressão física, culturalmente aceite na altura como forma de educar, porém, os entrevistados que os referem, hoje narram e revivem esses momentos com humor e assumem-se como merecedores das mesmas, sendo que estes não tiveram qualquer efeito negativo sobre a relação presente com os pais.

“Eu amo muito o meu pai, não é... Houve uma altura naquele tempo em que levei tantas que fiquei a coçar-me debaixo de um tanque de lavar a roupa e a falar sozinho “filho da puta, quando eu for grande... nunca mais vou falar contigo, filho da puta, sacana...” eu...sozinho, a falar assim...”, *“Olhe, a minha mãe durante o dia ela não mandava nada porque eu era filho da mãe... Ela chamava-me para me acertar e eu “vai tu” (risos)... Com o meu pai... Pronto, o meu pai como era muito austero e eu era um bocado travinca, a relação nunca era muito boa... Estamos a falar quando eu já tinha, seis, sete, oito, nove, dez, 11, 12... Levei... Em trinta dias, em 20 levava porrada, não é? (risos) Ao ponto que o meu pai chegava a tirar a correia de couro e dava-me com ela, assério mesmo... Claro que eu perdoei-lhe isso tudo... (...)”* – Entrevistado 7

“(...) eles pronto, às vezes faziam umas asneirazitas, e eles desesperados com a própria vida que não lhes corria tão bem, e as vezes, como se costuma dizer, levava

com farinha de pau sem estrugido...isso é que não agradava nada, mas pronto (...) – Entrevistado 11

“(...) eu fazia alguma brincadeira, e ela vinha para me dar uma sapatada, que na altura era porrada em cima de porrada, e eu “oh mãe, você vai estar a bater nos seus filhos” e ela começava-se a rir, e pronto, mas o meu pai só bastava olhar para nós... Eu lembra-me só de um bater me dar uns chutozitos na raba, que eu até lembro isso como uma brincadeira agradável (...) – Entrevistado 12

Todavia, existem alguns entrevistados que referem nunca ter sido submetidos a esse tipo de agressão.

“(...) não me lembra ele dar uma palmada... (...) – Entrevistado 1

“O meu pai...nunca me lembro de o meu pai bater-me (...) – Entrevistado 2

De uma forma geral, praticamente todos os participantes caracterizaram a relação com os pais durante o período infantil e juvenil como boa, mesmo aqueles que foram vítimas dos castigos físicos.

“A relação com os meus pais era espetacular” – Entrevistado 1

“A relação com os meus pais foi maravilhosa.” – Entrevistado 2

“A relação era boa, (...) – Entrevistado 3

“A relação com os meus pais era a melhor coisa que podia haver. Para mim eram os melhores pais do mundo. Quando fui praça eu não tive coragem, vi-me aflito para me despedir deles (...) – Entrevistado 5

“Foi sempre ótima... (...) – Entrevistado 9

“Eu...o meu pai para mim era a melhor pessoa do mundo, mas mesmo boa, mesmo que não fosse meu pai, eu adorava os modos de ele ser... (...) – Entrevistado 12

Dos dois participantes que referiram uma relação má, ou menos boa com os pais, queixam-se essencialmente da falta de carinho

“Olhe...eram umas relações mais ou menos, eu acho que eles não tinham vagar para não nos acarinhar (...) – Entrevistado 11

e atenção, orientação, compreensão e suporte

“Naquele tempo não havia a educação e compreensão... Eu não tive nada de educação, eu depois procurei-a e fiz a minha opção do meu Caminho... Porque ninguém me chegou “vai para ali que ali é que é bom” tão diretamente... Se calhar e intenção era boa mas...(...)”, “Eles estavam preparados para tudo menos para ser mais... Eu cá me desenvasilhei e me resolvi... Mas é assim, aquela preparação, aqueles conselhos... (...) – Entrevistado 8

É de ressaltar que nenhum destes participantes que referiu não ter tido uma boa relação com os pais durante o período infantil e juvenil se queixou de ter sido vítima de maus tratos ou negligência por parte dos progenitores.

“Olhe...eram umas relações mais ou menos, eu acho que eles não tinham vagar para não nos acarinhar... Nós também éramos muitos, reconhecidamente pela minha parte, não é...” – Entrevistado 11

“Não, negligência não... É assim... Negligência de me darem fome não, não... Maus tratos, não se calhar tratei-os eu mais mal a eles do que eles a mim... Eles, eles no ano em que estavam a viver estavam desfocados, eles pertencem a um tempo mais atrás, não acompanharam o tempo... (...)” – Entrevistado 8

Um dado curioso, que ainda hoje é sentido na sociedade atual, é o relato da ausência de autoridade da figura feminina, mãe, em relação à masculina, o pai.

“Olhe, a minha mãe durante o dia ela não mandava nada porque eu era filho da mãe... Ela chamava-me para me acertar e eu “vai tu” (risos)... Com o meu pai... Pronto, o meu pai como era muito austero e eu era um bocado travinca, (...)” – Entrevistado 7

“(...) A minha mãe vinha para me dar com a vassoura, eu tirava a vassoura da mão e atirava para o quintal (...)” – Entrevistado 8

“A minha mãe, não tinha autoridade, a minha mãe não tinha autoridade nenhuma, eu fazia alguma brincadeira, e ela vinha para me dar uma sapatada, que na altura era porrada em cima de porrada, e eu “oh mãe, você vai estar a bater nos seus filhos” e ela começava-se a rir, e pronto, mas o meu pai só bastava olhar para nós... (...)” – Entrevistado 12

A literatura tem ainda evidenciado que a presença de perturbação mental nos pais é considerado como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbação mental nos filhos, tanto pela vulnerabilidade genética para a sintomatologia psiquiátrica, bem como é de conhecimento que aqueles que são cuidados por pessoas com problemas mentais recebem cuidados menos adequados (Maia et al., 2006).

Dos participantes desta investigação, nenhum tem memória de os pais, ou outros familiares próximos, sofrerem de transtornos do foro psiquiátrico.

7.1.3. Contexto social e familiar no período pré-recrutamento – “Chorei lágrimas de sangue...”

“Nos anos 60, em Portugal, qualquer jovem com idade de 20 anos vivia na iminência de ir para a guerra. Para alguns, esse destino era uma oportunidade de crescimento e enriquecimento pessoal (o povo costumava dizer que era na tropa que se faziam os homens) e a forma mais honrada de servir a sua Pátria, contudo para os outros representava um atraso nas suas vidas e a participação numa guerra com o qual não

concordavam, o que levava alguns, os que conseguiam, a fugir do país.” (Correia, 2015, pág. 63)

Os participantes deste estudo, à semelhança do que aconteceu por todo o país, foram alistados na tropa para cumprir com o serviço militar obrigatório com os seus 20 e 21 anos de idade. Por norma, em poucos meses, de quatro a 12, depois de cumprir com a recruta, estes eram mobilizados para a guerra em uma das ex-colónias portuguesas. Este tempo dependia da especialidade tirada por cada militar, uma vez que umas exigiam mais tempo que outras. Apenas um dos participantes foi mais tarde para a recruta, com 22 anos, uma vez que, segundo este, era permitido quem estava a estudar, terminar primeiro as suas formações académicas.

A ideia do dever patriótico estava muito divulgada e vincada pelo regime vigente na altura, porém, nenhum dos participantes entrevistados referiu ter ido para a guerra com essa “missão ao peito” de defender a Pátria, ao contrário do que acontece no estudo de Correia (2015). Os participantes desta investigação reconhecem a tentativa por parte do regime de incutir esse dever, porém, nenhum foi voluntariamente para a guerra e, se tivessem a possibilidade de escolha, todos preferiam não o ter ido. Todavia, a certeza de estes homens que, uma vez na tropa, iriam, em espaço de meses a anos, ser mobilizados para uma das ex-colónias portuguesas, levou a que um participante se tivesse voluntariado. O entrevistado 7, participante em questão, mencionou que, algumas vezes, faziam os tropas cumprirem com os 2 anos de serviço militar obrigatório e, quando estariam para acabar esse serviço, eram mobilizados, obrigando-os a cumprir, mais ou menos, mais dois anos, tempo de missão na guerra ultramarina por cada militar.

“(...) eu já estava à dez meses na tropa e às vezes estavam dois anos cá, e eu sabia, estavam dois anos cá e depois íamos mais dois anos para lá, e eu digo assim “eu sei que vou, vão andar aqui até eu ter dois anos de tropa e depois mandam-me”, e eu então meti um requerimento a dizer que queria ir para o ultramar e que queria ir para a província da Guiné, ou seja, escolhi as priores hipóteses: voluntário para ir para o ultramar e para o pior sitio do ultramar. O meu sargento quando recebeu aquilo disse “tu estás bom da cabeça?” e eu “eu sei que vou e vou” “pois, mas podes não ir para a Guiné e num sei que, e podes andar aqui mais quatro meses e vais...” “pois, mas também posso andar aqui mais um ano?” “podes” “então não, isso é para seguir” – Entrevistado 7

A maneira que este entrevistado arranjou para não ser obrigado a cumprir com tantos anos de tropa foi “despachar”, uma vez que, indo para o ultramar, lá teriam que cumprir aproximadamente dois anos, efetuando assim com o serviço militar obrigatório.

“Entrevistador – Mas foi com que objetivo, que se voluntariou? Foi para despachar... Entrevistado – Para despachar... Porque senão ia andar aqui...(...)” – Entrevistado 7

No que se concerne ao contexto familiar e social nos meses pré recrutamento, a maioria dos participantes residia ainda no domicílio dos pais, e eram uma fonte de apoio económico para a família. Um participante relembra a dificuldade que foi deixar uma vida em suspenso para servir a pátria.

“(...) Que me custou muito... Foi muito doloroso ter que ir para ao ultramar e abandonar tudo, deixar os amigos, deixar os meus irmãos, deixar os meus pais...eu sabia que eles precisavam da minha ajuda...monetariamente, claro, porque todo o dinheirito que a gente ganhava (...)nós pegávamos naquele dineheirinho todo e era dado à mão do meu falecido mãe, depois é que ele nós dava um pequeno pezito...” – Entrevistado 11

Relativamente às relações afetivas, dos nove participantes que ainda residiam com os pais, apenas um referiu que não tinha nenhuma relação amorosa na altura da mobilização e a outro não foi possível colher essa informação, dos restantes, todos tinham namoradas, que por sinal, são as mulheres com quem se casaram e são atualmente as suas esposas, exceto um participante que se divorciou entretanto.

Os restantes três participantes já eram casados, um com três filhos, outro com um e o terceiro à espera do primeiro filho, na altura em que foram mobilizados.

No que diz respeito à reação dos familiares e companheiras aquando a mobilização, os relatos são muito semelhantes entre os participantes. Relativamente aos pais, os participantes caracterizam as emoções dos primeiros como uma grande tristeza e ansia com a ida dos seus filhos para a guerra; um dos participantes refere que nem teve coragem de dizer aos pais e de se despedir, combinou com o irmão, e, só quando este já estaria no país da colónia de destino, é que os pais seriam informados através do irmão. As namoradas e esposas dos participantes, apesar de tristes com a notícia, já se encontravam de certa forma conformadas com a mesma, uma vez que era o normal da época.

“Ela é um bocado fria nesse aspeto... Todos iam, eu fui também...” – Entrevistado 7

“Oh, qual foi a reação?! Triste, aborrecida, chateada, mas, como é que eu hei de dizer, não é convencida...como é que eu hei de dizer...conformada! Não havia nada a fazer, chorava-se muito, mas não havia nada a fazer.” – Entrevistado 10

Houve uma tentativa de perceber se havia diferenças nas reações entre as mulheres que eram casadas ou só namoradas, porém, os dados não foram suficientes e claros.

Para além de tentar perceber como foram as reações dos familiares e amigos próximos com a mobilização dos participantes para a guerra, consideramos pertinente para este estudo esclarecer também aquilo que os participantes vivenciaram e sentiram quando confrontados com a notícia da mobilização.

Os participantes foram questionados sobre como reagiram à notícia e o que pensaram sobre eles próprios e sobre o futuro próximo que os avizinhava.

As respostas obtidas tiveram alguma diversidade. A mais comum, e aquela é que seria expectável ouvir com mais frequência é a de “medo”. Choque, medo, tristeza, lágrimas e desamparo foram as palavras mais frequentemente proferidas quando este tópico foi mencionado, com especial atenção para o termo “morte”.

É comum a todas as guerras a existência de vítimas mortais, e, não sendo a Guerra Colonial Portuguesa uma exceção regra, nomeadamente porque estes participantes tinham relatos de familiares e amigos que tinham lá estado anteriormente, encontravam-se bem cientes deste risco, aumento exponencialmente todas estas reações negativas.

“Senti um choque tremendo. (...) encostei-me a uma parede e comecei a chorar. Eu lembrei-me do meu irmão que já tinha chegado e eu “txiii vou para a Guiné, logo para a Guiné”... Quer dizer, eu tinha medo de qualquer coisa, que fosse Angola ou Moçambique ou que fosse, eu não queria ir, tinha esposa e filho. Solteiro não sei como era a reação, eu vi reações de rapazes solteiros, ficavam com receio, mas não era aquilo que estava eu a sentir, que tinha a esposa e o filho. Eu fiquei “Ai nossa Senhora, para a Guiné, ou vou morrer e tal” porque eu sabia o que o meu irmão tinha contado. E fiquei, fiquei chocado.” – Entrevistado 1

“Ora bem, eu fiquei triste...logo... A gente vem para aqui temos que obedecer às ordens que nos dão (...) fiquei assim um bocado chocado... (...) a gente sabia que ia mas não sabia se vinha... Era como jogar o totoloto. (...) Aquilo era o jogo, era o jogo da vida. Às vezes tínhamos que matar para não ser mortos...portanto... Tínhamos que matar para não ser mortos!” – Entrevistado 2

“Olhe, chorei lágrimas de sangue... Quando soube, saí pelo terreno abaixo a chorar...tratava-se da Guiné era para morrer, na Guiné era para morrer. (...) Nós já sabias para o que íamos... Ou para matar, ou para morrer... (...)Olhe, pensei que ia morrer...” – Entrevistado 4

“Reagi bastante mal...(...) Eu senti que ia mudar a minha vida muito (...) Eu virava para trás e pensava, será que eu vou voltar a vê-los? Será que eu chegarei a voltar?” – Entrevistado 5

“Senti que a minha esperança de viver estava a chegar ao fim... Porque... já os sinos tinham tocado alguns, está a perceber, e nós por muito valentes que sejamos (...)” – Entrevistado 11

A grande probabilidade de morrer em combate era algo que estava bastante intrínseco em alguns dos participantes e tal é nitidamente observável no discurso deles. Estes referiram que após a notícia os pensamentos deles inundavam-se com a questão “vou, mas será que volto?” pelo que, é claro que para estes participantes, o único futuro plausível que viam à sua frente era a morte.

Outros participantes relataram uma neutralidade em relação à notícia. A probabilidade de irem para a guerra naquela altura era praticamente certa, pelo que, a notificação da mobilização, segundo estes, não lhes chocou.

“Eu já sabia que ia para a guerra. Toda a minha geração era beber uns copos e ir para a guerra. Quem não bebesse vinho e não fosse para a guerra não era do nosso clube... (risos)” – Entrevistado 7

“Não senti nada... Não senti nada porque eu já...nós estávamos já predispostas a aceitar a ida.” – Entrevistado 9

“Olhe... Lá está, nós eramos jovens, inconsequentes, o futuro não existe... Existe o momento... Eu acho que sim...” – Entrevistado 10

Ou seja, a passagem por uma das ex-colónias portuguesas para defender a pátria era algo que já era dado como certo na idade jovem desta geração, tal representava apenas mais um marco nas suas vidas, contudo, apesar desta indiferença referida pelos participantes, este não negaram que sentiram medo.

“Eu sabia que morria lá muita gente... (...)” – Entrevistado 7

“Ou seja, está-me a perguntar se eu tive medo? (...) Um pouco, mas não tive o medo que deveria ter porque eu não sabia para o que ia (...)” – Entrevistado 8

Por outro lado, temos uma reação de um entrevistado um díspar em relação aos restantes aquando abordado este tópico, este refere:

“Olhe, senti... Olhe, foi uma coisa incrível... Não senti medo, senti foi uma libertação relativamente à pressão da família (...) Dizer isto é um bocado palerma, mas é verdade...” – Entrevistado 2

Apesar deste participante hoje sofrer de perturbação de stress pós-traumático, este viu na sua mobilização a oportunidade que precisava para se libertar da sua família.

Antes de dar término ao tópico do contexto pré-guerra, é importante perceber a representação que estes entrevistados têm sobre a preparação militar a que foram sujeitos, e em que sentido estes reconhecem que tal os ajudou no confronto com a realidade que os esperava.

O período de recruta destes jovens militares portugueses constituiu um momento de grande aprendizagem. Foi durante este tempo que os entrevistados aprenderam a manejar armas e eram sujeitos a treinos de simulação de cenários de guerra (Correia, 2015).

Os testemunhos obtidos durante as entrevistas realizadas aos participantes desta investigação foram algo divergentes entre eles. Enquanto que por um lado foi possível obter declarações que a preparação militar foi “boa” e “suficiente” para dar resposta aos

confrontos a que estiveram sujeitos durante a guerra ultramarina, outros aludem que claramente não estavam bem preparados.

Dos adjetivos utilizados para caracterizar o período de preparação militar foram proferidos os seguintes:

“Intensa” – Entrevistado 3

“Dura e puxada” – Entrevistado 5

Estes adjetivos utilizados pela minha amostra são sinónimos de alguns utilizados na investigação de Correia (2015) à mesma população alvo.

Dos entrevistados que consideraram ter tido uma boa preparação militar, as declarações foram as seguintes:

“Entrevistador – Mas e a sua preparação militar, acha que foi boa, se foi suficiente tendo aquilo que enfrentou?; Entrevistado – Sim, aí sim, aí sim, nós fizemos fogo com todas as armas, nós estávamos mais que preparados, estávamos preparados para, como é que eu hei de dizer, para a fome, para a sede, mesmo para enfrentar o inimigo...” – Entrevistado 11

“(...) eram uma preparação fantástica...(...)” – Entrevistado 7

Outros referem que, apesar de se sentirem bem preparados, depois no terreno as coisas eram diferentes, particularmente nos primeiros tempos de missão, após a chegada de cada batalhão ao seu destacamento. Segundo estes tudo era novidade e desconhecido, e o medo estava à flor da pele. Estes referem que a foi a experiência, já em terreno, que os deixou melhor preparado para futuros eventos.

“A primeira emboscada que a gente teve fugiu um para cada lado, cabeça metida...coisa... e arma em cima tam tam tam tam tam (sons de tiros)... Depois começamos a abrir os olhos...” – Entrevistado 2

“Era tudo...como é que eu hei de dizer, tudo desconhecido, tudo aventura, tudo...hmmm...desconhecido, e agente queria conhecer mais, normal (...)” – Entrevistado 10

Dos entrevistados que se consideraram mal preparados, os relatos destes foram os seguintes:

“Ninguém é bem preparado” – Entrevistado 9

“Entrevistado – (...) Eu fui ferido em combate, e quando eu disse que...hmmm...a nossa tropa não estava bem preparada, eu ainda hoje continuo sem saber se fui ferido pelas tropas do PAIGC, se fui ferido por...; Entrevistador – Por um camarada seu...; Entrevistado – Exato! E digo porquê?! Porque eu sou ferido pelas costas, e a emboscada era à nossa frente, e eu sou ferido nas costas (...)” – Entrevistado 8

À semelhança da investigação de Correia (2015), foi sentido por parte de alguns entrevistados, um défice na informação sobre o que poderiam encontrar.

“(...) eu não sabia para o que ia.” – Entrevistado 8

Tal é devido essencialmente pelo facto que *“o regime liderado por António Oliveira Salazar até 1968 e, depois, por Marcelo Caetano controlava a opinião pública, que assim se mantinha desinformada sobre a verdadeira dimensão e impacto da guerra (...)”* (Martins, 2016, pág. 311). Esta informação era unicamente divulgada aquando o regresso dos militares aos seus familiares e amigos mais próximos.

“(...) eu sabia o que o meu irmão tinha contado.” – Entrevistado 1

Um dos entrevistados pertenceu aos rangers, um grupo de forças especiais, e como tal, teve uma preparação diferente daqueles que este chama de “tropa normal” – militares das forças armadas de Infantaria, Cavalaria, Artilharia, Engenharia e Transmissões – este caracteriza-a como:

“(...) tinham muitos mais conhecimentos, eram uma preparação fantástica... E alimentação também, não tenho anda a dizer, nós íamos bem preparados, ao contrário da tropa normal... Era mesmo uma antítese. Os outros punham-se à beira de um soberbo na instrução, a contar anedotas e o caraças, e de vez em quando lá davam ordem unida, ordem unida é aprender a marchar e coisa e tal, e armamento, e davam meia dúzia de tiros, e depois ainda tinham que ir apanhar os cartuchos das balas e o caraças... Eu não, num dia davam-me mil balas eu ia gastá-las sozinho... Portanto, ali não havia controlo, mesmo para nos preparar... Tanto que o nosso quartel é lá em cima no meio do mato, tal e qual como se fosse no mato... Foi assim que eu fui preparado.” – Entrevistado 7

Tal descrição pode então justificar o facto de alguns dos participantes não se terem sentido bem preparados.

De uma forma geral, e citando as palavras de Correia (2015, pág. 69) que vão de encontro aos dados obtidos nesta investigação *“Embora o tempo de recruta fosse, para um pequeno grupo, um treino rigoroso para o que poderiam enfrentar, o certo é que se percebe que para a maioria esse período foi curto e com pouca informação sobre o que poderiam encontrar.”*

7.2. Contexto de guerra

O cenário em que estes participantes, de forma involuntária, foram inseridos trouxe-lhe grandes mágoas e severos danos psicológicos, que ainda hoje revivem com grande dor.

Esta categoria surge no sentido de perceber o contexto em que estiveram introduzidos e de que forma a coesão da unidade e o apoio dos camaradas serviu como fonte de apoio.

7.2.1. O cenário de guerra – “*Matar para não ser morto.*”

A investigação da área da PSPT em veteranos de guerra tem demonstrado que a exposição a combate é o principal preditor do aparecimento desta perturbação (Kang et al, 2016; Maia e Morgado, 2019).

Ao analisarmos estudos com a população de veteranos da guerra colonial portuguesa, chegamos à conclusão que uma grande percentagem destes militares tiveram exposição a combate. Na investigação de Maia et al. (2006), apenas 19% da população, numa amostra de 350 veteranos, referiu que as suas tarefas se resumiam a dentro do quartel, não estando expostos a este cenário.

Como é possível analisar na caracterização da amostragem desta investigação, as especialidades de cada um dos entrevistados foram muito diversas. Entre algumas das referidas, não seria expectável o participante ter relatado exposição a combate, porém, o tipo de guerra a que estavam sujeitos, guerrilha, as contantes emboscadas e ataques ao aquartelamento fizeram com que mesmo o cozinheiro tivesse que pegar em armamento e se defender a si próprio e aos seus camaradas.

Dos doze participantes desta investigação, todos referiram, de certa forma, terem tido experiência e exposição a combate durante o tempo que passaram pelas ex-colónias portuguesas.

Através da análise das entrevistas, concluiu-se que a exposição varia um pouco conforme a especialidades dos participantes. Participantes com especialidade de atiradores, estes eram os próprios, em algumas operações, a iniciar o ataque ao inimigo, isto é, encontravam-se na linha da frente do combate. Outras especialidades que se restringiam mais a atividades dentro do próprio quartel, como por exemplo, transmissões, ou que poderiam sair para fazer outro tipo de missões, como por exemplo, reabastecimento, a exposição a combate relatada por estes era mais de ataques ao aquartelamento, ou seja, tentativa do inimigo entrar no quartel e/ou caída em emboscadas, respetivamente. De qualquer das formas, todos os participantes, independentemente da especialidade, referem que durante as suas passagens pela guerra ultramarina, tiveram que pegar nas suas armas, a G3, e se defenderem. O seguinte relato é muito utilizado pelos diversos participantes: *“matar para não ser morto”*.

A saída para além do arame farpado, isto é, para o mato, era a altura de maior exposição e risco para estes jovens militares. Relembrando que estes se encontravam “na casa do inimigo”, tudo aquilo que jogava contra os portugueses, ou seja, as condições naturais adversas, as condições climatéricas, a densidade na vegetação e a dificuldade em encontrar água potável, servia a favor dos guerrilheiros que já se encontravam acostumados a tais circunstâncias. Segundo Correia (2015, pág. 71), *“foi durante as operações de patrulhamento, golpe de mão e emboscadas, a maioria realizadas no mato, que aconteceu uma parte dos acidentes da guerra colonial, alguns deles mortais.”*

Não se tratasse esta uma investigação sobre o stress pós-traumático em veteranos de guerra e, como critério de inclusão, todos os participantes teriam que ter o diagnóstico de PSPT, memórias de eventos traumáticos durante o serviço militar obrigatório e passagem pela ex-colónias portuguesas foram verbalizadas por todos estes. É, porém, importante fazer uma pequena nota a um participante que não foi capaz de as verbalizar em concreto, o mesmo foi diagnosticado recentemente com demência, sendo que este apresenta um défice cognitivo ligeiro, nomeadamente no processo intelectual e memória.

O tópico a tratar a perseguir foi o mais difícil de abordar durante todo este processo. As histórias expostas a seguir foram narradas na primeira pessoa por quem as vivenciou. Apesar de já se terem passado mais de 40 anos e alguns referirem que já superaram os seus traumas e medos, foi notória a alteração do clima da entrevista para algo bem mais pesado, sério, com alteração na prolação da narrativa, voz mais trémula, com pausas, suspiros, soluços e por vezes choro. Alguns, apesar de um modo mais apático na explanação das suas vivências,

fundamentalmente na tentativa de controlar as emoções, a linguagem não verbal denunciava-lhe claramente o desconforto.

Como referido anteriormente, todos, exceto um participante, verbalizam memórias de eventos traumáticos. O entrevistado que não as refere, quando solicitado para relatar um ou dois episódios mais marcantes, talvez pelo seu estilo de personalidade, inicia um discurso de valentia, que nada o traumatizou, contudo, quando continua, para, suspira, e não termina a exposição. Poderei estar a fazer conclusões precipitadas, mas, ou claramente o participante não se recorda devido à sua patologia de base, ou evita falar e relembrar-se do assunto. Este narra

“Não... é uma coisa incrível... Vou-lhe dizer uma coisa... As situações que existiram não me traumatizaram... Um gajo no momento, não fiquei preocupado com isso nem nada. Fiquei mais preocupado com os que me acompanharam ... mas não...nunca...(suspira) (silêncio prolongado) é incrível...” – Entrevistado 3.

Os restantes elementos partilham histórias ao quanto arrepiantes para quem está de fora e só consegue visualizá-las pela imaginação. A morte de camaradas e visualização da mesma por parte dos participantes é a relatada como a mais traumatizante.

Dos 12 participantes, seis referem terem assistido a camaradas seus serem mortos pelo inimigo. Dois participantes narram que, depois de assistir a tal acontecimento, a sede de vingança foi tal que mataram os responsáveis pelo desfecho dos seus amigos.

“Foi à minha beira... Esses é que me deixou... O falecido Carveiro, o falecido Rafael e o falecido Furriel Veloso... Camaradas excecionais... Mas olhe...Chegou a hora deles...Mas também...apanhei cinco dias de detenção...(...) Passados oito dias fomos lá para nos vingar (...)” – Entrevistado 4

“Eu matei um, matei um preto, inimigo, com uma rajada, mas já tinha quatro mortos ao meu lado... (...) Caí-mos numa emboscada... Eles estavam lá escondidos... Morreram logo quatro á minha frente... e eu quando caí para o chão a minha reação foi logo começar a disparar (...) de repente eles param e começam aos berros e há um que se levanta e eu estava tão deitado e assim com a cabeça para não me verem...eu disparava assim por cima da cabeça, e vejo, e vejo o gajo...Eu ainda tinha munições e grrrr (imitar som de rajada de tiros) senti mesmo assim...” – Entrevistado 7

“(...) às vezes até fazíamos coisas, se fosse hoje não as fazia, irmos atrás deles pelo caminho fora, a raiva era muita, a raiva era muita (...)” – Entrevistado 11

As mortes referidas ocorreram essencialmente em ataques, bombardeamentos ao aquartelamento e caídas em emboscadas. Para além do relato do evento traumático que passaram ao assistirem à morte dos seus camaradas, alguns participantes narraram que ainda tiveram que transportar os corpos dos mesmos. A dificuldade em trazer os cadáveres

para local seguro e socorrer os feridos é descrito com grande angústia. A imagem dos corpos feridos, desfigurados e a agonia dos sobreviventes, ainda hoje marca a vida dos participantes que revivem os acontecimentos com muita dor.

“O requerente acha pertinente referir um episódio que se passou com Teixeira Pinto numa missão de paz que tinha como finalidade a paz da zona referida, um grupo de oficiais, três maiores, dois alferes e alguns milícias, foram mortos à falsa fé com tiros e catanas. Os corpos dos mesmos só foram resgatados 20 horas depois. O requerente, como era cabo enfermeiros ajudou na recolha dos corpos que já apresentavam mau cheiro. Após tudo isto tiveram que os vestir e preencher alguns buracos que os mesmos tinham. Este episódio marcou o requerente que ainda hoje vive o episódio.”

– Entrevistado 1

“Tenho um que ainda tenho ali a boina dele, o cinturão e o cinto dele... Estávamos numa emboscada no meio do mato (...) e eu estava de joelhos, prai a um metro dele...e aquilo rebentou lá (granada) e eu “Oh Alexandre, vem um RPG” ouvi a saída dele, vem um RPG, e ele “oh, pode ser que não venha para aqui...” Aquilo arrebentou...ele levou com um estilhaço aqui, no peito, e outro aqui, e caiu para o lado, e ele “vou morrer.” e eu “oh, não morres nada, Alexandre, Alexandre...” e ficou, foi instantâneo.”, “uma vez íamos numa picada, um que saiu assim um bocado fora da picada para ir urinar, e ao sair da picada, pumba, uma mina, ficou logo sem a perna também... Depois tivemos que o trazer...o helicóptero não ia lá, era uma zona perigosa, o helicóptero não ia lá, andamos três horas com ele até ao próximo destacamento que havia... Portanto arranjamos dois paus, andávamos sempre com o pano da tenda, portanto, arranjados dois paus, com o pano da tenda fizemos uma maca...e andamos, três horas até chegar ao quartel... (...) E muitos mais...”

Entrevistado 2

“(...) nesse reconhecimento à um colega que leva assim um tiro na virilha, do qual eu fui socorre-lo... eles comunicaram e nós fomos socorre-lo, numa maca lá feita por eles, com uns paus... improvisaram... E isso sim chocou, eu ver o meu colega, que levou um tiro... aquele ficou...com um rasgão...ele não teve hipótese, ele morreu..., carreguei-o às costas...”

– Entrevistado 5

“Uma vez estava numa vala, já lhe contei, fui salvar um colega e afinal ele já estava... já não tinha metade da cabeça, quando entrei na enfermaria os miolos já estavam a escorrer... No mesmo dia há outro ataque ao quartel, eu atiro-me para a vala outra vez, cai outro por cima de mim e o bombardeamento acabou e ele nunca mais saía de cima de mim, e eu aos berros “Oh pá, sai de cima de mim e tal” estava morto em cima de mim...um furriel... Tinha-me dito meia hora antes que ia de férias para se casar... e morreu em cima de mim, com buracos e assim, que cabia a mão de um lado ao outro... (silêncio)”

– Entrevistado 7

“(...) tive situações terríveis. Vi morrer muitos, vi matar muitos... Uma ocasião nós fizemos uma escolta, era uma viagem, aquilo eram três dias para lá, três dias para cá, aquilo foi quatro dias para lá, quatro dias para cá, porque houve quezília, contacto com o inimigo... À ida para lá tivemos uma mina num carro, numa viatura, eu era sapador, tinha que ir à frente, tive que ir arranjar um corrilheiro, picando, para que o enfermeiro fosse à beira dos feridos, porque houve um deles que pisou uma mina

antipessoal, ficou sem a perna, e...tudo isto... a gente...quer dizer...a gente está lá...quer dizer, nem sei...a gente não pensa no perigo, a gente tem que ir...não há outra escolha, a gente tem que ir, por vários motivos, primeiro era porque era a nossa missão, patriotismo, por outra, nós não podíamos negar...e tínhamos que ir socorrer o amigo... O colega... E foram 22 feridos, um sem perna, e no dia a seguir um dos condutores pisou uma mina anticarro e morreu também... aquilo... (silêncio)” – Entrevistado 10

“Olhe, a situação, a situação, tive várias situações, mas a situação que me traumatizou mais (...) essa situação que...eu metia qualquer coisa à boca para comer, uns dias e eu mastigava mastigava mastigava e deitava fora que eu não consegui engolir, porque, foi um acidente de militares que iam num carro, num carro grande, carregado de militares... (...) despistou-se, deu uma cambalhota e ficou encostado a uma grande árvores, na berma, que passava ali, ficou encostada a uma grande árvore... (...) Chegamos ao sitio vemos o estandarte que lá estava...Os militares esmagados... Alguns, não tinham sido feridos, mas estavam ali, nem falavam nem nada e, a gente chegou, a minha reação, em princípio foi fazer como ao outro, foi fugir, a minha reação foi fugir também como o outro (a chorar) e...tentei...mas...condições para os socorrer? Nós não tínhamos connosco um radio para comunicarmos com ninguém, não tínhamos nada, tínhamos apenas o carro. Como é que podia ser? Não tínhamos como comunicar, não passava ninguém, arrancamos o taipal de trás do carro para fazer de maca e nós lá pela borda abaixo... Tinham que ser uns poucos a pegar neles, eles estavam partidos, as pernas partidas dentro das botas, e depois a querer pegar com tanto cuidado, e outro do lado “ai, cuidai de mim que eu estou pior! Eu não torno a ver a minha mãe, eu não torno a ver os meus irmãos” (a chorar) eles a pedirem socorro e a gente não poder socorrer, que tortura, que tortura... (silêncio, a chorar...)” – Entrevistado 12

Para além destes eventos com os camaradas, alguns participantes verbalizam atrocidades e torturas barbaras que foram efetuadas ao inimigo aquando a captura dos mesmos. Os participantes que presenciaram tais acontecimentos referem não ter participado neles, apenas presenciado, e relembram com dó o sofrimento dos inimigos.

“(...) Então o interrogatório deles era tão selvagem, tão anti-humano, que...que... era terrível. Nos acampamentos tinha fornos que usávamos para fazer pão, fazia-se pão...com o fornecimento dos aviões, a gente cozinha o pão depois tinha os fornos a arder em brasa e eles metiam-lhes as mãos dentro dos fornos, eles a falar e a carne a derreter...das mãos...” – Entrevistado 5

“(...) quando chegamos lá haviam quatro gajos presos, gajos, desculpe o termo, quatro turras, para nós eram turras, e aí sim, eu tive medo pelo seguinte... Porque o comandante desse destacamento, tinha sido mandado para a Guiné por castigo porque ele estava em Angola... Acho que desceu na graduação, e então quando apanhava algum dava porrada aos desgraçados até eles não se poderem levantar... Quando não se podiam levantar deitavam-lhos cá para fora... Cá fora, nós, eu não, mas nós, com um ferro desconchavávamos os tipos... Quer dizer...despejávamos todo o nosso óleo naquele desgraçado que estava já morto (...), “É...e torturavam barbaramente aqueles desgraçados que apanhavam... (...)” – Entrevistado 10

Ainda, outro tipo de evento traumático referido, este por dois participantes, foi o momento dos seus acidentes, que resultaram em lesões graves para eles.

“Sei que senti de imediato o corpo dividido em dois...faltava-me já a mobilidade e a sensibilidade nos membros inferiores e depois senti que...eu estive lucido para aí uma hora... (...)”, “eu lembro-me que durante o trajeto pelo qual onde fui ferido até ao local onde eu entrei na avioneta eu lembro-me de ter pedido às pessoas, eles estavam a viver momentos aflitivos “deixei-me aqui, deixei-me ficar, deixei-me ficar e sigam”...disse...depois entrei na avioneta e quando acordei já estava no hospital... Já não tive ideia de mais nada...estava já no hospital em Bissau. No hospital em Bissau tive lá alguns dias e lembro-me de outro episódio que me marcou. Quando, pouco depois de eu ter acordado, lembro-me de ver uma pessoa que não sei quem é...nunca falei com ela...a chorar...aos berros a chorar a chorar, e verifiquei, eu ainda estava muito debilitado, mas verifiquei que ele estava a chorar porque viu que lhe tinham amputado uma perna, o que era o normal...eu estava longe de saber que estava muito pior do que...do que ele... (...)” – Entrevistado 9

“A que mais me traumatizou foi a do dia 9 de Maio de 1971, mais ao menos à uma e meia da tarde, quando tive esta explosão da mina... (...)e ia sentado em cima do pneu suplente ao alto e ia agarrado á cadeira do condutor...(...) Pronto, mais ou menos a cerca de nove quilómetros, mais ou menos foi quando nos aconteceu isso, o enfermeiro que ia ao lado dele com a saca dos primeiros socorros, ficou toda destruída...não tínhamos radio, não tínhamos nada...pronto, sei-lhe dizer que andei lá nas alturas, na escuridão porque eu fiquei com os olhos cheios de terra, fiquei irreconhecível, os meus próprios colegas não me conhecia, então, ora veja, fiquei sem armas, fiquei sem nada...fiquei com a triste roupa que tinha no corpo...” – Entrevistado 11

Em Portugal existe a Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA), fundada em 14 de maio de 1974, com o objetivo de assegurar os direitos daqueles que, na sequência da sua participação na guerra e/ou atividade militar, adquiriram deficiências. No conhecimento empírico, acredita-se que só aqueles que sofreram graves acidentes e lesões, e como consequência, estão incapacitados para as suas atividades quotidianas, são os que mais sofrem de PSPT, porém, tal constatou-se não ser autêntico. A sequelas físicas de um acidente poderão estar intrinsecamente ligadas às sequelas psicológicas por todas as incapacidades que as primeiras poderão causar, contudo, nesta investigação, verificou-se que apenas dois dos entrevistados relatam ferimentos graves. Os acidentes dos participantes em questão resultaram num dos veteranos, paralisia dos membros inferiores e no restante, dores crónicas. O grosso da nossa amostra, em semelhança ao estudo de Maia et al. (2006), não sofreu qualquer tipo de lesão física ou então ferimentos ligeiros. A maioria refere lesões como, cortes, lacerações e queimaduras provocadas por explosões, estilhaços de granadas e morteiros, consequências do ambiente em que estavam inseridos. Mesmo assim, apesar de nenhuma consequência física ter resultado para estes militares, estes encontram-se

diagnosticados com PSTP, concluindo-se que não existe nenhuma relação direta entre a lesão física e a lesão psicológica. Um dos veteranos entrevistados, a ferida psicológica é tão grave e grande ao ponto de este homem nunca ter sido capaz de regressar à normalidade da vida civil e de se ingressar no mundo laboral, referindo grandes dificuldades afetivas no seio familiar. Este participante não sofreu uma única lesão física.

A perturbação mental no meio militar tem vindo cada vez mais a ganhar terreno, nomeadamente com o aumento de investigações na área da PTSP em ex-combatentes em cenários de guerra, cá, em Portugal, e no estrangeiro. Isto levou instituições, como a ADFA, a reconhecer que aqueles que precisam dos seus apoios são muitos mais do que aqueles com sequelas físicas, expandindo assim os seus grupos de associados.

Por fim, estando estes jovens inseridos num cenário de guerra, a possibilidade de terem que vir a causar término a uma vida humana é iminente. Quer seja por defesa pessoal, quer seja por vontade própria ou por ordem superior, todos estes participantes referem ter disparado o gatilho das suas G3's. Nem sempre com o objetivo de matar, às vezes só para assustar e dispersar o inimigo, alguns nem sabem se realmente mataram ou não *"(...) sei que atirava para onde mexia...não sabia se tinha matado ou não, mas eu tinha que me defender, eu sei que atirava, via uma capinho a mexer, atirava, o capinho parava... não sei...se matei, se não matei"* – Entrevistado 2, porém estes episódios marcaram alguns dos participantes. Como já referido anteriormente, durante o discurso dos entrevistados foi possível ouvir várias vezes a expressão *"matar para não ser morto"*. Estes episódios são relatados com dois tipos de emoções, culpa ou raiva. Culpa por terem dado termo a uma vida, raiva por esses mesmos que mataram também terem dado término à vida dos seus camaradas e amigos.

"(...) E as operações Nó Gordio eu matei... já tinha matado alguns guerrilheiros, mas, uma coisa que me...que eu não tenho muita culpa, tenho menos culpa que culpa, é que, é que tenho a consciência e essa sensibilidade para não matar todos a direito...por exemplo, crianças, nunca matei, nem mulheres...(...)" – Entrevistado 6

"Eu matei um, matei um preto, inimigo, com uma rajada, mas já tinha quatro mortos ao meu lado..." – Entrevistado 7

"Olhe, nós não matávamos ninguém indefeso, era a ordem que nós tínhamos, não fazíamos mal a crianças, não violávamos mulheres, Deus me livre... Algum fazer semelhante coisa, pessoas armadas, normalmente eram os que nos atacavam, nós tínhamos que nos defender, e às vezes acontecia, nós não atirávamos para o ar, nós tínhamos que atirar para nos defender, porque assim como o inimigo tinha coragem para nos abater, nós também tínhamos coragem, às vezes até fazíamos coisas, se fosse hoje não as fazia, irmos atrás deles pelo caminho fora, a raiva era muita, a raiva era muito, porque eles queriam-nos matar (...)" – Entrevistado 11

Estes episódios descritos pelos participantes desta investigação vão de encontro aqueles vivenciados e relatados com maior frequência em outras investigações (Maia et al, 2006 & Correia, 2015). Estes são essencialmente os principais despulpadores da perturbação nestes jovens e são as imagens intrusivas mais frequentes.

A memória destes eventos ainda hoje está muito fresca nas mentes dos entrevistados que nem sempre conseguem controlar as suas emoções aquando revividas. Foi possível observar veteranos resolvidos com os seus traumas e capazes de perceber que tudo o que vivenciaram deveu-se a um contexto no qual estes participaram de forma involuntária, outros mantêm as suas feridas muito abertas, relatando mesmo que jamais estarão em paz com eles próprios.

7.2.2. Coesão da unidade – “Eramos como irmãos.”

As variáveis relacionadas com a perceção de apoio e suporte são consideradas fatores protetores face à exposição a stress traumático (Brough, 2004) (cit. por Maia e Morgado, 2019).

A instituição Militar exerce um papel importante na vida destes homens uma vez que é aqui que lhes são transmitidos os chamados valores militares, do quais se destacam a lealdade, a disciplina, o espírito de corpo, a obediência, a coragem e a honra (Correia, 2015). Os participantes deste estudo dão hoje muito valor ao seu exercício militar, utilizando expressões “*a tropa faz de nós homens*”, fazendo alusão a estes valores adquiridos. Alguns dos entrevistados referem que ainda hoje regem a sua vida consoante as aprendizagens as aprendizagens militares, desdenhando a sociedade de hoje, sem ética e valores.

É através da assimilação destes valores que é fomentada a coesão da Instituição Militar.

“Em momentos de conflito, é o fator coesão, alicerçado nos valores militares, que assegura a união entre camaradas de armas e essa coesão deve ser tanto horizontal como vertical, pois os superiores devem ser persuasivos, no sentido de assegurarem que os objetivos dos seus homens são os mesmos que os seus, pois só assim a coesão será positiva.” (Correia, 2015, pág. 75).

É quando abordo o tópico da relação militar que a maioria dos participantes esboça um sorriso, afastando-nos assim o ambiente e clima pesado do tema anterior da entrevista. Os

adjetivos aplicados são todos positivos, porém, é compreensível que no mesmo grupo de pessoas, neste caso, na mesmo batalhão, companhia ou pelotão, nem todas se deem bem ou de igual forma uns para com os outros.

A grande maioria dos participantes, quando questionados sobre a relação com os seus camaradas não conseguiam parar de clamar elogias a toda a unidade, porém, outros ficavam-se apenas pelo *“Boa!”* – Entrevistado 9 e *“Boa... Boa! Nunca tive que dizer.”* – Entrevistado 10.

A palavra *“irmãos”* e *irmandade* foi a mais utilizadas para descrever a coesão da unidade, tanto entre camaradas como superiores, o que demonstra com clareza a aquisição de todos os valores militares acima mencionados.

“Boa! Aquilo lá...nós lá eramos como irmãos...” – Entrevistado 2

“Não era má... Era boa... Eramos como irmãos.” – Entrevistado 4

“Com os meus camaradas era excelente! Era excelente! (...) Irmandade” – Entrevistado 5

“É irmãos de sangue... Nesse caso é uma irmandade... (...) Segunda família” – Entrevistado 7

Um caso à parte é o do entrevistado 6, apesar de não ter sido efetuada diretamente a questão, pelo discurso do mesmo parece não haver uma relação muito forte com os seus camaradas. Este participante foi responsável por uma unidade de africanos, as questões raciais e culturais poderão ter influenciado as relações e, os restantes elementos, seus superiores, o participante relata que os mesmos tiveram atitudes para com ele e para com a população civil local com que não se identifica e não concorda, referindo como *“falta de humanidade”* – Entrevistado 6

Os restantes entrevistados apenas têm elogios para caracterizar os seus companheiros de guerra.

De uma forma geral, os participantes classificam a unidade militar como uma boa fonte de apoio entre eles. Isto parece dever-se essencialmente pelo facto de terem estados juntos em maus momentos e terem ambos passado por coisas que os marcaram. Alguns participantes queixam-se que a família e os amigos próximos nem sempre os conseguem apoiar da mesma maneira que os seus camaradas o fazem, isto deve-se essencialmente, segundo o que é descrito por eles, por a família não ser capazes de perceber aquilo que vivenciaram na guerra.

“(...) São amigos do sofrimento, e esses são amigos diferentes.” – Entrevistado 10

“Entrevistador – Sente então que a sua principal fonte de apoio foi os seu camaradas?! Entrevistado – Sim! Sim, a minha família também, mas é...é a minha segunda família...eu no meio deles esqueço-me de tudo, tudo!” – Entrevistado 7

“Entrevistador – Apoiaram-se uns aos outros nesses momentos mais difíceis? Entrevistado – Tinha que ser! Tinha que ser! Foram dois anos penosos, mais de dois anos! Mas foram muito penosos, e...(...)” – Entrevistado 11

A utilização de termos “família” e “irmãos” para caracterizar as relações entre camaradas, que são culturalmente as principais fontes de apoio para um indivíduo, demonstra uma forte união entre a unidade militar.

Hoje, exceto um participante que se encontra gravemente traumatizado pelo seu período de permanência na guerra colonial e, como tal, tem indicação dos profissionais de saúde que o acompanham para não se encontrar com os seus ex-camaradas, com quem também não teve uma boa relação, todos os restantes entrevistados referem que se mantêm em contacto uns com os outros.

O contacto mais habitual e que todos referem é o almoço anual da companhia, em que todos se juntam, num determinado restaurante, desde norte a sul do país e fazem os chamados “convívios anuais”. Outro referem que para além disto, mantêm com frequência contacto via telefónica.

A bibliografia (Dickstein et al, 2010; Kanesarajah et al, 2016 & Kang et al, 2016) demonstra que a coesão da unidade militar e avaliações positivas sobre as relações, bem como o efeito indireto por meio do apoio social entre camaradas tem efeitos protetores sobre a sintomatologia da PSPT em idades mais avançadas. Tal pode ir de encontro aos resultados obtido nesta investigação, uma vez que, como será discutido mais à posteriori, a grande maioria dos entrevistados não apresenta, hoje, sintomatologia muito severa.

7.3. Contexto pós-guerra

As variáveis pertinentes no desenvolvimento e desenrolar da situação patológica no contexto pós-guerra são o regresso a casa, a ocorrência de eventos stressores adicionais do decorrer na vida e o suporte social (Kang et al, 2016).

Neste domínio vamos abordar estas categorias e perceber os relatos daqueles que precisaram de ajuda e nem sempre a tiveram disponível.

7.3.1. Regresso a casa – “Um alívio tremendo...”

O regresso a casa é sentido pelos participantes como uma sensação de “alívio tremendo”.

Como muitos referiram no início da entrevista, aquando informados da sua mobilização para a guerra colonial, a probabilidade de regresso com vida a casa era escassa, pelo que, alguns referem que nem conseguiam acreditar quando chegaram a Portugal continental.

“Foi uma alegria terrível, foi uma felicidade (...)” – Entrevistado 1

“Ai isso foi uma alegria incrível... Foi uma alegria incrível.” – Entrevistado 5

“Epá, senti um alívio tremendo...” – Entrevistado 10

“Eu nem queria acreditar, sou-lhe sincero, nem queria acreditar “Será que eu estou mesmo em Portugal?” Ainda não me acredito. Só acreditei mesmo quando cheguei a casa... (...)” – Entrevistado 11

“(...)não acreditava, eu cheguei a Lisboa e não acreditava, não acreditava, eu não acreditava que cheguei a casa (...)” – Entrevistado 12

Apesar da felicidade em regressar a casa são e salvo, um dos participantes ainda relata a dor e empatia que sentiu para com as famílias daqueles que não regressaram. Este narra o seguinte:

“Quando chegamos á senhora dos milagres, à beira da capela, estava lá um senhor com foguetes, umas bombas para botar, por ter chegado e aquilo foi a coisa mais errada que o meu pai podia fazer para mim...foi a coisa mais...cada bomba que rebentava eu sentia que rebentava comigo (a chorar) porque eu sabia que muita gente ao ouvir a essas bombas, e já sabiam o porque dessas bombas, e tinham ficado sem os deles...essas bombas faziam sangrar o coração das pessoas que tinham perdido os deles...” – Entrevistado 12

Porém, apesar de toda a felicidade da maioria dos entrevistados, um participante ainda se sente emocionalmente preso a Moçambique, local onde serviu. O participante, francamente traumatizado pelo seu serviço militar na guerra colonial, sente que apenas regressou fisicamente para Portugal. Frequentemente, durante o discurso do participante, este narra a seguinte expressão: “quando estou do lado de lá”, referindo-se à angústia aterradora sentida

por parte dele em não se conseguir manter presente na realidade, perdendo-se com frequência nas mágoas e memórias do seu serviço. O participante refere mesmo que nunca regressou efetivamente a Portugal e que o seu coração ainda continua na guerra, sentindo-se fortemente magoado por isso, uma vez que, não consegue viver a sua vida e amar os seus familiares como gostaria de o ser capaz de fazer. Este participante refere mesmo a necessidade em voltar a Moçambique, acreditando que será a única maneira de aliviar as suas amarguras

“Entrevistado – O regresso ainda não regressei praticamente, e já mais de certo vou regressar porque...é um regresso, consideramos isto um regresso...é um regresso aéreo...”

Entrevistador – Um regresso físico, só?!

Entrevistado – Sim...

Entrevistador – Emocionalmente ainda está lá...

Entrevistado – Sim...

Entrevistador – Como é que lida com isso?

Entrevistado – Olhe digo-lhe que...apetecia-me ir para lá outra vez...

Entrevistador – Ai é?

Entrevistado – Apetecia-me ir lá outra vez porque eu perdi-me lá e de certo que lá era capaz de...

Entrevistador – De se encontrar?!

Entrevistado – De me encontrar... Perdi os meus sonhos lá... Porque os meus sonhos... Portanto, eu perdi tudo, perdi tudo, e até os filhos e tudo. Tenho os filhos mas é como se não tivesse... Tenho alguma dor, uma raiva por pensar nisso, e não os conseguir meter dentro. Estou à beira deles, dos netos e brinco com eles, gosto deles, mas...deixo-os de os ver...logo tudo desapareceu...

Entrevistador – O seu coração está cheio de ódio e de raiva e não consegue...?

Entrevistado – Está despedaçado, o meu coração está despedaçado... As vezes até digo para mim mesmo que não tenho coração (...)” – Entrevistado 6

Esta descrição faz refletir sobre a quantidade de ex-combatentes que estarão na mesma situação e que vivem, juntamente com as suas famílias, esta mesma angústia diariamente. Quantas famílias não estarão destroçadas pela experiência e vivência dos ex-militares na guerra colonial?!

7.3.2. Suporte social e familiar – “Portugal não deu valor.”

Segundo Começanha (2011) (cit. por Correia, 2015), o impacto do evento traumático é maximizado pela ausência, ou percepção de ausência, de suporte social, sendo simultaneamente uma agravante para a morbilidade da perturbação.

Investigações anteriores (Sendas, 2009; Começanha, 2011) têm vindo a chegar à conclusão que a falta de apoio familiar e social é um dos aspetos centrais no que se refere ao agravamento patológico. Nestes estudos, e em outros (Maia et al, 2006; Correia, 2015; Maia e Morgado, 2019), todos aqueles participantes que apresentaram altos níveis de PSPT relatam uma apreciação negativa relativamente à percepção de suporte social e familiar. Tais dados vão de encontro aos achados desta investigação. Os entrevistados, essencialmente, numa fase inicial, pós regresso da guerra, queixam-se da falta de apoio médico especializado e do abandono e desprezo por parte do Governo Português. Hoje, apesar de mais satisfeitos com os cuidados de saúde que lhes são proporcionados na área e, reconhecendo que na altura o conhecimento era escasso para as suas necessidades, a revolta para com a sociedade e a instituição governamental mantêm-se.

É importante lembrar que estes participantes se encontram todos na idade da reforma e, a grande maioria não teve percursos profissionais especializados, o que resulta hoje, numa remuneratória baixa. A revolta destes entrevistados com a tentativa do Estado em apagar um marco na vida de uma geração inteira, e as políticas e campanhas baseadas em promessas vagas que nunca se vêm a concretizar, despoleta-lhes sentimentos de revolta e raiva.

Durante a entrevista foi questionado aos participantes se estes consideram que a sociedade valoriza o exercício de ex-combatente e foi quando foi possível obter todos os dados no paragrafo acima descrito. A abordagem deste tema provocou uma grande indignação nos entrevistados que responderam negativamente com assertividade.

Por vários motivos, essencialmente pelo decorrer da conversa e pelo pouco tempo disponível, não foi possível colocar esta questão a todos os participantes, porém daqueles a que foi possível, todos se queixaram da falta de valorização por parte da sociedade, nomeadamente por parte dos representantes políticos. As queixas centram-se essencialmente na falta de ajuda financeira e apoio nos serviços e unidades de saúde militares, nomeadamente, aqueles que não seguiram à posteriori a carreira militar. Estes ex-

combatentes sentem-se indignados com o facto de terem ido defender a pátria e a própria pátria não os ajudar agora a eles, no momento em que necessitam.

“Revolta-me... Revolta-me muito. Eu vejo que, a américa honra os militares, honra os combatentes... Eles recebem... recebem... E a gente o que recebe? Cem euros por ano... E ainda foi preciso o bicudo... O Paulo Portas fazer barulho... Se não fosse esse, nada... E não... Olhe, até 70, os que morria ficavam lá... de 70 para cá começaram a mandar... Agora estão a ir buscar as ossadas lá... Mas não... Portugal não deu valor... Portugal não deu valor...” – Entrevistado 2

“Não não não... Eu acho que não... Acho que não... Acho que não... Senão já me tinham pago... Somos uns mexilhões... E continuamos a ser mexilhões... Eles não pagam... A gente defende a pátria e eles não querem saber... Esta juventude que está no governo...é tudo canalhada... É tudo... seja o presidente da república... é tudo... Veja lá a distinta lata, saiu no diário da república no ano passado que tínhamos direito a um passe, de borla...Diziam que era em Janeiro, nada... Diziam que era em Fevereiro, Fevereiro já passou e ainda não recebi... Ainda não recebi o passe. Quando é que isso sai? São uma cambada de mentirosos.” – Entrevistado 4

“(...) mas podíamos ser mais apoiados pelos médicos da tropa, no hospital militar, ou em qualquer sítio que fosse.” – Entrevistado 11

Estes ex-combatentes, sentem-se fundamentalmente uma geração esquecida pela própria pátria, pela qual sacrificaram a juventude, e alguns até a vida.

“Se calhar até se esquece, não é? Se calhar até se esquece (...)” – Entrevistado 9

Ainda, a falta de conhecimento sobre a temática e as dificuldades económicas sentidas na altura levou a que alguns dos participantes não conseguissem ter acesso ao apoio que necessitavam na altura.

“(...) depois tenho apoio de técnicos, à pouca falou-me de Vietnam, da América, especialistas que vieram já de estagiar na América sobre a guerra do stress pós-traumático, porque antes de 2000, 95, aqui não havia nada...eu perdi-me aí, se tivesse havido logo especialistas, logo quando eu vim, não tinha estado estes anos todos perdidos (...)” - Entrevistado 6

“Entrevistador – Procurou ajuda na altura?”

Entrevistado – Não havia, não havia...

Entrevistador – Psiquiatras? Não havia?

Entrevistado – Não havia, não havia...psiquiatra a pagar há tudo. O meu problema sempre foi o dinheiro... Nunca foi dinheiro para assim “eu vou-me tratar!” – Entrevistado 8

No que diz respeito ao apoio familiar, médico e psicológico, a maioria dos participantes refere-se satisfeito.

As principais fontes de apoio referidas pelos participantes são as suas esposas. O papel da companheira parece ser fundamental para alguns destes que a referem como principal fonte de apoio, caracterizando-a como uma mais valia no tratamento, tendo sido as impulsionadoras na procura de apoio médico e psicológico.

Para um dos participantes a sua esposa é o seu pilar fundamental, referindo

“(...) um dia que a minha esposa falte, eu já conhecia a minha esposa antes de ir para a guerra, e só a tenho praticamente a ela, um dia que ela me falte, que vá primeiro do que eu, eu vou por aí abaixo e mais ninguém me apanha (...)” – Entrevistado 6

Em segundo lugar, os participantes referem as diversas associações a que estão associados, nomeadamente a Liga dos Combatentes, Associação dos Deficientes das Forças Armadas, entre outras, em particular as equipas clínicas que os acompanham.

Alguns participantes referem que nem sempre conseguem o devido apoio por parte das suas famílias ou amigos mais próximos, ou porque estes não os percebem, ou porque não acreditam em todas as histórias que contam, achando que estão a supervaloriza-las. Outro motivo referido é a necessidade de “poupar” aqueles que lhes são mais próximos, nomeadamente as esposas, das angústias e tristezas que vivenciaram. Para tal recorrem essencialmente ao apoio psiquiátrico e psicológico que lhes é proporcionado pelas associações militares, na maioria dos casos em questão, a Liga dos Combatentes, sentindo que esse mesmo apoio lhes é proporcionado é significativo. É referido com frequência expressões como “tirar um peso de cima” ou “ficar mais aliviado”.

No que concerne ao apoio recebido pelas equipas clínicas, é relatado o seguinte pelos participantes.

“Entrevistador – Sempre que precisa, sente que alguém consegue dar resposta às suas necessidades?, Entrevistado – Sim (...)” – Entrevistado 2

“Entrevistador – Sente que esse apoio o satisfaz?, Entrevistado – Sim, ajuda muito...” – Entrevistado 3

“(...) sinto-me aliviado, parece que não, mas uma pessoa ao desabafar, ao contar estas coisas... estes problemas todas...” – Entrevistado 4

“Entrevistador – Mas sente que a Dra. Ana, ou quem o tem seguido o tem ajudado?, Entrevistado – Sim, sim! Pronto, eu chego aqui desabafo, conto aquilo que me preocupa, mexo naquilo que me preocupa, às vezes fico aliviado, outras vezes fico mais angustiado, mas no geral, acho que sim, que é benéfico... A menina sabe que os psicólogos existem mesmo para isso, é para ajudar, não é para desajudar...” – Entrevistado 10

A narrativa das histórias traumáticas com um profissional de saúde tem vindo a comprovar, com estes participantes, um método terapêutico efetivo no alívio da sintomatologia.

Ao contrário dos restantes, um outro participante em particular coloca os seus camaradas como principal fonte de apoio, em decremento da sua família e equipa clínica. Este refere que os últimos não o compreendem da mesma maneira que os seus camaradas o fazem, uma vez que não passaram pelo mesmo

“melhor que um psicólogo ou um psiquiatra é a convivência entre camaradas.” – Entrevistado 7.

Porém, este apoio não chegou a todos os participantes. Três participantes referiram não se terem sentido apoiados, tanto pelas suas famílias, como pelas instituições militares ou camaradas. Tal pode dever-se à incapacidade destes últimos em prestar o apoio necessário para este indivíduo em questão ou, a falta de perceção de apoio recebido por ele. Um entrevistado refere

“Hmmm, eles não apoiavam porque se calhar nem acreditavam muito... Acho que sim...pronto, era uma família assim mesmo pobre, se calhar até pobre de espírito...” – Entrevistado 11

Apesar de hoje todos os participantes, exceto dois, se encontrarem associados a instituições militares, alguns destes referem que não foi fácil o acesso às mesmas, nem mesmo fazer valer os seus direitos enquanto traumatizados de guerra. Alguns participantes queixam-se mesmo que, o facto de não terem mazelas físicas, fez com que muitas instituições a quem procuraram ajuda a lhes negassem porque não eram considerados como deficientes das forças armadas, o que vai de encontro ao que foi abordado anteriormente.

“Hmmmmmm, se calhar, eu e outros como eu, pronto, temos sempre o apoio da estrutura militar e ect, o hospital militar, a associação dos deficientes das forças armadas...mas eu tenho um amigo (...) ele está um farrapo humano (...) E nunca conseguiu ultrapassar todas essas dificuldades que viveu na guerra... (...) O deficiente das forças armadas tem sempre uma retaguarda, tem sempre um apoio, um apoio psicológico, um apoio médico, etc, mas aquele que não tem, que é o caso dele, que não tem nenhuma mazela física, vem da guerra sem nenhuma mazela física...mas que tem uma mazela, não é?! Psíquica muito forte, que o leva a andar (...) E isto...azedou muito mais a partir do momento em que ele se reformou, a partir do momento em que ele se reformou começou a piorar, a piorar, a piorar...” – Entrevistado 9

“Entrevistador – Então não consegui encontrar ajuda nos Deficientes Das Forças Armadas, nos Veteranos de Guerra? Não conseguiu? Entrevistado – Não senhor (...)” – Entrevistado 11

Hoje, com a maior consciência por parte da instituição militar desta problemática, o apoio tem sido capaz de chegar com mais eficácia e rapidez a quem necessita, contudo, como é possível analisar no testemunho anterior, ainda existe um grande conjunto de veteranos que sofrem na solidão e silêncio.

7.4. Perturbação de stress pós-traumático

A elaboração deste domínio e suas categorias prendeu-se com a necessidade de explorar e perceber como a PSPT se manifestou neste grupo de veteranos.

Como podemos ler no enquadramento teórico, a manifestação da sintomatologia associada à PSPT pode ser aguda ou crónica, consoante a sua duração temporal. No que diz respeito a estes homens, falamos numa sintomatologia que persiste, na maioria destes, há mais de 45 anos, uns com uma maior severidade nos sintomas que outros, outros com remissão praticamente total da sintomatologia, outros massacrados constantemente pelas memórias traumáticas e outros capazes de manter um estilo de vida considerado normal, a outros que nunca foram capazes de se integram completamente na sociedade.

Relativamente à cronologia da sintomatologia, dos 12 participantes entrevistados, dez referiram que a sintomatologia característica de stress pós-traumático surgiu logo após o regresso da guerra. Por outro lado, dois referem que os sintomas só começaram a surgir quando estes entraram na idade da reforma.

“Agora, apareceu-me a tal doença do pós-traumático de guerra, que aquilo aparece só passados uns 20 anos. Nós quando cá chegamos, nós não nos apercebemos de onde estamos a vir. Sabemos que viemos da guerra e num sei de onde e tal, sabemos que chegamos vivos e tal e tal, depois começamos a trabalhar e aquilo pronto, não se fala muito naquilo e aquilo passa... Só que passa um ano, dois, três, quatro, cinco, seis, sete oito, nove, dez e começa-se a falar da guerra, e a gente vai relembando. Começa a lembrar e à ali um parafuso que está parado e começa a mexer. Eles mesmo deram na televisão e tal que só se começa a sentir o pós-traumático de guerra depois de uns 20 a 30 anos depois de vir embora, que é quando começamos a envelhecer e a amadurecer bem o cérebro é que começamos a sentir as recordações que ficaram para trás. E então aí é que se começa a sentir verdadeiramente. Aí é que

começa o bicho a sair de lá de dentro, e foi aí que eu comecei a sentir. A partir daí, nunca mais parou, nunca mais parou.” Entrevistado 1

Ainda, um entrevistado refere que apesar dos seus sintomas terem surgido logo após o regresso a casa, sentiu que estes agravaram com vinda para a reforma, especialmente nesta fase de confinamento, em que as relações estão mais restritas.

“Entrevistador – Sente que quando veio para a reforma... Estou a fazer esta pergunta porque alguns camaradas seus têm referido... Quando andavam a trabalhar andavam mais ou menos porque a cabeça não parava, mas que quando vieram para a reforma acabaram por estar mais por casa e os sintomas surgiram novamente...ou pioraram...”

Entrevistado –Acho que pioraram bastante... Acho que pioraram bastante... Este confinamento... Dantes a gente ainda se distraía a falar com A, a falar com B... Por exemplo eu tinha uma filha que tinha um café, eu ia até lá, conversava um bocado com as pessoas, jogava às cartas, jogava ao domino que gosto...e enfim, essa parte era boa... Os problemas se calhar estavam cá dentro, mas aquilo fazia parte de género de uma terapia, a gente se esquecer, enquanto estava entretido, de se esquecer do mal que tinha cá dentro...” – Entrevistado 11

A entrada na reforma é um marco importante na vida de qualquer adulto, segundo Fonseca (2012) (cit. por Correia, 2015, pág. 105), esta

"não assinala apenas o fim da atividade profissional; é também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou hábitos, definiu prioridades (...) podendo ser, ao mesmo tempo, um momento de libertação e de renovação (...), ou um momento de sofrimento e perda (de objetivos, de amigos, de capacidade financeira...)".

Segundo estes mesmos autores, este sentimento de perda traz associado um potencial risco de perturbações psiquiátricas.

Durante o trabalho de Correia (2015), esta obteve alguns testemunhos dos técnicos dos Centros de Apoio Médico, Psicológico e Social (CAMPS) da Liga dos Combatentes dos Núcleos de Évora e Coimbra e, um dado curioso obtido que vai de encontro aos testemunhos da minha amostra é

“as situações mais frequentes com que se deparam estão relacionadas com combatentes que aparentemente regressaram bem e que agora, numa fase pós-reforma, revivem intensamente os momentos mais marcantes da sua experiência de guerra, causando-lhes consequências graves ao nível do seu bem-estar. Na sua globalidade, o maior trauma destes homens é o nunca terem sido ouvidos, compreendidos e valorizados pelo que viveram.” (Correia, 2015, pág. 114)

Da principal trilogia sintomática da PSPT, a re-experiência das vivências na guerra e a intrusão de pensamentos e imagens desagradáveis é que continua, hoje, a importunar a vida destes homens.

Segundo os entrevistados, o principal sintoma é a re-experiência através de sonhos/pesadelos.

“E portanto...os pesadelos...os sonhos...que a gente passava lá...isso é todas as noites, batalho... (...)” – Entrevistado 2

“Entrevistador – Pesadelos? Ainda tem pesadelos?, Entrevistado – Às vezes ainda tenho... Mas já não são tão frequentes como antigamente, já são mais leves...” – Entrevistado 3

“Era “e vêm eles, e vêm eles” e deitava-me...vinha com aquela coisa...” – Entrevistado 4

“(...) tenho muitos pesadelos dessas situações, que é a tortura...” – Entrevistado 6

“(...) Pesadelos... Sonhos dolorosos, Sonhos de colegas que pronto, veja quantas minas nos rebentaram, colegas que morreram (...)” – Entrevistado 11

“(...) Eu cheguei a um ponto, eu de noite às vezes tinha, e ainda hoje tenho pesadelos terríveis (...)” – Entrevistado 12

Para além desta, alguns participantes referem também a presença de pensamentos intrusivos sobre a guerra. Uns mencionam que ainda hoje não passam um dia sem pensar na guerra, outros vão relatando uma melhoria nesse aspeto, mas que não desapareceu por completo.

Aquilo a que a literatura chama de sintomas de hipervigilância foram aqueles mais sentidos pelos participantes aquando o regresso a casa e à vida civil, por outro lado, são aqueles que hoje, passados quase 50 anos, estão mais controlados e não têm grande manifestação na vida dos participantes.

Esta sintomatologia foi referida por dez dos participantes, um dos participantes referiu não a ter vivenciado e ao outro não foi possível abordar a questão.

Daqueles que experienciaram esta sintomatologia, a principal queixa é relativa ao uso de fogo de artifício. Os participantes referem que o som dos foguetes os incomoda e os faz lembrar as bombas e minas a explodirem, o que os deixa bastante ansiosos.

“Eu estremeço...Estremeço logo... Se eu estiver a contar com eles é uma coisa... Agora se não estiver a contar, estremeço...”, “Faz-me lembrar as minas antipessoais... Minas antipessoais...” – Entrevistado 4

“(...) nas aldeias aquelas festas de lançar foguetes e assim, se lançassem um foguete eu atirava-me logo para o chão... Eu ouvia os foguetes a estourar e eu pum...naquele impulso... Nós... nós, senhora enfermeira, no ultramar estávamos com aquela mentalidade de tal ordem que fosse o carro á velocidade que fosse, ouvíamos um tiro, parecíamos balas a saltar pelo carro fora... O próprio condutor largava os carros e o carro ia...” – Entrevistado 5

“eu ia por exemplo a uma festa, e de repente começavam os foguetes a estoirar, eu nunca me atirei para o chão, nunca me atirei para debaixo das mesas nem nada, mas sou-lhe sincero, ficava todo a tremer, ficava todo a tremer ali um bocado...” – Entrevistado 11

Para além dos foguetes, é ainda referido por um participante os sons bruscos e inesperado.

“Depois que eu cheguei da Guiné, logo instantaneamente, eu estava aqui...alguém batia à porta, era um caos logo, era uma brusquidão... Demorou muito, demorou muito a passar, demorou muito, muito...não lhe sei dizer tempo, mas demorou muito... Não foi fácil.” – Entrevistado 8

Ainda, um participante partilha uma história que demonstra com clareza a dificuldade que é por vezes fazer pequenas tarefas do dia-a-dia, como por exemplo, ir ao cinema. Este conta que numa altura em que foi assistir a um filme de guerra, já passados uns anos após a vinda do ultramar, que o som reproduzido pelo disparo de uma bala foi tão real para este entrevistado, que lhe desencadeou uma crise de pânico. Para além deste episódio, conta ainda um em que se encontrava a caminhar na estrada e é surpreendido pelo som de um carro a acelerar

“(...) sabe o que é rateres? Quando o cano de escape acumula certos gases que não estão queimados, de repente faz pum pum pum... quando dei por mim estava na valeta no chão...” – Entrevistado 7

Alguns participantes ainda referem que ainda hoje se sentem de certo modo incomodados quando surpreendidos com sons bruscos e repentinos, mas que aqueles instintos de se atirarem para o chão ou pensarem que estão em cenário de guerra já passaram e que já os conseguiram ultrapassar e controlar.

No que diz respeito aos sintomas de evitamento, exceto um participante que refere não se encontrar de todo com os seus ex-camaradas, isto por aconselhamento da sua equipa médica, com receito de agravamento da condição clínica, os restantes elementos deste estudo não referem alguma vez ter evitado pessoas ou locais porque estes lhes fazerem lembrar a sua experiência traumática.

É importante fazer referência que todos os participantes deste estudo se encontram clinicamente estáveis, com a sintomatologia controlada, todavia, existem dois homens que, através da realização das entrevistas, chegou-se à conclusão que ainda estão muito feridos pelas suas experiências na guerra, tendo mesmo sido necessário encontrar o período da colheita de dados. Os restantes, neste momento, encontram-se com uma redução significativa da sintomatologia, alguns referindo mesmo que hoje já não pensam tanto na guerra, apresentando plena capacidade de funcional para as suas atividades de vida diária.

7.5. Crescimento pós-traumático

A existência de investigações realizadas sobre o CPT em veteranos da guerra ultramarina, a meu conhecimento, até à data, é nula, o que tornou a triangulação dos resultados obtidos neste trabalho mais difícil. Nos estudos de Maia et al. (2006) e Correia (2015), as autoras fazem uma abordagem à apreciação global da experiência de guerra e aos possíveis aspetos positivos advindos da mesma por quem lá participou, contudo, não é feita referência a este estado de desenvolvimento intrapessoal e em que sentido uma apreciação global positiva potencia o CPT.

“Sendo as experiências de stress extremo potencialmente traumáticas (...) as mesmas podem originar três consequências diferentes, a psicopatologia (...), a resiliência e o crescimento pós-traumático. Os acontecimentos potencialmente traumáticos desafiam e obrigam as vítimas a mudar as suas teorias pessoais e significados sobre o Eu e sobre o mundo, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento emocional e aos sintomas de PTSD (Bramsen et al., 2002). No entanto, pensamos que esse desafio à alteração das teorias/significados sobre o mundo poderá resultar igualmente quer em resiliência, quer em crescimento pós-traumático, e que essas consequências poderão estar associadas ao processo de atribuição de significado a esses acontecimentos potencialmente traumáticos.” (Sendas, Maia e Fernandes, 2006, pág. 833)

Neste domínio e categorias pretendemos analisar o significado global atribuído à experiência traumática e em que sentido a mesma permitiu mudanças positivas na filosofia de vida e na perceção do Eu.

7.5.1. Características – “Cresci MUITO!”

Na investigação de Maia et al. (2006), com 350 veteranos da GCP, 30,5% dos indivíduos são capazes de atribuir um significado positivo à experiência de guerra. Porém, apesar de a amostra desta investigação ser bastante sintomática no que se refere à presença de PSPT,

nem todos os indivíduos correspondem a esses critérios de diagnóstico. Nesta investigação não é clara a relação entre a apreciação negativa e o desenvolvimento de stress pós-traumático, pelo que não podemos chegar a conclusões claras acerca do CPT.

Numa investigação realizada com prisioneiros de guerra do Vietman (Sledge, Boydstun & Rabe, 1980), submetidos a tortura durante anos, 61,1% relatam ter beneficiado psicologicamente da experiência traumática. Estes referem mudanças favoráveis nas suas personalidades, com aumento da autoconfiança e que lhes ensinou a dar valor às coisas realmente importantes na vida. Os autores deste estudo concluíram que este grupo de prisioneiros de guerra percebe a sua experiência como subjetivamente benéfica (Tedeschi & McNally, 2011).

Ainda, na bibliografia internacional, nomeadamente a realizada em veteranos americanos, Decker (2016) chegou à conclusão na sua revisão da literatura que os dados ainda são muito contraditórios, pelo que não é possível chegar a uma resposta clara sobre em que medida o CPT tem influência sobre a PTSP em veteranos de guerra. Por exemplo, enquanto que em umas investigações concluiu-se que a alta exposição a combate aumenta os níveis de CPT, o contrário foi concluído em outros trabalhos.

A colocação da questão sobre a capacidade de nomear aspetos positivos relacionados com a experiência traumática causou de certa forma um dilema intrapessoal nos participantes. O primeiro impacto com a pergunta a resposta instantânea foi negativa, contudo, com a análise de toda a experiência vivenciada naquele período, alguns foram capazes de referir e reformular a resposta, nomeando aspetos positivos relacionados com este período traumático das suas vidas.

Oito dos participantes foram capazes de responder afirmativamente à questão. Dos aspetos positivos são nomeados a disciplina, a camaradagem/amizade e a aprendizagem em lidar melhor com eventos adversos.

Relativamente à disciplina, é referido o seguinte pelos participantes:

“A disciplina e o respeito foram as coisas que a guerra me ensinou. A guerra, isto é... a tropa! Foi a disciplina e o respeito. Foi das bases principais que eu consegui ficar e que eu digo sempre “meu amigo, a guerra ensinou-me muito... ou a tropa... ensinou-me muito... o respeito e a disciplina! Isso é o que toda a gente devia de ter. Se houver isso não há assim tanta malvadez.” – Entrevistado 1

No que diz respeito à camaradagem e amizades formadas durante o tempo de tropa e guerra, é relatado o seguinte:

“Olhe... os positivos foi... Os aspetos positivos que a guerra me trouxe foi a camaradagem e a amizade que eu criei em todos aqueles homens, homens jovens (...)” – Entrevistado 5

“Aspeto positivo foi...entrei numa...como se chama...entrei num mundo diferente, num mundo de camaradagem militar e então, a nossa família estava a 4000kms, então que era a nossa família? Eramos nós lá, nós lá eramos uma família, isso foi uma das melhores coisas que me aconteceu...” – Entrevistado 7

O último aspeto, ao que me parece, mais relacionado a percepção de crescimento intrapessoal, a que alguns entrevistados se referem a *“aprender sobre a vida”*, é aquele que nos é possível fazer uma relação mais direta com o que também temos vindo a estudar neste trabalho, o crescimento pós-traumático. Os participantes que mencionam este crescimento fazem as seguintes narrativas aquando questionados sobre os aspetos positivos da experiência traumática:

“Entrevistador – Consegue nomear algum aspeto positivo que a sua experiência no Ultramar lhe tenha trazido para a sua vida?, Entrevistado – O medo... O medo da reação e das coisas que a gente vai fazer... Há pessoas que quando começam a fazer qualquer coisa têm certo medo... Eu não “Eu tenho que vencer!” – Entrevistado 3

“(...) fez-me crescer muito e fez-me ganhar caracter, força, não vendo barato, não vendo barato...esse de não vendo barato quer dizer, eu era um paz d’alma, bufavam-me aos ouvidos e eu não sabia o que pensar, e eu agora sei o que eu quero da vida, e a minha vida tem sendo vivida com essa sabedoria.” – Entrevistado 8

“Eu não sei se são aspetos positivos, não é, de qualquer forma, um aspeto do qual poderá ser positivo...esta teimosia que eu tenho de procurar vencer, procurar ultrapassar os obstáculos, não sei se era de eu já ser um bocado disso, acho que não...porque eu até essa idade, como se diz, até essa idade eu era mais de bolos... Eu era até essa idade, até à idade de ir para a tropa era mais...de andar ao fresco... Era um bocado de andar ao fresco (risos) e...mais irresponsável e não sei se isto terá contribuído positivamente para que eu ganhasse outra força, não é...eu acho que sim, eu acho que sim... Faz-me lembrar aquele que não tem um rim, o outro passa a trabalhar em duplo... Pronto, eu acho que agarrei-me mais...” – Entrevistado 9

“Aspetos positivos sé que eu fiquei com algumas defesas para outras situações... Lá está, com os erros a gente aprende...” – Entrevistado 10

Para perceber realmente a nomeação destes aspetos positivos e o crescimento pós-traumático, seria pertinente em investigações futuras aplicar a estes veteranos o Inventário de Crescimento Pós-Traumático.

Apesar de a maioria dos participantes desta investigação terem sido capazes de identificar alguns aspetos positivos, o mesmo não aconteceu com os restantes. Dois participantes afirmaram claramente não serem capazes de identificar algum, relatando que as suas experiências na guerra apenas os prejudicaram.

“Não...para mim não, prejudicou-me... Tirou-me 20 anos de vida...” – Entrevistado 2

“Nada... Não trás nada de bom!” – Entrevistado 4

Aos restantes dois veteranos não me pareceu correto e pertinente a colocação desta questão dado toda a história dos mesmos e as suas dificuldades na vida civil. Estes dois participantes encontram-se ainda francamente traumatizados pela sua experiência no ultramar, nunca tendo sido capazes de retomar à vida civil na plenitude. Um deles referiu que passou mais de metade da sua vida produtiva de atestado médico, devido à incapacidade mental e psicológica para trabalhar que esta experiência lhe causou, acompanhado ainda com algumas tentativas de suicídio e o segundo encontra-se mesmo classificado com incapacidade total para o trabalho, devido ao grau de stress pós-traumático.

Em seguimento do assunto anterior, foi questionado aos participantes as suas perceções de crescimento intrapessoal após a experiência traumática.

Dos entrevistados que foram capazes de responder afirmativamente à questão colocada anteriormente, foram os mesmos que foram capazes de identificar algum crescimento psicológico e emocional nas, e para as suas vidas.

Estes participantes referem que a experiência na guerra lhes proveu de ferramentas para melhor enfrentar as situações adversas que a vida lhes reservou.

“Entrevistador – Perdeu o medo? Sente-se que é mais capaz de enfrentar as coisas? É esse sentido?, Entrevistado – É!” – Entrevistado 3

“Entrevistado – Fez-me crescer muito... Vá lá... Vendo a vida difícil que passei e a vida... ou seja... Nós somos... é infalível... Nós temos que ultrapassar todos estes obstáculos. Deu-me a conhecer como a gente por vezes tem que ultrapassar certos obstáculos da vida...” – Entrevistado 5

“Muito! Não cresci... Cresci muito... Muito! Muito! O que a vida me reservou, tanto no lado sentimental, familiar, no trabalho... se eu não estivesse estado na Guiné eu provavelmente já teria sido engolido pelo mundo, não teria sobrevivido a tanta pressão e eu agradeço... Não foi fácil, mas eu aproveitei e cresci muito com aquilo...Deu-me character e mostrou-me aquilo que eu quero ser, é por isso que nos empregos não fizeram farinha de mim...” – Entrevistado 8

“(...) fiquei com algumas defesas para outras situações... Lá está, com os erros a gente aprende...” – Entrevistado 10

É ainda relatado por alguns que a guerra lhes ensinou sobre a vida e como lhe dar valor e sentido.

“Eu aprendi a vida na guerra... Muito que eu sei da vida foi a guerra que me ensinou...” – Entrevistado 1

“(...) procuremos dar-lhe mais...não é dar mais vida, é dar mais sentido, mais capacidade de vencer...se calhar isso vêm-me daí...” – Entrevistado 9

Tais afirmações parecem ir de encontro ao que a bibliografia descreve como as competências adquiridas através do CPT. Através das narrativas dos entrevistados parece concluir-se que estes foram capazes de desenvolver *“competências sociais, como a aprendizagem de cooperação e trabalho de equipa”*, bem como também *“aspectos relacionados com alteração de valores pessoais, como clarificação do objeto e sentido da vida, valorização da paz, sentido de independência, reconhecimento do valor da vida e desenvolvimento de sentimentos positivos em relação ao Eu.”* (Correia, 2015, pág. 81).

7.5.2. Estratégias de coping

Atualmente existe uma diversidade de definições de coping, contudo, a grande maioria partilha da mesma ideia que o coping é a utilização de um conjunto de estratégias e esforços por parte do indivíduo para lidar com situações traumáticas ou adversas, conflitos e emoções intensas (Mitrousi, Travlos, Koukia & Zyga, 2013) (cit. por Monteiro, 2016).

As definições mais utilizadas na literatura são as de Lazarus e Folkman (1984), que *“definem o coping como “esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como ultrapassando ou excedendo os recursos da pessoa” (p. 141)”* (Monteiro, 2016, pág. 7).

A utilização e seleção de determinadas estratégias de coping em prol de outras varia muito de pessoa para pessoa, das suas vivências e experiências anteriores e da perceção desta acerca o evento stressor, logo, é natural não observarmos um padrão específico sobre as estratégias utilizadas nos participantes desta investigação. O processo de coping é um método orientado, ou seja, focado naquilo que o indivíduo *“pensa e faz numa situação específica e é sempre passível de sofrer alterações à medida que a situação se desenrola.”* (Monteiro, 2016, pág. 7). Apesar de todos os participantes terem passado pelo mesmo cenário traumático, não nos podemos esquecer que estas são pessoas singulares, diferentes entre elas em vários aspetos e com histórias de vida desiguais, pelo que é possível observarmos a utilização de estratégias dispares entre elas.

Para Folkman e seus colaboradores (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986) (cit. por Cardoso, 2010), é plausível de se dividir as diversas estratégias de coping em duas categorias. A primeira consiste na utilização por parte do indivíduo em estratégias para aumentar os seus recursos para lidar com a situação, a utilização destas estratégias, reagindo construtivamente à situação – coping focado no problema – a segunda tem como objetivo o indivíduo controlar a resposta emocional ao stress, aliviando assim a tensão – coping focado nas emoções.

“O coping centrado no problema envolve estratégias como a modificação das condições externas da situação, aceitação da responsabilidade, planeamento de resolução de problemas e reavaliação positiva; enquanto que a fuga-evitamento, reestruturação cognitiva, a regulação emocional, a procura de suporte social, a distração e o wishful thinking representam as estratégias integradas no coping focado na emoção (Folkman et al., 1986).” (Cardoso, 2010, pág. 4)

“Uma vez que as estratégias de coping podem promover a resiliência e o ajustamento psicológico, Lazarus (2000) salientou a importância de definir estratégias de coping eficazes.” (Maia, Sendes, Lopes e Mendes, 2016, pág. 66). A utilização destas estratégias são um fator importante para um bom prognóstico e fácil remissão da PSPT (Anunciação, 2010).

Neste sentido, a literatura tem vindo a procurar quais são as estratégias mais adaptativas em relação às menos adaptativas e tem vindo a concluir que aquelas focadas no problema parecem ser as mais ajustadas em relação às focadas nas emoções (Savicki, 2002) (cit. por Maia et al, 2016). *“Todavia, parece ser o coping emocional o que melhor explica as diferenças no ajustamento psicológico.”* (Maia et al. 2016, pá. 66).

Tal pode dever-se essencialmente à fisionomia do trauma que não se adapta às teorias clássicas sobre o coping, uma vez que estas foram construídas com base em dar resposta a eventos stressores da vida diária, enquanto que o trauma é qualitativamente diferente das adversidades quotidianas (Folkman e Lazarus, 1985) (cit. por Maia et al. 2016). Embora na literatura parecer haver consenso no que toca à utilização de estratégias focadas no problema para melhor resolução e gestão dos eventos stressores da vida diária, tal parece não se aplicar na gestão de eventos traumáticos, sendo que a gestão emocional nestes casos parece ser central (Maia et al., 2016).

A estratégia de coping praticamente transversal a todos os participantes desta investigação foi a do suporte social, focada nas emoções. Aqui os participantes procuram a partilha das suas emoções e sentimentos com os outros, quer sejam estes família, amigos ou profissionais de saúde.

“Quando estou com um amigo qualquer... Ainda ontem vim pagar as cotas aqui á Liga, e encontrei lá uns rapazitos e perguntei “onde você esteve” e eles “estive na Angola e tal, e você?” “Eu estive na Guiné, corri a Guiné toda...” e contei histórias...Tenho muito coisa aqui na caixa córnea...como diz a cantiga.” – Entrevistado 4

“Ah sim, sinto-me aliviado, parece que não, mas uma pessoa ao desabafar, ao contar estas coisas... estes problemas todos...” – Entrevistado 5

“(...) as mulheres queixam-se que nós só falamos na guerra.” – Entrevistado 10

Para estes participantes a ajuda prestada pela psicóloga nas suas consultas, bem como os encontros e convívios com ex-camaradas são uma mais valia para a redução da sintomatologia. Estes referem com frequência a sensação de alívio após falar do problema, utilizando também com frequência o termo “desabafo”.

“(...) a expressão de sofrimento emocional, é geralmente visto como um modo adaptativo de coping, enquanto o coping emocional de evitamento é visto como mal-adaptativo (Folkman e Lazarus, 1985). Autores como Carver et al. (1989) sugerem que a ventilação de emoções e a verbalização de sentimentos negativos podem ser funcionais durante um período de luto, em termos de ajuste ao trauma e à perda, ajudando o indivíduo a seguir em frente.” (Maia et al. 2016, pá. 66).

De facto, através dos dados obtidos durante as entrevistas, parece haver uma relação entre aqueles que utilizam maioritariamente a estratégia de coping afastamento/evitamento, com menor crescimento psicológico. É o caso dos entrevistados 2, 6 e 12, que, apesar de terem ao seu dispor o suporte social prestado pela equipa clínica da instituição militar que estão inseridos, pelo discurso narrado por estes, parece que ainda utilizarem maioritariamente das vezes o coping de evitamento. Por sinal, este é um dado curioso que vai de encontro ao paragrafo anterior, foram estes mesmos participantes que não conseguiram nomear aspetos positivos da experiência na guerra ou terem perceção de crescimento pessoal.

“Entrevistador – Às vezes estou assim distraído e tal e vem-me assim coisas à cabeça... Por exemplo, agora estrou aqui, a ver televisão e tal, e vem-me assim á cabeça “oh pá...naquele dia e tal”, mas depois vou buscar uma coisa de quando era pequenito... Vou buscar coisas de infância e penso “quem me dera apanhar-me agora nesse tempo” e aquilo vai... Portanto, eu apago...é um pano que passo...”

Entrevistado – Muda de pensamento?

Entrevistador – Sim, embora passado pouco tempo já estou outra vez...”

É importante clarificar que o uso moderado de estratégias de evitamento, nomeadamente nestes cenários, é terapêutico e contribui para o ajustamento psicológico, ajudando a minimizar os estímulos angustiantes da experiência traumática, porém, o uso prolongado desta estratégia pode levar ao aumento do sofrimento e impedir a utilização de estratégias mais adaptativas (Carver et al., 1983; Mattlin et al., 1990) (cit. por Maia et al., 2016), como

acontece com os entrevistados supracitados. Um participante que utilizou estas estratégias durante vários anos referindo “durante 20 anos não falei sobre guerra” menciona que sofreu bastante durante esse período e que agora, com a utilização de novas estratégias, nomeadamente o suporte social com os seus camaradas e a reavaliação positiva, relata uma franca melhoria. Hoje este procura aprender e ensinar os seus pares com a sua experiência traumática e ajudar aqueles que se encontram a passar pelo mesmo

“E já dou conselhos aos outros... Para além de tudo dou conselhos aos outros, como devem de fazer, como não devem de fazer “não te metas em casa, vem arejar... Opá, no próximo convívio se não tiveres dinheiro a gente paga entre todos o teu almoço e num sei que” e entre ajudamo-nos.” – Entrevistado 7

“Custou um bocado começar a abrir o livro, eu costumo dizer a caixa de pandora, mas pronto, abrir o livro, quando comecei a abri o livro fez-me tão bem...” – Entrevistado 7

No seu trabalho, Pinto (2016) relata que vários estudos referem que a utilização de estratégias de coping como o evitamento e a supressão estão relacionadas com a prevalência e intensidade dos sintomas de PSPT.

Um dado curioso que vai de certa forma contra ao que foi supracitado sobre a utilização das estratégias centrada nas emoções terem mais benefício no trauma é que, dos participantes que durante as entrevistas demonstraram um maior crescimento psicológico pós a experiência traumática, utilizam essencialmente estratégias focadas no problema.

É o caso do entrevistado 7, que após anos a utilizar estratégias de evitamento, hoje utiliza essencialmente a reavaliação positiva, e o caso do entrevistado 8 e 9 que utilizam a aceitação e confronto.

- Aceitação – Nesta estratégia, o participante aceita que tem um problema, que tem que lidar com ele e/ou resolve-lo.

“(...) desenrasquei-me, e estou a desenrascar-me, graças a Deus.” – Entrevistado 8

“(...) não, eu tenho que me agarrar às armas que tenho para...” e fiz... Fiz, e continuo ainda, já com esta idade, continuo ainda a procurar ser ativo (...)” – Entrevistado 9

- Confronto – Aqui, o participante ao utilizar esta estratégia enfrenta o evento stressor em si e arrisca-se em novos desafios para melhorar a sua condição.

“E procurei, procurei acima de tudo a erguer a cabeça e...na altura...pronto...voltei a estudar...” – Entrevistado 9

Outra estratégia utilizada por um participante é a focada no problema, autocontrolo.

- Autocontrolo – Aqui, o participante refere tentar assumir o controlo sobre as suas emoções e pensamentos quando estes surgem.

“(...) Eu quando estou stressado, quando começo que estou a ver que estou a ficar com aqueles pensamentos e aquelas ideias... sabe o que é que eu faço?! Vou ali para a varanda... Sou muito respeitado... passam ali as miúdas, as senhoras, isto e aquilo... e eu “deixa ver se passa ali umas miúdas boitas e jeitosas...” e começo ali a olhar e passa uma e “bom dia”, passa outra “bom dia” e estou ali...” – Entrevistado 1

Foi claro durante as entrevistas que por norma os participantes utilizam mais do que uma estratégia, sendo a preferencial a de suporte social. Também foi possível verificar que com o passar dos anos alguns destes homens foram evoluindo e utilizando outras estratégias mais adequadas para dar resposta às suas necessidades, porém, foi possível chegar à conclusão através das várias entrevistas, que a narrativa, especialmente com um profissional de saúde, e o apoio social, são muito importantes para o processo terapêutico destes homens.

Os restantes, como já mencionado anteriormente, utilizam essencialmente a estratégia de suporte social.

A figura abaixo pretende resumir de forma esquemática aos resultados a que se chegaram.

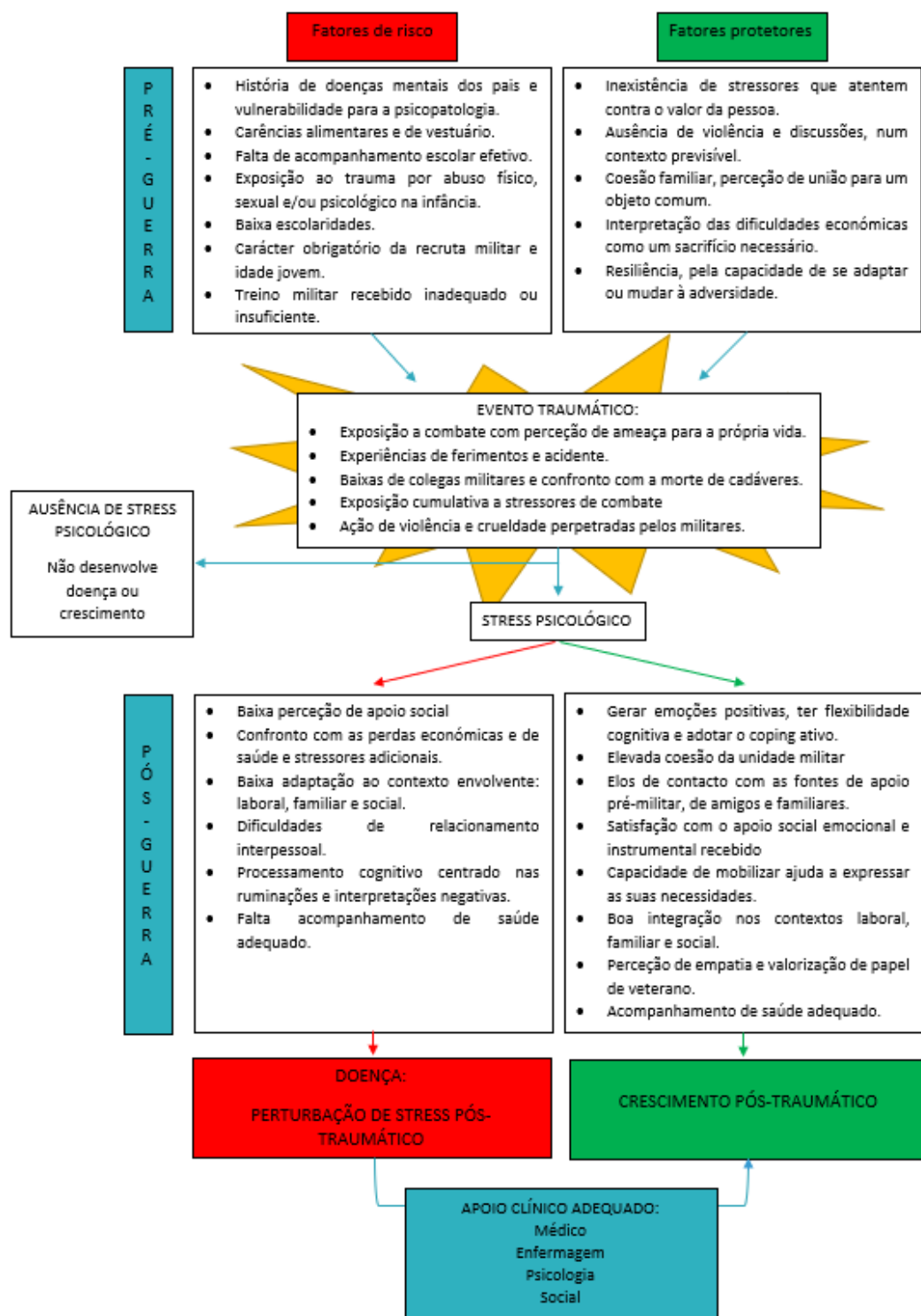


Figura 4 Fatores de risco e protetores para PSTP e CPT, adaptado de Começanha, 2011

CONCLUSÃO

Chegado a este momento, é necessário fazer uma reflexão sobre os resultados encontrados ao longo do trabalho. Como referido no início, face a um grupo social francamente predisposto a desenvolver esta perturbação mental, cabe-nos a nós, profissionais de saúde, perceber melhor estas vivências de forma a atuar mais eficazmente. Como tal, com este trabalho, não só se pretendemos contribuir com elementos que possam ajudar em futuras intervenções no campo da saúde, mas também se desejamos dar visibilidade a estes homens e às suas histórias, que de certa forma estão esquecidas.

De forma a facilitar a análise dos resultados, relembremos os objetivos desta investigação:

- Avaliar a presença de stress pós-traumático (SPT) em veteranos que vivenciaram experiências traumáticas em contexto de guerra;
- Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de SPT após guerra;
- Desenvolver uma compreensão mais profunda acerca do papel das interações interpessoais/coletivas na experiência de guerra;
- Analisar o crescimento pós-traumático (CPT) que se refere a mudanças positivas no funcionamento psicológico dos homens após uma experiência traumática;
- Identificar fatores protetores e facilitadores para CPT (interações pessoais, relações familiares, experiências anteriores,...).

Na atualidade, o DSM-V (2014) e o CID 10 (1997) definem PSPT “(...) como uma reação a uma situação ou a um evento estressante, excepcionalmente ameaçador ou catastrófico que pode aparecer imediatamente após o evento ou, depois de período de latência (...)” (Gadíni, Júnior e Feijó, 2018, pág. 646) dando a bibliografia especial atenção aos contextos de guerra.

“As situações de combate em guerra são inquestionavelmente uma experiência onde o horror vivido consegue, na maioria das vezes, superar a mais atroz das ficções de um filme de terror. A exposição repetida à eminência da própria morte e à dos outros, a violência dos actos de agressão e desrespeito dos mais básicos direitos humanos através de torturas, mutilações, massacres e abusos sexuais, entre outros, fazem das situações de combate uma fonte inesgotável de stress e sofrimento tanto para os seus actores principais – os combatentes como para as “personagens secundárias” das suas histórias – os familiares, amigos e a sociedade na sua generalidade.” (Sendas, 2009, pág. 334)

Como pudemos concluir ao longo das investigações encontradas na bibliografia, a percentagem de veteranos que ainda hoje sofrem de PTSP, pós quatro décadas do termino da GCP, é bastante elevada e tal verificou-se pelo número de inscritos nas diversas instituições militares de apoio a combatentes e ex-combatentes, porém, a mágoa e as feridas ainda são de tal ordem que levou a muitos a se recusarem em falar das mesmas.

Aqueles que se dispuseram a abrir comigo o baú das memórias traumáticas apresentaram francos sinais de experiência atual, ou passada, de sintomatologia da perturbação de stress pós-traumático.

A exposição a combate parece ser a que mais evidência trás para cima da mesa quando falamos de fatores de risco para o desenvolvimento de PSPT, e tal verificou-se em todos os participantes entrevistados. Da descrição destes homens percebe-se claramente o risco de vida a que estiveram sujeitos, as atrocidades que viram e vivenciaram, momentos estes que os marcaram e os mudaram para sempre, e o medo e a insegurança constantes.

Os fatores pré-guerra foram ainda sujeitos a análise, porém, não conseguimos chegar a uma conclusão clara, essencialmente porque a pobreza e as necessidades sentidas pelos participantes eram comuns a todos. Assim surge a questão “o que levou estes homens a desenvolver esta patologia e outros não?”

A falta de apoio médico especializado, a descredibilização das suas histórias por parte daqueles mais próximos e de uma sociedade inteira (“*elas não se acreditam...*” – Entrevistado 4, “*Não acreditavam...*” – Entrevistado 7), e a tentativa de esquecimento do sacrifício destes homens pela pátria que defenderam com as suas vidas, parecem ser outros dos motivos para o desenvolvimento e severidade da sintomatologia destes veteranos.

Por outro lado, não deixa de ser importante ressaltar a camaradagem, ou irmandade, como proferida por alguns, como fator protetor. Das narrativas destes homens é retirada a ideia de um universo de convívio e sociabilidade que contribuíram para a amenização pejorativa desta experiência. A tentativa de manutenção de contacto entre camaradas e superiores ao fim de estes longos anos ressalta a importância que a instituição militar teve na vida destes homens.

Um dado merecedor de reflexão está relacionado com a escassez de investigação nacional nesta área, dada a grande percentagem de veteranos que ainda sofrem com esta perturbação.

Quando falamos em CPT, referimo-nos, como já citado anteriormente, à capacidade de o indivíduo crescer e aprender com a experiência traumática. Este conceito *“diz respeito à mudança positiva que o indivíduo experimenta como resultado de um processo de luta face à vivência de uma experiência traumática (Calhoun & Tedeschi, 1999).”* (Fonseca, 2011,2, pág, 8)

Se nos queixamos da escassa evidência científica relativamente à PSPT em veteranos da GCP, não temos sequer por onde começar no que toca ao CPT nesta população, atrevendo-me mesmo a fazer referência à nulidade deste tema. Quando comparado, o CPT, com a perturbação mental em estudo, PSPT, mesmo a evidência internacional está muito aquém do que esperaria quando optei por seguir por este caminho. Na investigação nacional existem autores que têm vindo a introduzir o tema na literatura, essencialmente através da procura da nomeação de aspetos positivos que advêm da experiência traumática para as suas vidas. Estão claros para a comunidade científica os preditores de desenvolvimento de PSTP, porém, para o CPT ainda existe um longo caminho a percorrer.

Neste trabalho pretendi ir à procura de indícios de CPT nos participantes em estudo e, embora não tenha aplicado nenhum instrumento de avaliação, este crescimento foi claro na narrativa de alguns participantes. Apesar de na globalidade descreverem a sua experiência na guerra negativamente, alguns são capazes de identificar aspetos de mudança pessoal positiva que a mesma teve sobre eles. Porém, os dados colhidos e os resultados obtido não são claros no que toca ao que promoveu o crescimento nestes participantes. Para um parece ter sido a abertura com os seus camaradas e a partilha das suas histórias com eles, para outro, o apoio familiar parece ter sido um fator importante, contudo temos que admitir que estas conclusões são ainda muito frágeis.

A principal conclusão a que chegamos com este trabalho é a importância da narrativa no processo de recuperação. O recurso à metodologia e ao procedimento utilizado suscitou inicialmente grandes dúvidas sobre o impacto que tal poderia ter na saúde dos entrevistados. Teve que haver um especial cuidado desde a seleção das questões a efetuar, as palavras a utilizar e até mesmo que pessoas entrevistar. A seleção de entrevistados clinicamente estáveis e com um bom suporte clínico de retaguarda permitiu assim garantir que nenhuma questão ética ou moral fosse infringida. Porém, chegou-se a um dado curioso.

A concretização das entrevistas suscitaram, ao que já se esperava, situações de ativação emocional nos participantes, essencialmente através de episódios de reexperimentação e flashbacks. No entanto, os participantes apresentaram igualmente reações de satisfação na

partilha das suas histórias. Perante esta realidade, e citando uma das conclusões de Sendas (2009, pág. 333) no seu trabalho de Doutoramento, questionámo-nos também *“até que ponto o facto de os participantes reviverem as suas memórias autobiográficas traumáticas poderia constituir uma revitimização ou uma oportunidade de organização e de integração das suas memórias autobiográficas.”* À semelhança dos resultados obtido por esta investigadora, todos estes homens referiram que assim que tiveram a oportunidade de partilhar as suas vivências na guerra e, sobretudo, assim que tiveram a oportunidade de serem escutados, a severidade da sintomatologia desceu drasticamente.

Aqui entra a importância do papel do profissional de saúde, nomeadamente daquele com especialização na área da saúde mental. Este, isento de ideias pré-concebidas, preconceitos e apegos emocionais, diferente das famílias e amigos próximos dos doentes, mas com empatia e conhecimento científico na área, encontra-se melhor capacitado de dar resposta a uma panóplia de emoções sentidas e vividas durante a narrativa do evento traumático.

Como já discutido no quinto capítulo, o enfermeiro especialista em ESMP pode desempenhar um papel muito importante na recuperação da saúde mental destes homens. Dado ao estigma e preconceito ainda muito frequentemente associado à doença mental, a procura de ajuda especializada ainda é muito escassa pela maioria da população, pelo que é importante estar atento a um conjunto de sinais e sintomas que estes possam apresentar. É importante assim estar atento a focos de enfermagem como a ansiedade, o stress, o comportamento, as crenças e o sono. A identificação e atuação precoce nestes homens, e hoje também mulheres, é pertinente no sentido de lhes melhorar a qualidade de vida. Relato as narrativas de alguns dos participantes que afirmam que perderam anos de vida. É relevante ainda não esquecer as suas famílias, nomeadamente as(os) companheiras(os) e filhos, uma vez que a presença de doença mental tem impacto em toda a dinâmica familiar.

As principais limitações e dificuldades sentidas durante esta investigação foi o acesso à população-alvo. A situação pandémica da Covid-19 levou ao fecho de várias instituições consideradas não essenciais, priorizando o teletrabalho, também, para segurança da saúde dos seus sócios e trabalhadores, a grande maioria das instituições recusou a entrada de alguém externo nas suas instalações o que levou a uma grande dificuldade na acessibilidade a estes veteranos.

Ainda, das instituições que de muito agrado aceitaram colaborar na elaboração desta investigação, nem sempre estava assegurado um número suficiente de participantes de forma a atingir a saturações dos dados, ou porque alguns desistiam ou porque, segundo

estes, a dor ainda é tanta, que se recusavam a reviver as suas memórias. Tal é perfeitamente compreensível, e como tal, temos que aceitar enquanto comunidade científica que provavelmente nunca iremos saber o verdadeiro impacto da guerra na vida destes homens, pelo menos não na primeira pessoa, uma vez que é plausível que aqueles que se encontram severamente marcados, não tenham capacidade para se exprimirem.

Face à escassez de estudos na população portuguesa de veteranos de guerra da GCP e, nomeadamente, sobre o CPT potencialmente vivido, o presente estudo pretende dar um contributo a este nível e um impulso a investigações futuras.

Sublinho o interesse de se realizar mais investigação sobre o CPT em veteranos de guerra e perceber, em que sentido é possível promover-lo. Tal irá ter uma grande contribuição para os ainda ex-combatentes da GCP, mas sobretudo, acreditando que nós enquanto sociedade temos a capacidade de aprender com os erros, não fazer o mesmo com os militares das novas missões de paz e mobilizar todo o apoio psicológico e psiquiátrico para estes homens e mulheres.

Assinalo ainda a pertinência de fazer um estudo semelhante com os militares das missões de paz, pois acredito que será pertinente conhecer e comparar as suas interpretações acerca de cenários de guerra tão diferentes, as suas motivações para a ida e em que sentido, nós, enquanto profissionais de saúde podemos melhorar a nossa atuação. Concluímos que, com este trabalho, a atuação em tempo útil pode ter um impacto significativo na melhoria da qualidade de vida atual e sobretudo na velhice pois tem-se vindo a concluir que é na pós-reforma e em idades mais avançadas que as reminiscências destas experiências se manifestam de forma mais perturbadora.

Marco ainda a conveniência de se estender este tipo de investigação à família dos ex-combatentes, em particular às esposas e filhos, de forma a tornar visível o impacto desta perturbação no restante agregado familiar e não os excluir dos devidos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, C. M. S. (2011). Assistir doentes parassuicidas: subsídios para a reconstrução cognitiva. (Tese de Mestrado não publicada) Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M. & Alves, C. (2003). Urbanização Pós-Traumática Do Stress (Ptsd): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320. Retirado de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjTu6Xkol3vAhXknFwKHaiQDPgQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Factamedicaportuguesa.com%2Frevista%2Findex.php%2Famp%2Farticle%2Fdownload%2F1209%2F861&usg=AOvVaw1d20qAEbnxYHtWNP_AITmQ
- Brunnet, A. E, Silva T. L., Soares T., Guimarães, E. R. & Pizzinato, A. (2014). Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares (EMDR) para Transtorno de Estresse Pós-Traumático: uma revisão sistemática. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7(1), 119-131. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v7n1/v7n1a11.pdf>
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2019). *Mindfulness Interventions for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Depression, and Substance Use Disorders: A Review of the Clinical Effectiveness and Guidelines*. Disponível em <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/june-2015/RC0669%20Mindfulness%20for%20PTSD%2C%20GAD%2C%20Depression%2C%20and%20Substance%20Abuse%20Final.pdf>
- Carvalho, M. T. J. (2017). *Perturbação Pós-Stresse Traumático De Guerra: Avaliação Psicológica E Modelo Preditivo Dos Sintomas* (Tese de Doutoramento não publica). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/80036>
- Chard, K. M., Ricksecker, E. G., Ellen T. Healy, E. T., Karlin, B. E. & Resick, P. A. (2012). Dissemination and experience with cognitive processing therapy. *JRRD*, 49(5), 667-678. <http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2011.10.0198>
- Começanha, A. R. S. (2011). *Percursos individuais face ao potencial trauma em ex-combatentes da guerra colonial: uma comparação entre a patogénese e a salutogénese*. (Tese de Mestrado não publicada). Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Minho. <http://hdl.handle.net/1822/15849>
- Correia, D. P. S. P. (2015). A condição de idoso antigo combatente: Relatos de vida, vulnerabilidades e processo de reconhecimento público (Tese de Mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico Superior de Portalegre, Portalegre
- Cox, A. (2017). *Posttraumatic Growth in United States Military Veterans* (Tese de Mestrado não publicada). St. Catherine University and the University of St. Thomas St. Paul, Minnesota. https://sophia.stkate.edu/msw_papers

- Creamer, M. & Forbes, D. (2004). Treatment Of Posttraumatic Stress Disorder In Military And Veteran Populations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 388-398 doi: 10.1037/0033-3204.41.4.388
- Decker, V. S. (2016). *Posttraumatic growth in combat veterans with PTSD: A literature review* (Tese de Mestrado não publicada). Faculty of Behavioral, Management and Social sciences of University of Twente, Enschede. http://essay.utwente.nl/70673/1/Decker_MA_BMS.pdf
- Decreto Lei n.º 515/2018 de 7 de Agosto. *Diário da República nº 151 – 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Dias, D. F. M. (2019). *Perturbação de Stress Pós-Traumático: diagnóstico, comorbilidades e risco de suicídio*. (Tese de Mestrado não publicada) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/86609/1/Tese%20pdf.pdf>
- Duarte, J. T. P. (2018). *A contribuição combinada do suporte social e das estratégias de coping na predição do crescimento pós-traumático: um estudo longitudinal sobre jovens com história de adversidade e trauma* (Tese de mestrado não publicada). Universidade Lusófona do Porto, Porto. <http://hdl.handle.net/10437/9347>
- Fogle, B. M., Tsai, J., Mota, N., Harpaz-Rotem, I., Krystal, J. H., Southwick, S. M. & Pietrzak, R. H. (2018). The National Health and Resilience in Veterans Study: A Narrative Review and Future Directions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 11(538218), 1-27 doi 10.3389/fpsy.2020.538218
- Fonseca, C. C. (2011). *Crescimento Pós-Traumático: O Impacto De Falar Sobre Os Aspectos Positivos De Uma Experiência Traumática*. (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4937/1/ulfpie039645_tm.pdf
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusociência – Lusodidacta.
- Gamboa-Chaves, A. Y. & Quirós-Mata, M. (2019). Crecimiento postraumático en pacientes sobrevivientes de cáncer infantil. *Acta méd costarric*, 61 (4), 172-176.Retirado de 0001-6002-amc-61-04-172.pdf (scielo.sa.cr)
- Gersons, B. P. R. & Schnyder, U. (2013) Learning from traumatic experiences with brief eclectic psychotherapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21369 doi 10.3402/ejpt.v4i0.21369
- Gonçalves, J. M. N. (2018). *O Impacto Da Missão De Paz Nos Militares Da Força Aérea No Mali (A Proteção Da Força)* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa. <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3867/1/Dissertação%20Final.pdf>
- Guimarães, H. M. (2010). Concepções, crenças e conhecimento — afinidades e distinções essenciais. *Quadrante*, XIX(2), 88-101. Retirado de ConcepCrenConhec_Quadrante_pp81-102.pdf (ul.pt)
- Jongh, A., Amann, B. L., Hofmann, A., Farrel, D. & Lee, C. W. (2019). The Status of EMDR Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder 30 Years After Its Introduction. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 261-269 doi: 10.1891/1933-3196.13.4.261

- Kali S. Barawi, K. S., Lewis, C., Simon, N. & Bisson, J. I. (2020). A systematic review of factors associated with outcome of psychological treatments for posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1774240 doi: 10.1080/20008198.2020.1774240
- Kanesarajah, J, Waller, M., Zheng, W. Y. & Dobson, A. J. (2016). Unit cohesion, traumatic exposure and mental health of military personnel. *Occupational Medicine*, 66, 308–315. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw009>
- Kang, S., Aldwin, C. M., Choun, S. & Spiro III, A. (2015). A Life-span Perspective on Combat Exposure and PTSD Symptoms in Later Life: Findings From the VA Normative Aging Study. *Gerontologist*, 56(1), 22–32 doi 10.1093/geront/gnv120
- Maia, A. & Morgado, D. (2019). Portuguese Colonial War Veterans' Mental Health: A Systematic Review. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(3), 759-777 doi: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200316>
- Maia, A. C., McIntyre, T., Pereira, G. & Fernandes, E. (2006). *Por baixo das pústulas da guerra: reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial* in “A guerra colonial (1961-1974”. Braga: Universidade do Minho: Centro de Estudos Lusíadas, 2006. ISBN 972-99814-1-8. p. 11-28. https://www.researchgate.net/publication/277215565_Por_baixo_das_pustulas_da_guerra_reflexoes_sobre_um_estudo_com_ex-combatentes_da_guerra_colonial
- Maia, A., Sendas, S., Lopes, R. & Mendes J. M. (2016). A eficácia das estratégias de coping após um evento traumático: uma revisão sistemática. *e-cadernos CES*, 25, 64-82, Disponível em [http:// eces.revues.org/2058](http://eces.revues.org/2058)
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Exposure and/or Cognitive Restructuring: A Controlled Study. *Arch Gen Psychiatry*, 55 (4), 317-325. doi 10.1001/archpsyc.55.4.317
- Monteiro, R. A. B. (2016). *Estratégias de Coping e Sintomatologia de Perturbação Pós-Stress Traumático em Jovens em Risco*. (Tese de Mestrado não publicada) Universidade Lusófona do Porto, Porto. <https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/7849/1/DISSERTA%C3%87AO%20RITA%20MONTEIRO.pdf>
- Mueser, K. T. et al. (2008). A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness. *J Consult Clin Psychol*, 76(2), 259–271 doi 10.1037/0022-006X.76.2.259
- Nieswiadomy, R. M. (2010). *Foundations of Nursing Research*. 5ª ed. Nova Jérícia: Pearson Prentice Hall.
- Norris, F. H., & Slone, L. B. (2007). The epidemiology of trauma and PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 78-98). New York: The Guildford Press.
- Nugent, S. M. et al. (2021). A Systematic Review of Therapeutic Interventions and Management Strategies for Gulf War Illness. *Military Medicine*, 186, 169-178. Disponível em <https://academic.oup.com/milmed/article/186/1-2/e169/5948062>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a ter nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Setúbal

- Nunes, M. J. M. (2010). *A Memória Autobiográfica na Perturbação de Stress Pós-Traumático: Um Estudo com Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Nunes, R. (2019). *Crescimento, Depreciação E Stress Pós-Traumático: Análise Fatorial E Qualidades Psicométricas Do Ptgd-50 E Pcl-5 Numa Amostra Portuguesa* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.12/7269>
- Oliveira, D. C. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista Enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro*, 16(4), 569-576. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>
- Oliveira, S. M. (2008). *Traumas da guerra: Traumatização secundária das famílias dos Ex-combatentes da guerra colonial com PTSD* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade De Lisboa, Faculdade De Psicologia E De Ciências Da Educação, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrão De Documentação De Enfermagem De Saúde Mental E Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Osório, C. & Maia, A. (2019). As Consequências Ao Nível Da Saúde Psicológica Da Participação Na Guerra Do Afeganistão E Iraque. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 279-304. Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/11181>
- Pereira, A. R. G. M. F. (2012). *Trauma e Perturbação de Stress Pós-Traumático* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2296/1/15028.pdf>
- Pope, C. & Mays, N. (2005). *Pesquisa qualitativa na tenção à saúde*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. - Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva Publicações, 1992.
- Quaresma, H. (2019). A Psicoterapia Como Competência Acrescida Avançada Em Enfermagem. *Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (21), 05-08. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0231>
- Raja, S. (2012). *Overcoming trauma and PTSD: A Workbook Integrating Skills from ACT, DBT, and CBT*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Ramos, A. C. M. B. (2016). (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. Site <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5484/3/TES%20RAMO1.pdf>
- Rocha, R. M. C. (2017). *Processo de luto: a vivência dos familiares cuidadores de pessoas com demência*. (Tese de Mestrado não publicada) Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Santos, M. S. O. P. S. (2017). *Trauma Psicológico e Resiliência: Relação Com o Tipo de Evento Potencialmente Traumático e O Crescimento Pós-Traumático*. (Tese de Mestrado não publicada) Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33203/1/ulfpie052852_tm.pdf
- Sendas, S.; Maia, A. S. & Fernandes, E. (2006), *Guerra Colonial: As duas faces da moeda. Significado da experiência de participação na guerra colonial na vida dos ex-*

combatentes, Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, ISBN 972-8400-77-2. pp.831-837, Faro, Universidade do Algarve.

- Silva, A. et al. (2018). Transtorno de Estresse Pós-Traumático Em Veteranos De Guerra: Uma Revisão Integrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(3), 628-643 doi <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190313>
- Stein, J. Y., Levin, Y. Bachem. R. & Solomon, Z. (2018). Growing Apart: A Longitudinal Assessment of the Relation Between Post-traumatic Growth and Loneliness Among Combat Veterans. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 9(893), 1-12 doi 10.3389/fpsyg.2018.00893
- Tedeschi, R. G. & McNally, R. J. (2011). Can We Facilitate Posttraumatic Growth in Combat Veterans? *American Psychological Association*, 66(1), 19 –24 doi 10.1037/a0021896
- Tedeschi, R. G. (2011). Posttraumatic Growth in Combat Veterans. *J Clin Psychol Med Settings*, 18, 137–144 doi 10.1007/s10880-011-9255-2
- Treubert, H. J & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Process de Construção do Conhecimento*. 3ª Edição, Edições Silabo, Lda. Lisboa. ISBN: 978-989-561-097-6
- Watkins, L. E, Sprang, K. R. & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12(528), 1-9 doi 10.3389/fnbeh.2018.00258
- Yacote, T. S. (2019). *Terapia De Exposição Prolongada Para Policiais Militares Com Diagnóstico De Transtorno De Estresse Pós-Traumático*. (Tese de Mestrado não publicada) Universidade Tuiuti Do Paraná, Curitiba. <https://tede.utp.br/jspui/bitstream/tede/1648/2/TERAPIA%20DE%20EXPOSICAO.pdf>

ANEXO I – Guião da entrevista semi-estruturada

Designação dos blocos	Objetivos	Formulário de perguntas
A. Legitimação da entrevista e motivação	A.1. Legitimar a entrevista	A.1.1. Informar sobre a pesquisa e seus objetivos; A.1.2. Assegurar a confidencialidade de todas as informações fornecidas; A.1.3. Solicitar autorização para a gravação da entrevista, que após tratamento da informação, será destruída; A.1.4. Informar que no final do estudo, e caso o deseje, terá acesso aos dados e, que em qualquer altura, poderá parar a entrevista.
	A.2. Motivar o entrevistado a participar na entrevista	A.2.1. Solicitar a colaboração do entrevistado salientando a importância do estudo.
B. Caracterização do entrevistado	B.1. Caracterizar os participantes do estudo	B.1.1. Caracterização sociodemográfica Idade: Escolaridade: Profissão: Estado civil: N.º de filhos: B.1.2. Caracterização do local da colheita de dados Local: Data: Hora: Duração:

C. Contexto pré-guerra	C.1. Caracterizar a história de desenvolvimento infantil e adolescência	C.1.1. Fale-me sobre a sua infância e adolescência. C.1.2. Experimentou algum evento traumático durante a sua infância e/ou adolescência? C.1.3. Sofreu de alguma doença do foro psiquiátrico quando era jovem, por exemplo, hiperatividade, ansiedade, depressão, entre outras?
	C.2. Caracterizar as relações com os pais no período de desenvolvimento infantil e adolescência	C.2.1. Fale-me sobre a relação com os seus pais durante a sua infância e adolescência. C.2.2. Algum dos seus pais teve problemas de saúde mental durante a sua infância? Depressão, alcoolismo, ansiedade, entre outros?
	C.3. Caracterizar a situação social e familiar no período imediatamente pré-guerra	C.3.1. Que idade tinha quando soube que ia para a guerra? C.3.2. Foi uma decisão voluntária a ida para a guerra? C.3.3. Estava comprometido quando soube que ia para a guerra? Tinha, ou estava à espera filhos? Se sim, conte-me como foi a reação da sua companheira e filhos. C.3.4. Como foi a sua preparação militar antes de ir para a guerra? C.3.5. O que mudou em si quando percebeu que ia ser mobilizado para a guerra? C.3.6. O que pensou sobre si e sobre o seu futuro nessa altura?

D. Contexto peri-guerra	D.1. Caracterizar a exposição a combate	D.1.1. Teve experiência de exposição a combate ou as suas tarefas resumiam-se à permanência nos quartéis e/ou atividades administrativas? D.1.2. Tendo estado presente no teatro de guerra, que falar-me sobre duas ou três situações que lhe tenham sido mais significativas? D.1.3. Participou em alguma ação que poderia resultar na perda da sua vida? D.1.4. A sua participação na guerra resultou em algum ferimento grave ou deficiência?
	D.2. Caracterizar a coesão da unidade	D.2.1. Fale-me sobre a relação com os seus camaradas. D.2.2. Sentiu-se apoiado pelos seus camaradas e superiores? D.2.2. Ainda se mantém em contacto?
E. Contexto pós-guerra	E.1. Caracterizar o regresso a casa	E.1.1 Fale-me sobre como foi regressar a casa. Como se sentiu?

	E.2. Caracterizar suporte familiar e social	E.2.1. Como foi recebido pelos seus familiares? E.2.2. Como caracteriza a sua relação com a sua família mais próxima? E.2.3. Sente que a sua família foi, e é, um apoio importante para si? E.2.4. Que outros elementos externos são uma fonte de apoio? Por exemplo, ex-camaradas, colegas de trabalho, sistema de saúde. E.2.5. Pode descrever-me um exemplo de quando precisou de ajuda/apoio? Recebeu essa ajuda/apoio? Quem o ajudou/apoiou? Está satisfeito com essa ajuda/apoio? E.2.6. Sente que a sociedade valoriza o seu exercício de ex-combatente?
F. Sintomatologia relacionada com o stress pós-traumático	F.1. Caracterizar os sintomas relacionados com o stress pós-traumático	F.1.1. Recordando a sua experiência na guerra, quer falar-me sobre eventos que foram particularmente traumatizantes para si? F.1.2. Conte-me que sintomas sentiu aquando o regresso a casa. Procurou ajuda? Ainda mantém esses sintomas? Sintomas de re-experiência/intrusão F.1.3. Tem com alguma frequência recordações da guerra? F.1.4. Tem pesadelos a sobre a guerra? Sintomas de evitamento F.1.5. Alguma vez tentou evitar as pessoas ao seu redor?

		F.1.6. Alguma vez tentou evitar encontrar-se com os seus camaradas de guerra? F.1.7. Costuma tentar não pensar sobre a guerra? Sintomas de hipervigilância F.1.8. No seu dia-a-dia consegue planear e concentrar-se nas suas atividades? F.1.9. No seu dia-a-dia existem situações, ditas normais do quotidiano, que o fazem lembrar a guerra?
H. Crescimento pós experiência traumática	H.1. Caracterizar o crescimento pós-traumático	H.1.1. Consegue nomear aspetos positivos sobre a sua experiência traumática na guerra? H.1.2. Que mudanças positivas a sua experiência na guerra trouxe para a sua vida?
	H.2. Caracterizar estratégias de <i>coping</i>	H.2.1. Como lida, no dia-a-dia, com essa experiência traumática? H.2.2. No geral, como descreve a sua experiência na guerra?
I. Conclusão	I.1. Esclarecer dúvidas/questões	I.1.1. Existe mais algum aspeto que gostaria de falar comigo? Existe algum tema que gostaria de ser melhor abordado? I.1.2. Tem alguma dúvida ou pergunta para mim? Existe algo que gostaria que eu explicasse melhor ou que discutíssemos?
	I.2. Agradecer a colaboração prestada	I.2.1. Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada.

ANEXO II – Parecer da comissão d'ética da ESEP

	Anexo 4 à Ata nº 2 / 2021
COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO	
CE-ESEP	

Parecer ao Projeto: As feridas invisíveis dos heróis de guerra - Narrativas de veteranos portugueses após experiência traumática em contexto de guerra: um estudo qualitativo

Fluxo: ADHOC _244-2021

Data da submissão: 28-01-2021

Documentos anexos ao pedido de parecer
Modelo 102 - Pedido de apreciação e parecer à comissão de ética
Modelo 92 - Questionário para submissão de projeto de investigação à comissão de ética da ESEP
Modelo 46 - Ficha de apresentação de projetos de investigação
Guião de entrevista semiestruturada
Informação e Consentimento Informado
Curriculum vitae investigador e Orientador

Investigador proponente: Catarina Laranjeira de Sá Oliveira

Orientador e coorientador: Professor Doutor Wilson Abreu e Professora Doutora Teresa Rodrigues

Data previsível de conclusão: 2021-07-31

Natureza e contexto do projeto: Projeto a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria da ESEP, no Hospital das Forças Armadas - Polo Porto (HFAR-PP), no Instituto de Apoio Social das Forças Armadas - Centro de Apoio do Porto (IASFA-CAP) e na Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA) - Delegação do Porto.

Objetivos da investigação:

- Avaliar a presença de SPT (Stress Pós-Traumático) em veteranos que vivenciaram experiências traumáticas em contexto de guerra;
- Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de SPT após guerra;
- Desenvolver uma compreensão mais profunda acerca do papel das interações interpessoais/coletivas na experiência de guerra;
- Analisar o CPT (Crescimento Pós-Traumático) que se refere a mudanças positivas no funcionamento psicológico dos homens após uma experiência traumática;
- Identificar fatores protetores e facilitadores para CPT (interações pessoais, relações familiares, experiências anteriores,...).

Tipo de Estudo, Material e Métodos:

Estudo qualitativo a realizar no Hospital das Forças Armadas - Polo Porto (HFAR-PP), no Instituto de Apoio Social das Forças Armadas - Centro de Apoio do Porto (IASFA-CAP) e na Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA) - Delegação do Porto.

Participarão no estudo ex-combatentes de guerra, que experienciam sintomatologia pós-traumática, recrutados do HFAR-PP, IASFA e ADFA, com diagnóstico ou critérios diagnósticos de PTSD, de acordo com lista previamente solicitada aos diretores ou responsáveis de cada serviço de potenciais participantes que cumpram os critérios de inclusão e exclusão.

Os dados serão colhidos através da realização de entrevistas semiestruturadas com recurso a um guião, preferencialmente de modo presencial, num local da instituição que possibilite a privacidade, prevendo-se a duração da mesma de 50 a 60 minutos, gravada num gravador digital. Se a situação associada à pandemia da COVID19 não possibilitar o modo presencial a investigadora propõe a sua realização através de recursos como o telefone, zoom, Skype ou outras tecnologias de informação.

Riscos/benefícios: benefícios imediatos poderão advir para os participantes:

Dos documentos consta que não se preveem benefícios imediatos. Contudo, com a sua realização poderá permitir uma maior e melhor participação dos profissionais de saúde no processo de cuidar. Informa, ainda, que *estimular as narrativas de um evento traumático pode causar algum desconforto, ansiedade ou ataque de pânico aos participantes. Como enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, e utilizando a entrevista semi-estruturada como colheita de dados, tentarei ajustar as questões que suponho que poderão causar alguma sintomatologia ao participante. Se isso eventualmente acontecer, realizarei intervenções de enfermagem como "gerir ansiedade", "executar suporte emocional", "executar relaxamento" e, se nada disto obter resultados eficazes, irei adiar a entrevista ou mesmo cancelar a participação do interveniente. A principal prioridade é o bem-estar do participante. Ainda assim, todos os participantes costumam ser acompanhados de perto por seus psiquiatras, se necessário, estes últimos serão contactados para informar a situação.*

Consentimento e confidencialidade da informação:

Os investigadores informam que não será incluída qualquer informação que possa conduzir à identificação dos participantes. As entrevistas serão codificadas e as gravações eliminadas. Encontra-se salvaguardada a participação livre, informada e esclarecida. Se a entrevista for realizada de modo não presencial, a investigadora informa que o consentimento informado ao participante será solicitado via email.

Parecer:

Após análise dos documentos apresentados e considerando:

1. A relevância do projeto, a participação de forma livre e consentida, a salvaguarda da confidencialidade dos dados expressa nos documentos enviados, incluindo a informação ao participante e o consentimento informado;
2. Caso a entrevista não possa ser concretizada de forma presencial, que o investigador garanta que esta apenas será realizada, desde que o participante tenha possibilidade de solicitar e ter de imediato o devido apoio, para eventual situação adversa que possa ocorrer.

Nada há a opor à realização da presente investigação.

O relator,

Elisabete Borges

A Presidente

Teresa Tomé Ribeiro

Assinado por: **TERESA CRISTINA TATO MARINHO
DE TOMÉ RIBEIRO MALHEIRO SARMENTO**

Num. de Identificação: B1037067184

Data: 2021.02.12 00:31:01+00'00'



ANEXO III – Requerimento à Liga dos Combatentes

Excelentíssimo Senhor

Tenente-General Joaquim Chito Rodrigues

Presidente da Liga dos Combatentes

Eu, Catarina Laranjeira de Sá Oliveira, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a exercer funções no serviço de Medicina Interna do Hospital das Forças Armadas – Polo Porto e, a frequentar o 2º Ano do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, venho solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de um estudo, subordinado ao tema “As feridas invisíveis dos heróis de guerra - Narrativas de veteranos portugueses após experiência traumática em contexto de guerra: um estudo qualitativo”.

A motivação para a realização desta pesquisa prende-se com a necessidade de investigar sobre stress pós-traumático (SPT) em ex-combatente de guerra, perceber quais os fatores que os podem colocar em risco de desenvolver tal transtorno psiquiátrico e quais os fatores protetores que facilitam o crescimento pós-traumático (CPT) e o ajustamento. Pretendo perceber melhor a problemática e assim melhorar a prestação de cuidados de saúde em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a este grupo específico.

As forças armadas são o grupo social com maior prevalência de transtornos mentais. Estes vão desde a depressão, perturbações de ansiedade, abuso de álcool e, particularmente, o desenvolvimento de STP (Javidi & Yadollahie, 2012). As queixas de saúde física e mental dos militares portugueses são uma importante preocupação pública e militar (Osório, Carvalho, Fertout & Maia, 2012).

Apesar de quatro décadas já passadas após a guerra colonial portuguesa, estudos revelam que uma percentagem substancial dos ex-combatentes ainda apresenta sintomas de stress pós-traumático, pelo que, este facto merece a atenção devida dos profissionais de saúde (Pereira, Machado, Pereira, Lopes & Pedras, 2019). Se não devidamente tratado, o SPT resulta num prejuízo funcional substancial, decorrente das disfunções físicas e mentais por este provocadas (Kessler et al., 2009; Morina, Wicherts, Lobbrecht, & Priebe, 2014; Nemeroff et al., 2006) (citado por Hoppen & Morina, 2019). Outros países relatam idênticos problemas em missões atuais, designadamente em intervenções onde participam países da NATO ou ao abrigo de acordos com a ONU.

Com a manutenção da permanência de tropas portuguesas em contexto de guerra, é necessária mais investigação para avaliar a consequência deste contexto na saúde mental dos nossos

combatentes, permitindo um melhor acompanhamento dos mesmos no regresso a casa e à vida civil.

O estudo tem como objetivos:

- Avaliar a presença de SPT em veteranos que vivenciaram experiências traumáticas em contexto de guerra;
- Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de SPT após guerra;
- Desenvolver uma compreensão mais profunda acerca do papel das interações interpessoais/coletivas na experiência de guerra;
- Analisar o CPT que se refere a mudanças positivas no funcionamento psicológico dos homens após uma experiência traumática;
- Identificar fatores protetores e facilitadores para CPT (interações pessoais, relações familiares, experiências anteriores, ...;)

Para a concretização dos objetivos previamente citados, pretendo realizar a colheita de dados com recurso a uma entrevista semiestruturada, a um conjunto de veteranos de guerra que sofram e/ou tenham sintomatologia de transtorno de stress pós-traumático. Neste sentido, anexo um exemplar do guião de entrevista. Os dados obtidos são confidenciais, será preservado o sigilo e ficarão apenas na posse da investigadora. A colheita de dados pretende-se ser realizada durante os meses de fevereiro e março, podendo estender-se, se necessário, até abril.

Certa de melhor compreensão por parte da V. Ex.^a ao assunto em questão e, esperando uma resposta favorável ao meu pedido, estou grata pela atenção e apresento os meus melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Porto, 5 de Fevereiro de 2021

Assinatura

Catarina Laranjeira de Sá Oliveira

ANEXO IV – Requerimentos ao IASFA

Excelentíssimo Senhor

Tenente-General Fernando de Campos Serafino

Presidente do Conselho Diretivo do IASFA

Eu, Catarina Laranjeira de Sá Oliveira, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a exercer funções no serviço de Medicina Interna do Hospital das Forças Armadas – Polo Porto e, a frequentar o 2º Ano do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, venho solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de um estudo, subordinado ao tema “As feridas invisíveis dos heróis de guerra - Narrativas de veteranos portugueses após experiência traumática em contexto de guerra: um estudo qualitativo”.

A motivação para a realização desta pesquisa prende-se com a necessidade de investigar sobre stress pós-traumático (SPT) em ex-combatente de guerra, perceber quais os fatores que os podem colocar em risco de desenvolver tal transtorno psiquiátrico e quais os fatores protetores que facilitam o crescimento pós-traumático (CPT) e o ajustamento. Pretendo perceber melhor a problemática e assim melhorar a prestação de cuidados de saúde em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a este grupo específico.

As forças armadas são o grupo social com maior prevalência de transtornos mentais. Estes vão desde a depressão, perturbações de ansiedade, abuso de álcool e, particularmente, o desenvolvimento de STP (Javidi & Yadollahie, 2012). As queixas de saúde física e mental dos militares portugueses são uma importante preocupação pública e militar (Osório, Carvalho, Fertout & Maia, 2012).

Apesar de quatro décadas já passadas após a guerra colonial portuguesa, estudos revelam que uma percentagem substancial dos ex-combatentes ainda apresenta sintomas de stress pós-traumático, pelo que, este facto merece a atenção devida dos profissionais de saúde (Pereira, Machado, Pereira, Lopes & Pedras, 2019). Se não devidamente tratado, o SPT resulta num prejuízo funcional substancial, decorrente das disfunções físicas e mentais por este provocadas (Kessler et al., 2009; Morina, Wicherts, Lobbrecht, & Priebe, 2014; Nemeroff et al., 2006) (citado por Hoppen & Morina, 2019). Outros países relatam idênticos problemas em missões atuais, designadamente em intervenções onde participam países da NATO ou ao abrigo de acordos com a ONU.

Com a manutenção da permanência de tropas portuguesas em contexto de guerra, é necessária mais investigação para avaliar a consequência deste contexto na saúde mental dos nossos

combatentes, permitindo um melhor acompanhamento dos mesmos no regresso a casa e à vida civil.

O estudo tem como objetivos:

- Avaliar a presença de SPT em veteranos que vivenciaram experiências traumáticas em contexto de guerra;
- Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de SPT após guerra;
- Desenvolver uma compreensão mais profunda acerca do papel das interações interpessoais/coletivas na experiência de guerra;
- Analisar o CPT que se refere a mudanças positivas no funcionamento psicológico dos homens após uma experiência traumática;
- Identificar fatores protetores e facilitadores para CPT (interações pessoais, relações familiares, experiências anteriores, ...;)

Para a concretização dos objetivos previamente citados, pretendo realizar a colheita de dados com recurso a uma entrevista semiestruturada, a um conjunto de veteranos de guerra que sofram e/ou tenham sintomatologia de transtorno de stress pós-traumático. Neste sentido, anexo um exemplar do guião de entrevista. Os dados obtidos são confidenciais, será preservado o sigilo e ficarão apenas na posse da investigadora. A colheita de dados pretende-se ser realizada durante os meses de fevereiro e março, podendo estender-se, se necessário, até abril.

Certa de melhor compreensão por parte da V. Ex.^a ao assunto em questão e, esperando uma resposta favorável ao meu pedido, estou grata pela atenção e apresento os meus melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Porto, 5 de Fevereiro de 2021

Assinatura

Catarina Laranjeira de Sá Oliveira

ANEXO V – Consentimento informado

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios da sua participação. Solicitamos que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que julgar necessárias antes de aceitar fazer parte do estudo.

Na qualidade de aluna a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto e, dando resposta a uma proposta de realização de um estudo de investigação, venho desta forma pedir a sua colaboração. O estudo para o qual se solicita a sua participação, é subordinado ao tema **“As feridas invisíveis dos heróis de guerra - Narrativas de veteranos portugueses após experiência traumática em contexto de guerra: um estudo qualitativo”**. Este estudo tem como objetivos:

- Avaliar a presença de SPT (Stress Pós-Traumático) em veteranos que vivenciaram experiências traumáticas em contexto de guerra;
- Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de SPT após guerra;
- Desenvolver uma compreensão mais profunda acerca do papel das interações interpessoais/coletivas na experiência de guerra;
- Analisar o CPT (Crescimento Pós-Traumático) que se refere a mudanças positivas no funcionamento psicológico dos homens após uma experiência traumática;
- Identificar fatores protetores e facilitadores para CPT (interações pessoais, relações familiares, experiências anteriores,...).

PARTICIPAÇÃO: A sua participação o estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte do estudo, receberá igualmente todos os cuidados correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidade na instituição. Se decidir participar, poderá sempre desistir a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação terapêutica atual ou futura com os autores do estudo ou seus pares.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado responder a um formulário, onde lhe serão colocadas questões sobre o tema em causa. O questionário será realizado através de uma entrevista após contacto prévio de acordo com a sua disponibilidade.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor participação dos profissionais de saúde no processo de cuidar.

ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum documento ou publicação, que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer informação que possa conduzir à identificação dos participantes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

“As feridas invisíveis dos heróis de guerra - Narrativas de veteranos portugueses após experiência traumática em contexto de guerra: um estudo qualitativo”

Eu, abaixo-assinado _____,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foi prestada versaram os objetivos, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Foi-me comunicado que tenho o direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal na assistência que nos é prestada.

Por isso, aceito participar de livre e espontânea vontade neste estudo, respondendo às questões que me forem colocadas.

(Local) _____, ____ de _____ de 2021

Assinatura do participante:

Assinatura do investigador:

ANEXO VI – Domínios e categorias

Domínios	Categorias	Subcategorias
Contexto pré-guerra – Período infantil e juvenil	Representação sobre a infância e adolescência	
	Experiência de eventos traumáticos	Sim/Não/Não refere
	Memória de transtornos psiquiátricos neste período	Sim/Não/Não refere
Contexto pré-guerra – Relação com os pais no período infantil e juvenil	Representação sobre as relações com os pais	
	Memória de transtornos psiquiátricos conhecidos nos pais	Sim/Não/Não refere
Contexto pré-guerra – Contexto social e familiar no período pré-recrutamento	Idade de recrutamento e mobilização	
	Voluntariado na decisão	Sim/Não
	Caracterização da situação familiar antes da mobilização	
	Representação da preparação militar	
	Representação sobre o futuro pós notificação de mobilização	
Contexto peri-guerra – O cenário de guerra	Experiência de exposição a combate	Sim/Não/Não refere
	Memória de eventos traumáticos	Sim/Não/Não refere
	Caracterização de eventos traumáticos	
	Ferimentos graves pós exposição a combate	Sim/Não/Não refere
Contexto peri-guerra – Coesão da unidade	Representação sobre as relações com os camaradas	
	Unidade militar como fonte de apoio	Sim/Não/Não refere
	Manutenção de contacto no pós-guerra	Sim/Não/Não refere
Contexto pós-guerra – Regresso a casa	Representação emocional do regresso a casa	
Contexto pós-guerra –	Principais fontes de apoio	

Suporte familiar e social	Representação sobre o apoio recebido	
	Representação da valorização por parte da sociedade do exercício de ex-combatente	
Perturbação de stress pós-traumático	Caracterização temporal da sintomatologia	
	Sintomas de re-experienciação/intrusão	Sim/Não/Não refere
	Sintomas de evitamento	Sim/Não/Não refere
	Sintomas de hipervigilância	Sim/Não/Não refere
Crescimento pós-traumático – Características	Aspetos positivos da experiência traumática	Sim/Não/Não refere
	Representação de crescimento intrapessoal após a experiência traumática	
Crescimento pós-traumático – Estratégias de coping	Estratégias de coping utilizadas	