



*Campus Universitário de Almada*  
*Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada*

**Fatores de Resiliência e Esperança na Incidência do Stress Pós-Traumático nas Forças Armadas Angolanas**  
**“O Caso do Exército”**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

**Mestranda: Paulina Francisco Rafael Dias, nº60462**  
**Orientador: Doutora Cristina Maria Moura de Sousa**  
**Coorientador: Doutora Helena Vinagre**  
**Mestrado em Psicologia Social e das Organizações**

**Almada**  
**2022/2023**

### **Declaração dos Direitos de Cópia**

O Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

**Declaração de Autenticidade**

Eu, Paulina Francisco Rafael Dias, declaro ser autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

## **Agradecimentos**

Em primeira instância agradeço a Deus por me ter dado saúde, força e resiliência para poder concluir esta jornada tão árdua e intensa.

A minha família que sempre apoiou-me incondicionalmente e pelas boas referências de modelos a seguir que me fortifica e me faz acreditar que sou sempre capaz.

Em especial agradeço aos meus filhos pelo amor incondicional, mesmo nos momentos mais difíceis sempre encontrei a paz e serenidade nos seus sorrisos, e ao meu esposo pelo apoio e paciência, pois esta batalha foi travada pelos quatro.

Ao Chefe da Direção Principal de Educação Patriótica EMG, Tenente General- António de Jesus Fernandes, pelo apoio que me tem dado para o alcance deste objetivo.

Ao Chefe da Direção de Tropas e Ensino, Tenente General Samuel Zinga Emilia, pelo apoio na agilização do processo documental e orientação na pesquisa.

Ao Chefe da Direção de Saúde das FAA pelo apoio, disponibilidade e agilidade nos despachos dos documentos.

Aos meus Chefes e Comandantes que me têm apoiado incansavelmente e por terem acreditado nas minhas capacidades e no meu potencial.

Aos Comandantes das Unidades (UDF, CADF, UITS e ALA4) pelo apoio e disponibilidade no acesso aos efetivos para a recolha de dados.

A Doutora Cristina Maria Moura de Sousa, minha orientadora, obrigada pela amizade, ensinamentos e apoio que me tem dado garantindo que esta obra fosse possível.

Aos meus professores e colegas que sempre me apoiaram, acreditaram e valorizaram as minhas capacidades.

Ao colega Radjon Haque por todo apoio prestado.

Aos meus colegas e compatriotas que sempre estiveram por perto na partilha de conhecimentos e nos co-motivando para o alcance dos objetivos individuais para o bem do coletivo “País”.

Aos meus amigos e confidentes incansáveis que sempre pude contar convosco porque sempre acreditaram em mim e nas minhas capacidades pessoais e profissionais, mesmo nos momentos mais difíceis que esta minha jornada seria frutífera.

*“Como de resto, as causas, em história como de resto em qualquer outro domínio não se postulam. Investigam-se”  
(Marc Bloch)<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> BLOCH, Marc Léopold Benjamim, 1886-1944, Historiador Medievalista Francês. Trecho extraído da parte introdutória do Livro História do Exército Português, 1910-1945, I Volume, Lisboa, EME, 1993, presente na Biblioteca do Exército, Forças Armadas Angolanas.

## Resumo

O conflito armado em Angola teve um impacto negativo a nível económico e social, aumentou o nível de pobreza e miséria, e deixou sequelas físicas, emocionais e psicológicas na população. Nos militares, o Transtorno de Stress Pós Traumático (TSPT) comumente aparece nestes cenários, sendo também um importante fator para o relato de morbidade física, após exposição ao combate (Osório et al., 2012). Provoca também diminuição da qualidade de vida do militar e fraco desempenho, o que pode colocar em risco a eficácia do exército e acarretar custos para a organização militar. Neste sentido, surge o objetivo de analisar e caracterizar o impacto dos eventos traumáticos nos efetivos do Exército Angolano, tendo em conta o *stress* pós-traumático e relacioná-lo com os níveis de resiliência, esperança (capital Psicológico), e suporte social, e assim desenvolver projetos de intervenção para o tratamento e prevenção do TSPT a nível das FAA. Para o efeito, foi feito um estudo transversal, a uma amostra de 185 militares (183 homens e 2 mulheres) com idades compreendidas dos 38 aos 64 anos (média - 50.57 anos com desvio padrao de 6.538), distribuídos nos seguintes postos: oficiais superiores - 10, oficiais capitães - 12, oficiais subalternos -36, sargentos - 63, e praças - 64. Em relação ao "Tempo de Serviço", varia de 15 a 45 anos (média - 29.86 anos, com um desvio padrão de 6.818). Para além do questionário sociodemográfico foram usadas as seguintes escalas: PCL-M; IES-R; DASS-21; MDSS; OREA e ER-Resiliencia. O PCL-M demonstrou resultados significativos com 10 casos com sintomas positivos de TSPT. Os nossos resultados indicam que o Suporte Social Percebido está positivamente relacionado com os níveis de Resiliência, enquanto a Resiliência está negativamente associada aos níveis de gravidade dos sintomas de TSPT. Por outro lado, os eventos traumáticos anteriores demonstram ter um impacto significativo na gravidade dos sintomas do TSPT. Concluimos assim, que o suporte social percebido, a resiliência e a exposição a eventos traumáticos anteriores são factores a ter em conta no desenvolvimento de projetos e ações direcionadas para a resolução e prevenção do fenómeno em causa a nível das Forças Armadas Angolana.

***Palavras-chave:*** Militares; Transtorno de Stress Pós-Traumático; Resiliência

## **ABSTRACT**

The armed conflict in Angola had a negative impact on an economic and social level, increased the level of poverty and misery, and left physical, emotional and psychological consequences on the population. In the military, Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) commonly appears in these scenarios, and is also an important factor in the report of physical morbidity, after exposure to combat (Osório et al., 2012). It also causes a decrease in the quality of life of the military and poor performance, which can put the effectiveness of the army at risk and entail costs for the military organization. In this sense, the objective arises of analyzing and characterizing the impact of traumatic events on the personnel of the Angolan Army, taking into account post-stress -traumatic and relate it to the levels of resilience, hope (Psychological capital), and social support, and thus develop intervention projects for the treatment and prevention of PTSD at the FAA level. To this end, a cross-sectional study was carried out , to a sample of 185 military personnel (183 men and 2 women) aged between 38 and 64 years (average - 50.57 years with standard deviation of 6.538), distributed in the following positions: senior officers -10, captain officers - 12, officers subalterns -36, sergeants - 63, and enlisted personnel - 64. In relation to "Time of Service", it varies from 15 to 45 years (average - 29.86 years, with a standard deviation of 6.818). In addition to the sociodemographic questionnaire, the following scales were used: PCL-M; IES-R; DASS-21; MDSS; OREA and ER-Resilience. The PCL-M demonstrated significant results with 10 cases with positive symptoms of PTSD. Our results indicate that Perceived Social Support is positively related to levels of Resilience, while Resilience is negatively associated with levels of PTSD symptom severity. On the other hand, previous traumatic events have been shown to have a significant impact on the severity of PTSD symptoms. We therefore conclude that perceived social support, resilience and exposure to previous traumatic events are factors to be taken into account when developing projects and actions aimed at resolving and preventing the phenomenon in question at the level of the Angolan Armed Forces.

*Keywords: Military; Post-Traumatic Stress Disorder; Resilience*





## Índice

<b>Introdução</b>	<b>3</b>
<b>Revisão De Literatura Alargada</b>	<b>6</b>
O Contexto dos Conflitos Armados	7
Traumas e Acontecimentos Traumáticos	8
Conceito de TSPT	9
Prevalência, Fatores de Risco e Proteção de TSPT	11
Suporte Social	12
O Capital Psicologico	13
Co-Morbilidade do TSPT	14
Impacto do TSPT na Família E na Organização	15
Objetivos	17
<b>Artigo Científico</b>	<b>18</b>
Introdução	20
O Transtorno de Stress Pós Traumático	21
Fatores de Risco e de Proteção do TSPT	21
Capital Psicologico: Resiliência	21
Objetivos	22
Hipoteses	23
Método	23
Instrumentos	26
Procedimento	29
Análise De Dados	29
Resultados	29
Discussão	40
Conclusão	45
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>46</b>
<b>Anexos</b>	<b>56</b>

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Estatística Descritiva de Sexo, Idade e Tempo de Serviço.

Tabela 2 - Distribuição de Frequência por Método de Cotação da Escala PCL-M

Tabela 3 - Correlações entre as Dimensões da EIS-R e da PCL-M

Tabela 4 – Estatística Descritiva e Fiabilidade das Escalas e diferentes Dimensões

Tabela 5 – Estatística Descritiva e Fiabilidade das Escalas e diferentes Dimensões

Tabela 6 – Resultados das Regressões do Modelo 1 e 2

Tabela 7- Descritivas de PCL por resposta à Questão 8 e valores do teste Mann-Whitney U

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

**FAA** - Forças Armadas Angolanas

**FAPLA** - Forças Armadas Populares de Libertação de Angola

**FNLA** – Frente Nacional de Libertação de Angola

**MPLA**- pelo Movimento Popular de Libertação de Angola

**UNITA** - União Nacional para a Independência Total de Angola

**EMG** – Estado Maior General

**UDF** - Unidade de Dificientes Fisicos

**CADF** – Centro de Apoio aos Dificientes Fisicos da Funda

**UITS** – Unidade Intermedia de Saude

**ALA4** – Enfermaria de Convalescentes do Rocha Pinto

**APA** - Associação Americana de Psiquiatria

**CID** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

**DSM** - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

**PCL-M** - Checklist da Perturbação de Stress Pós-Traumático – Versão Militar

**TSPT** - Transtorno de Stress Pós-Traumático

**TIR** - Redução De Incidentes Traumáticos

**IES-R** - Escala do Impacto do Acontecimento Revista

**DASS21** - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

**MDSS** – Escala Multi-Dimensional de Suporte Social

**OREA** – Escala De Otimismo, Resiliência, Esperança E Autoeficácia

**ER** – Escala de Resiliencia

**SADC** – Comunidade de Desenvolvimento da África Austral

**TO** – Teatro Operacional

**DSM-III** - Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos ou Perturbações Mentais III

**EUA** – Estados Unidos da America

**MDR** - Dessensibilização e Reprocessamento através do Movimento Ocular

**ISRS** – Inibidores Seletivos De Recaptação De Serotonina

**SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences

## **Introdução**

A guerra é um elemento altamente destrutivo a nível económico e social para as nações, aumenta o nível de pobreza e miséria do País deixando sequelas por vezes irreversíveis a nível físico, emocional e psicológico nos indivíduos.

A emergência de novos conflitos mundiais, bem como a reorganização estratégica dos Estados Africanos, coloca novos desafios, na organização militar, que garante a segurança e estabilidade nacional. Pelo que, o envolvimento de Angola em operações de paz, a nível da Comunidade Para o Desenvolvimento da Africa Austral (CDAA), representa um reconhecimento e visibilidade dos nossos parceiros na contribuição para a paz e segurança em África. Estas operações são frequentemente associadas a uma baixa intensidade de agentes stressores, em comparação a situação de combate e guerra tradicional. No entanto, a sua elevada complexidade e o carácter multidimensional, proporcionam que os militares se confrontem com ataques, situações de combate e ameaças diversas por parte das forças hostis, entre outras situações de risco inerentes ao teatro operacional (TO),

Acontecimentos traumáticos são tao antigos quanto a história da humanidade, pois o homem em situações diversas quando exposto ao perigo, potencialmente pode ser capaz de desenvolver traumas psicológicos e físicos. A história tem guardado testemunho desses acontecimentos quer sob a forma de literatura científica quer de ficção.

A reflexão das memórias de guerra, pressupõe algumas implicações políticas e sociais. É uma memória traumática no ponto de vista científico, é o desenrolar do esquecimento, como algo que se traduz como um encobrimento quando ocultamos algo sobretudo de nos próprios.

Durand e Barlow (2010) classificaram a guerra como o evento mais traumático, a seguir ao World Trade Center e do Pentágono a Setembro de 2001. Esta conclusão deveu-se a diversas discussões sobre os fatores de stress da guerra, bem como a dificuldade e o perigo nela existente.

Hipólito et al. (2017) referem que, relatos feitos pelo médico militar luso, Jacob da Costa, no seu estudo feito no Século XVI até ao período da I e II Guerra Mundial, na observação dos comportamentos dos soldados regressados do teatro operacional no grande incêndio de Londres, verificou que estes soldados apresentavam "perturbações cardíacas" desde o evento, passando pelos sintomas com todas as designações dadas às reações psicológicas para definir os traumas dos combatentes doentes. Como descrito por Pereira, (2012), o TSPT é caracterizada por sintomas de temor intenso e pavor que são despoletados por acontecimentos tormentosos que representem algum tipo de intimação à integridade física de

um indivíduo. Assim, os militares são altamente propensos a desenvolver o TSPT pela especificidade da sua profissão.

O nosso estudo pretende analisar o impacto dos eventos traumáticos no seio das Forças Armadas Angolanas (FAA) e contribuir para a existência de mais dados sobre a incidência e prevalência do *stress* pós traumático no seio dos efetivos, e investigar fatores de resiliência e esperança no caso do Exército. A pertinência deste tema justifica-se pelas seguintes razões:

Primeiro, na vertente estratégico-operativa, visa dar o nosso contributo académico face aos desafios de estudos dos efeitos psicológicos decorrentes dos conflitos armados em Angola;

Segundo, porque até ao momento não foram feitos estudos sobre o tema na população militar, apenas na população civil;

Terceiro, porque o tema é atual e recente, uma vez que a problemática que encerra o fenómeno de Transtorno de Stress Pós-Traumático em militares das FAA que participaram nas Operações Combativas durante o conflito armado em Angola, e constitui o centro de novos debates na atual conjuntura da família castrense;

E em quarto, põe em linha de desenvolvimento a verificação dos níveis indicadores de resiliência, da esperança; fatores de risco e de proteção, bem como a sua correlação e possível impacto na incidência e prevalência do TSPT nos efetivos.

Por estas razões, a nossa intenção não é contrapor as teorias e abordagens já desenvolvidos sobre o tema, mas sim obter dados estatísticos e científicos referentes à prevalência de Transtorno de Stress Pós-Traumático (TSPT) em militares das FAA, em particular sobre os efetivos do Exército que participaram nas Operações Combativas durante o conflito armado em Angola e assim dar o nosso contributo para o melhor conhecimento dos paradigmas psicossociológicos capazes de explicar e compreender as dinâmicas actuais face ao fenómeno em causa. Adicionalmente, apesar dos vários estudos efetuados a nível internacional, muito ainda tem de se investigar, e como refere Kessler (2000), que qualquer avaliação ao nível do impacto na saúde mental e psicossocial e posterior intervenção tem que começar por analisar a sua prevalência.

O trauma psicológico e o stress extremo, atingem um grande número de militares, especialmente aqueles que estiveram expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos, como no caso do Exército das Forças Armadas Angolas (FAA), mas também existem fatores de risco e de proteção que dão ou não propensão ao desenvolvimento dos sintomas. Como refere (Vaz Serra, 2003), a prevalência de uma Perturbação de Stress Pós-Traumático varia consoante a ocorrência em si e os fatores de vulnerabilidade do indivíduo.

O nosso estudo surge assim pela necessidade de perceber o fenómeno de Transtorno de Stress Pós-Traumático em militares das FAA que participaram nas Operações Combativas durante o conflito armado em Angola, particularmente no “Ramo do Exército”, assim como conhecer níveis indicadores de resiliência e de esperança, ou seja, evidenciar fatores de proteção e analisar a sua relação com o stress pós-traumático nos efetivos. Para o efeito, este trabalho foi organizado em três partes: parte teórica, metodológica e por último a conclusão.

## Revisão de Literatura

A participação em conflito armado, constitui uma variável impactante no funcionamento psicológico dos militares, e é um dos aspetos que poderá contribuir para o desenvolvimento de perturbação psicológica e consequente psicopatologia. Esta participação está relacionada com a exposição direta ou indireta aos acontecimentos, situações ou experiências potencialmente traumáticas (Ferração, 2015).

Vaz Serra (2003, p.10) citado por Oliveira (2008) refere que, “as situações de guerra são campos férteis, propícios à ocorrência de acontecimentos traumáticos, que tendem a ser repetidos e a prolongarem-se no tempo”. O trauma a que eventualmente um militar pode estar submetido não diz respeito apenas ao risco de combate, igualmente envolve as ações bárbaras que cometeu e observou ou a morte que constatou de companheiros seus de convívio diário. Acrescenta ainda que a estes aspetos soma-se o *stress* devido à fadiga prolongada, às privações relacionadas com as condições de vida, de alimentação, de adaptação ao meio ambiente e ao afastamento da família. Osório e Maia (2010) concordam afirmando que a guerra por si só é uma experiência potencialmente traumática, pelo que a participação de militares em situações de combate submete-os a um desgaste físico, emocional e mental, que estão muitas vezes na origem de problemas mentais e físicos com consequências a médio e longo prazo.

De realçar que o trauma não afeta apenas os que são expostos diretamente, mas também aqueles que os rodeiam. Os soldados que regressam a casa vindos do campo de batalha podem assustar as famílias com os seus excessos de fúria e o seu alheamento emocional (Bessel, 2020, citado por Mahon, 2022).

A literatura e a evidência clínica têm demonstrado que as pessoas expostas a experiências e acontecimentos traumáticos podem sofrer alterações nos seus mecanismos de funcionamento normal e em alguns casos dar origem ao TSPT assim como a sintomatologia psicopatológica associada, pois o TSPT é um transtorno de ansiedade precipitado por um trauma. O traço essencial deste transtorno é que o seu desenvolvimento está ligado a um evento traumático de natureza extrema.

## O Contexto Dos Conflitos Armados

África tem sido um continente particularmente ensombrado pela guerra. Os últimos 15 anos também têm visto um número crescente de trabalhos para diagnosticar e intervir nas sequelas da guerra. Um marco neste desenvolvimento foi o relatório de Graça Machel realizado sob os auspícios das Nações Unidas (United Nations, 1996) e que documentou a situação das crianças refugiadas e deslocadas, entre outros problemas que afetam este grupo etário. No caso de Angola, o país passou por várias fases de conflito. Porém, Cascudo (1979) afirma que a guerra civil em Angola teve início antes mesmo da independência, já que os três grupos nacionalistas que tinham combatido o colonialismo português passaram a lutar entre si pelo controlo do país. Porém, as 1ª Eleições Presidenciais e Legislativa ganhas pelo Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), foram realizadas em 1992. Com a rejeição dos resultados eleitorais pela UNITA o país retomou a guerra que teve o seu fim em 2002 com a assinatura dos acordos de Paz entre o Governo de Angola e a UNITA.

Foi um longo período de guerra com predominância nas Operações de Combate em Profundidade, causando inúmeras consequências e vítimas de guerra. Estes conflitos deixaram rastros de destruição na nação a nível social e económico: levando à perda de vidas humanas; destruição de infraestruturas; deslocamento de populações; consequências ambientais; desintegração social; instabilidade política; desafios humanitários; e ferimentos e traumas de guerra. Segundo Litz (2007), as guerras produzirão uma nova geração de veteranos com um elevado risco de desenvolverem problemas mentais crónicos como resultado da exposição a agentes de *stress* à adversidade e às experiências de guerra.

A maior parte das pessoas, em algum momento das suas vidas, poderão confrontar-se com algum tipo de situação adversa. No entanto, existem grupos que, por inerência das suas atividades e funções profissionais, estarão provavelmente mais sujeitos a este tipo de situações. Entre estes grupos incluem-se os militares, nomeadamente quando são destacados para missões combativas (Vaz Serra, 2003).

## Trauma e Acontecimentos Traumáticos

O dicionário define trauma «como uma lesão provocada a um tecido vivo por um agente externo» (Merriam-Webster, 1988, p. 1256). É claro que esta definição se refere ao trauma físico. Metaforicamente, porém, esta definição também fala do trauma emocional. Este, tal como o dicionário o define, é um estado psíquico ou comportamental alterado que resulta de um *stress* mental ou no evento. Embora todos queiramos ser capazes de superar o trauma, nem sempre o conseguimos, pois o trauma provoca mudanças fisiológicas no organismo, assim como uma recalibragem do sistema de alarme do cérebro, afeta o sistema límbico, aumenta os níveis do cortisol, descoordena o sistema que filtra e guarda as informações no cérebro.

O trauma afeta o indivíduo que directamente o vivenciou e tem implicações a outros níveis. Porém, foram identificados sintomas similares à perturbação de *stress* pós-traumático nas esposas de veteranos de guerra (Nelson & Wright, 1996; Maloney, 1988; Williams, 1980). Em certos casos, o acontecimento traumático já passou, mas a vítima contudo, continua a sofrer. Mesmo que não existam consequências materiais ou físicas, várias reações psicológicas permanecem frequentemente por muito tempo depois de o acontecimento ter chegado ao fim. Internamente, por assim dizer, o processo continua: é necessário que o choque seja digerido» de forma que a pessoa consiga funcionar normalmente outra vez (Pereira & Ferreira, 2003, p.71).

Van der Kolk, na sua obra *O corpo não esquece-cérebro, mente e corpo na superação do trauma* (2020), relata a história de Tom, o Soldado que após concluir o liceu em 1965 como o melhor da turma, alistou-se imediatamente nos Marines, seguindo a tradição da família, pois o pai servira no Exército, era atlético, inteligente e com a personalidade óbvia de um líder. Tom sentiu-se forte e capaz quando concluiu o treino básico de recruta como membro de uma equipa pronta para quase tudo. No Vietname, chegou rapidamente a chefe de pelotão, ao comando de oito homens. Sobreviver enquanto se abre caminho no meio da lama, debaixo de fogo de metralhadora, é uma coisa que pode deixar os homens muito orgulhosos de si próprios e dos seus camaradas. No fim da comissão de serviço, Tom deixou o exército com todas as honras. Só queria esquecer o Vietname e, aparentemente, conseguiu. Formou-se e constituiu família, até que começaram as inseguranças emocionais, preocupava-se com o sentimento de sua esposa, questionando-se se era real, mesmo tendo os dois trocado correspondência ainda no TO. Tom foi fingindo ter uma vida normal. Esperava, desse modo, ser capaz de reencontrar o seu antigo eu, porém, sentia-se morto por dentro (embotamento).

Tom estava assustado e confuso, tinha medo de se estar a tornar igual ao pai, que andava sempre zangado e raramente falava com os filhos, a não ser para os comparar,

desfavoravelmente com os seus camaradas de armas que tinham perdido a vida. Tom tinha pesadelos e distúrbio do sono. Foi medicado, porém, não cumpriu com a terapêutica afirmando que apercebeu-se de que se tomasse os comprimidos e os pesadelos desaparecessem, seria como se abandonasse os seus amigos e as suas mortes tivessem sido em vão. “Preciso de ser uma memória viva dos meus amigos que morreram no Vietname.” Referiu Tom. “Tom fora um amigo dedicado e leal, um apreciador da vida, com muitos interesses e prazeres. Num instante de terror, o trauma mudou tudo” (Van der Kolk, 2020, p.13). Por sua vez, o sentimento de culpa (culpa do sobrevivente) é um impulsionador das ideias suicidas, facto este que esteve muito presente nos sintomas clínicos do soldado Tom.

O impacto do trauma pode ser tão severo ao ponto de atingir a totalidade da vida psíquica do indivíduo e levá-lo a perder o interesse das coisas naturais da vida e da realidade que o rodeia, podendo atingi-lo a nível biológico e psico-social. A função mais importante do cérebro é garantir a nossa sobrevivência, mesmo nas piores condições. Tudo o resto é secundário. Porém, em situações normais, os dois hemisférios: o direito (ligado à criatividade, ao emocional, ao visual, espacial e tátil) e o esquerdo (ligado à lógica, à linguística, à parte analítica), trabalham coordenadamente e em conjunto. Em caso de trauma, a hormona do *stress* (cortisol) em resposta do organismo, continua a circular em defesa do mesmo.

Solomon (1987) considera que o trauma por si só nem sempre resulta em TSPT e pode desenvolver-se em sujeitos na ausência de condições básicas de sobrevivência do militar, particularmente quando o acontecimento traumático é especialmente forte. Além das características do agente, situação ou acontecimento potencialmente traumático, a resposta da pessoa é influenciada pelos recursos pessoais e ambientais que cada um tem disponível para lidar com a situação (e.g. personalidade).

Iversen et al. (2008) consideram que a TSPT é altamente dependente da avaliação cognitiva da ameaça, e o risco de desenvolver TSPT parece ser significativamente reduzido se existir a moral, a perceção da coesão do grupo, uma boa liderança e o apoio entre os militares.

## **O Conceito De TSPT**

A etiologia do *stress* traumático, é geralmente explicada por quatro escolas de pensamento: fisiológica, comportamental, cognitiva e catarse (Valentine, 1997). Desde os contributos da Psicanálise, em finais de 1800 e inícios de 1900, várias foram as teorias para a TSPT, numa linha contínua entre: 1) “o orgânico e o psicológico”; 2) “o evento em si e a interpretação subjectiva”; e 3) “o evento em si e as vulnerabilidades preexistentes” (Van der Kolk 2020, p. 19). Assim, as explicações etiológicas reportam a diversas teorias, como a

psicanalítica, a cognitiva, do condicionamento, do processamento emocional, dos esquemas, etc. (Cahill & Foa, 2007).

O Transtorno de *stress* pós traumático (TSPT), foi reconhecida pela primeira vez em 1980 na 3ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos ou Perturbações Mentais (DSM-III), a que se segue a sua inclusão na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), pela Organização Mundial de Saúde, em 1992, como nosologia psicopatológica (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), o TSPT é uma doença psiquiátrica, que se caracteriza pelo desenvolvimento de um conjunto de sintomas específicos a seguir à exposição a um acontecimento traumático extremo, implicando uma experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física 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.

Deste modo, a resposta emocional ao evento traumático tem recebido crescente atenção, fato apoiado por dados empíricos. Ou seja, não basta ser exposto a uma situação de risco de vida para se desenvolver o TSPT, faz-se ainda necessário ter reagido a ela com “intenso medo, impotência ou horror” (critério A2 do DSM-IV). Porém, desde a oficialização do diagnóstico de TSPT com o DSM-III, essas modificações levaram a uma expansão da latitude do conceito de evento traumático e, em consequência, a um aumento na prevalência estimada do TSPT.

Estudos mostram que a maior parte dos militares ajusta-se bem ao contexto da missão, no entanto existe um grupo significativo que pode desenvolver sintomas de TSPT (Weisaeth & Larsen, 1993).

Os Critérios de Diagnóstico para Avaliação de TSPT foram evoluindo. Segundo o DSM-IV (p. 439) a primeira descrição científica dos actuais sintomas da TSPT devida a um trauma psicológico, surgiu no Século XVII quando o médico Sydenham (1987) citado por O'Brien (1998), descreveu um conjunto de sintomas similares à TSPT num paciente, a seguir ao grande incêndio de Londres em 1666.

No DSM-III-R (1997) foram introduzidas algumas alterações, nomeadamente a situação traumática foi definida como acontecimento fora do âmbito da experiência humana normal e os três grupos de critérios tornaram-se muito mais claros. Na revisão apresentada pelo DSM-IV (1994) foi excluída a ideia de que se tratava de uma experiência rara, e passou a ser incluída no critério A, para além da exposição ao «acontecimento traumático», a resposta da pessoa pode envolver medo, impotência ou horror. Os critérios são:

- A. A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático;
- B. O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente;
- C. Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral;
- D. Sintomas persistentes de activação aumentada.

A duração dos sintomas pode ser de menos de três meses (forma aguda), superior a três meses (forma crónica) ou o seu início pode suceder-se após seis meses da ocorrência do acontecimento traumático (início tardio ou retardado) (DSM-IV-TR, 2002).

### **Prevalência, Fatores De Risco E Proteção De TSPT**

Num estudo aplicado a população portuguesa, por Albuquerque et al., (2003) apuraram que a taxa de prevalência ao longo da vida de TSPT era de 7.87%, existindo uma diferença estatisticamente significativa entre o sexo masculino (4.8%) e o sexo feminino (11.4%). Nos ex-combatentes da Guerra Colonial portuguesa foi estimado, a partir dos resultados dos estudos realizados nos Estados Unidos com veteranos do Vietname, que cerca de 140 000 ex-combatentes poderiam ter sequelas psicológicas decorrentes da sua participação na Guerra Colonial (Albuquerque, 1992).

A prevalência de TSPT encontrada em vários estudos com prisioneiros de guerra variou entre 50% e 70% (van der Kolk et al., 1996), valor semelhante encontrado num conjunto de estudos realizados com amostras de refugiados onde foi encontrada uma prevalência de TSPT igual ou superior a 50% (por exemplo, Carlson & Rosser-Hogan, 1991).

O TSPT é uma condição de saúde mental que pode ser desencadeada por eventos traumáticos. Vários fatores podem influenciar o desenvolvimento dos sintomas que aqui são referenciados como factores de risco e factores de proteção, sendo o seu conhecimento fundamental. Como factores de risco temos:

Pré-incidente:

- História psiquiátrica (Breslau et al., 1998);
- Características de Personalidade (traços de personalidade evitante) (Schnurr et al., 1993);
- Fraco suporte social (Ruzek et al., 2004);
- Experiência prévia de acontecimentos traumáticos (Ruzek et al., 2004);
- Estratégias de coping desadaptativas e desadequadas (Haligan & Yehuda, 2000).

**Peri-incidente:**

- Severidade do acontecimento e exposição a estímulos traumáticos (Raphael et al., 2000);
- Ameaça real ou percebida (Raphael et al., 2000);
- Perdas pessoais (bens, casa, rede social) (Raphael et al., 2000);
- Resposta subjectiva de medo, desesperança ou dissociação (Raphael et al., 2000);
- Falta de previsibilidade e controlo dos acontecimentos (Raphael et al., 2000).

**Pós-incidente:**

- Existência de stressores contínuos ou adicionais (fome, frio, fadiga, medo, desalojamento) (Raphael et al., 2000);
- Baixo nível de suporte social e emocional ou elevadas exigências sociais (Raphael et al., 2000);
- Estratégias de coping desadequadas (evitamento, culpabilização, consumo de substâncias) (Young et al., 2001);
- Pouca informação acerca da natureza e razões do acontecimento (Raphael et al., 2000);
- Pouco apoio de follow-up (Raphael et al., 2000).

**Como Fatores de Proteção para o desenvolvimento do TSPT temos:**

- Retomar actividades normais do dia-a-dia e assumir uma postura activa face as consequências do incidente (Ommeren et al., 2005);
- Existência e disponibilidade de suporte social;
- Sucesso em acontecimentos traumáticos anteriores;
- Capital psicologico.

**O Suporte Social**

O suporte social e familiar faz com que o vitima se sinta compreendido, escutado, não criticado, e sentir a empatia da sua rede de apoio social tem os seus feitos positivos sobre o individuo traumatizado, porém, os familiares do traumatizado também estão sujeitos a desenvolver o trauma secundario pelo afastamento com a vítima. Os grupos de apoio para as vítimas pode ser o melhor via para a recuperação física e emocional da vítima.

As vítimas precisam de pessoas, rostos e vozes familiares, os laços de união são as maiores proteções contra a ameaça. É provável, por exemplo, que as crianças separadas dos pais depois de um acontecimento traumático sofram a longo prazo efeitos negativos. Estudos

realizados em Inglaterra durante a Segunda Guerra Mundial mostraram que as crianças que viviam em Londres durante o *Blitz* (bombardeamento) e foram enviadas para o campo para estarem a salvo dos bombardeamentos alemães ficaram muito mais perturbadas do que aquelas que permaneceram com os pais e passaram noites em abrigos e entre imagens assustadoras de edifícios destruídos e pessoas mortas (Goldoni, 2016).

### **O Capital Psicológico**

O capital psicológico positivo refere-se a uma coleção de recursos psicológicos que a pessoa possui, como a autoconfiança, otimismo, esperança e resiliência. Estes recursos podem ter várias vantagens e benefícios para o indivíduo como para as organizações onde este se insere. O Capital Psicológico Positivo é então apresentado por Luthans e Youssef (2007) como um estado psicológico de desenvolvimento de um indivíduo, que é caracterizado por quatro atributos positivos:

- a) Ter confiança em si mesmo de modo a aplicar o esforço necessário para a conclusão de tarefas desafiantes (autoeficácia)
- b) Ser persistente no cumprimento de metas e, se necessário, reorganizar e redirecionar as mesmas (esperança) também caracterizada por um estado emocional e mental que envolve a crença de que algo desejado pode acontecer no futuro. É a sensação de otimismo e acreditar que as coisas vão melhorar, mesmo diante de desafios ou adversidades. A esperança desempenha um papel importante na vida das pessoas, pois pode fornecer motivação e uma mentalidade positiva para lidar com situações difíceis.
- c) Fazer atribuições positivas acerca do seu sucesso no presente e no futuro (otimismo);
- d) Ser capaz de ultrapassar os contratemplos e as adversidades, sem nunca desistir, para alcançar o sucesso (resiliência). Para Barlach (2005), a resiliência é um objecto de estudo interdisciplinar. Esta pode ser entendida como resposta criativa perante uma crise, a aplicação do pensamento lateral na geração de soluções inovadoras perante sistemas traumáticos ou adversos. O que desenvolve efetivamente a competência da resiliência num indivíduo é a formação de pessoas socialmente competentes que tenham consciência de sua identidade e utilidade, de satisfazer as suas necessidades básicas de afeto, respeito e o seu significado na vida (Tavares, 2001).

É importante lembrar que a resiliência varia de pessoa para pessoa e pode ser influenciada por fatores genéticos, ambientais e de experiência de vida. É de realçar que todas as esferas do capital psicológico estão correlacionadas e demonstra ser uma variável importante no desenvolvimento interpessoal do indivíduo, no seu bem-estar físico-emocional e no desempenho profissional, podendo assim constituir um fator de proteção no TSPT. Diante dos eventos estressores, algumas estratégias de *Coping* e recursos pessoais são também acionadas para a adaptação e sobrevivência do indivíduo.

### **Co-Morbilidade do TSPT**

O TSPT não é o único transtorno psiquiátrico que aparece como resultado da exposição a um evento traumático, ou seja, existe uma grande comorbilidade com outras condições, entre as quais perturbação depressiva major, perturbações da personalidade, perturbações relacionadas com o excesso de substâncias, perturbação de pânico, agorafobia, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de ansiedade generalizada, fobia social, fobia específica e a perturbação bipolar (APA, 2002).

Vários autores (Elhai, 2008; Kulka et al., 1990) referem-se à PSPT como uma perturbação de ansiedade, que conceptualmente compartilha uma sobreposição de sintomas com outras patologias, podendo ser parcialmente responsável pela elevada comorbilidade com diagnósticos psiquiátricos prévios, nomeadamente com a ansiedade e depressão, abuso de substâncias e perturbação de humor.

A comorbilidade é caracterizada predominantemente pela capacidade de duas ou mais patologias se potencializarem, de modo que o seu diagnóstico e prognóstico se vêem afetados. Segundo Pereira, et al (2012) a TSPT é comumente reconhecida devido à sua comorbilidade. Atendendo à população em estudo, e de acordo com o DSM-V (2014), “indivíduos com TSPT têm uma probabilidade 80% mais elevada de apresentar sintomas que preencham os critérios de diagnóstico de, pelo menos, uma outra perturbação mental quando comparados com indivíduos sem TSPT” (Yehuda & Wong, 2002, p. 335).

A depressão é uma doença séria com consequências graves e que pode levar à morte e vale lembrar que é uma das principais patologias associadas ao TSPT.

Vaz Serra (2003) refere que após um acontecimento traumático, a TSPT não é o único quadro que pode ocorrer. Esta pode, ainda, coexistir com outros transtornos psiquiátricos como é o transtorno de humor, transtorno bipolar, depressão e síndromes de ansiedade (Halimi & Halimi, 2015).

O TSPT é classificado como um transtorno de ansiedade e nos modelos cognitivistas a ansiedade é o resultado da avaliação de perigo iminente. Contudo, a TSPT é o transtorno em que o problema é precisamente a memória de um acontecimento que já ocorreu. É importante perceber que os pacientes se podem tornar clinicamente deprimidos ou ansiosos sem receberem o diagnóstico de TSPT. Porém, em muitos casos quando os pacientes apresentam depressão ou ansiedade depois de um período de quatro semanas após o evento, podem estar a manifestar porções de uma resposta traumática que não se integra em nenhum dos dois diagnósticos relacionados com o trauma. Isto é, uma pessoa deprimida pode estar a experienciar a componente evitamento da resposta relacionada com o trauma, e uma pessoa ansiosa pode estar a manifestar activação.

A TSPT apresenta uma elevada co-morbilidade com a depressão, abuso de álcool e abuso de substâncias, porém, a depressão major e o uso de substâncias são os mais frequentes. Alguns métodos e terapias têm sido utilizadas no tratamento do TSPT tendo-se mostrado muito eficazes, dentre elas: a terapia cognitivo-comportamental; exposição; treino de manejo da ansiedade; métodos combinados (Meadows & foa, 1997, 2000); MDR (Dessensibilização e Reprocessamento através do Movimento Ocular), TIR (Redução De Incidentes Traumáticos) e medicamentos como a Cetamina (medicamento usado como anestésico, mas quando usada em conjunto com a psicoterapia pode ser muito eficaz). A entrevista clínica estruturada é o primeiro passo na avaliação de sintomas do TSPT.

### **Impacto do TSPT na Família e na Organização**

Na família o comportamento de evitamento é sem dúvida um dos sintomas que afecta consideravelmente as relações familiares, associado ao embotamento afectivo e à capacidade reduzida para se envolver com o mundo exterior. Duma forma geral, quando o traumatizado é o companheiro, a mulher assume vários papéis na tentativa de manter a coesão e o funcionamento da família exibindo por isso muitos dos mesmos sintomas (Matsakis, 1988), incluindo evitar aborrecê-lo ou incomodá-lo e acabando, no processo, por se anestesiar emocionalmente. As crianças, em particular, com maior risco de sofrerem os efeitos do trauma e conseqüente comprometimento normal da estrutura psíquica, pela imaturidade emocional para enfrentar os eventos. Esta capacidade de não sentir e não comunicar mantém o trauma presente não permitindo que ele seja processado e integrado, mesmo que tenha ocorrido há muito tempo. A distância torna-se assim o regulador emocional na família (Pereira & Ferreira, 2003).

O isolamento social está muitas vezes associado a baixo suporte social, o que poderá complicar a vida do traumatizado na comunidade (Solomon et al., 1999). Com todos estes factores, o risco de suicídio é iminente, o que causa preocupação nos membros da família e muito mais tensão. A ideação suicida é frequente e encontra-se associada a sentimentos de culpabilização. Este tipo de situação obriga os familiares a viverem num estado de preocupação, sobretudo quando o traumatizado tem acesso a armas de fogo (Goodwin, 1987). O uso de substâncias torna-se num anestésico. Segundo Matsakis (1988), a violência física, além do abuso físico, o abuso verbal e emocional é também frequente nestas famílias, e é associada à componente de flashback, isto é, aos estados dissociativos do indivíduo ou quando este se zanga, dando assim início ao ciclo de violência. O embotamento é o reverso da ira e consiste numa característica que tem como consequência um afastamento (Pereira & Ferreira (2003).

O Transtorno de *stress* Pós-Traumático também tem impacto na vida profissional do militar e conseqüentemente na organização militar, dentre as quais:

- ✚ Impacto na qualidade de vida, pela sintomatologia grave que apresenta (flashbacks, pesadelos, ansiedade, depressão, irritabilidade, a raiva, dificuldade em expressar emoções etc), tornando difícil o funcionamento diário, bem como as interações interpessoais com a família, amigos e pares, que passam a ser difíceis ou inexistentes;
- ✚ Queda no desempenho no serviço militar, pela dificuldade em concentrar-se, tomar decisões, realizar suas tarefas de forma eficaz, metendo em risco a segurança tanto do próprio militar quanto da unidade;
- ✚ Risco de comportamentos autodestrutivos (abuso de substâncias, automutilação e pensamentos suicidas);
- ✚ Problemas legais e disciplinares por comportamentos agressivos;
- ✚ Custos para a organização militar.

Tendo em conta as características do TSPT e o seu impacto quer na vida familiar, quer na organização torna-se pertinente perceber o fenómeno de Transtorno de *Stress* Pós-Traumático em militares das FAA que participaram nas Operações Combativas durante o conflito armado em Angola, particularmente no “Ramo do Exército”, assim como conhecer níveis indicadores de resiliência e de esperança. Definimos assim o objetivo geral e os objetivos específicos do nosso estudo:

**Objetivo geral:** analisar e caracterizar o impacto dos eventos traumáticos nos efetivos do Exército Angolano, tendo em conta o *stress* pós-traumático e relacioná-lo com os níveis de resiliência, esperança (capital Psicológico), e suporte social.

**Objetivos Específicos:**

- Caracterizar e avaliar a incidência e prevalência do Transtorno de *Stress* Pós-Traumático (TSPT) nos efetivos do Exército angolano;
- Caracterizar o impacto dos eventos traumáticos nos efetivos do Exército Angolano
- Analisar a relação entre os níveis de resiliência e esperança com os níveis de *Stress* Pós-traumático;
- Analisar a relação entre o suporte social e os níveis de *Stress* Pós-traumático;
- Analisar a relação entre os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* e os níveis de TSPT.

## ARTIGO CIENTÍFICO

### FATORES DE RESILIÊNCIA E ESPERANÇA NA INCIDÊNCIA DO STRESS PÓS-TRAUMÁTICO NAS FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS “O CASO DO EXÉRCITO”

**Paulina Rafael Dias [1]**

[1] ISEIT Almada, Instituto Piaget.

paularrafa@gmail.com

#### RESUMO

O Transtorno de Stress Pós Traumático é uma das consequências da guerra na população militar e não só, sendo também um importante fator para o relato de morbilidade física, após exposição a combate (Osório et al., 2012). Mesmo em missões de paz, o risco de desenvolverem o TSPT ainda é elevado, como referem alguns autores (Caldeira, 2011; Gates, et al., 2012; Maia & Fernandes, 2003). Na vida dos militares, o TSPT provoca diminuição da qualidade de vida do ex-combatente, derivados aos sintomas físicos e psicológicos e fraco desempenho no serviço militar, o que pode colocar em risco a eficácia do exército e acarretar custos para a organização militar. Este estudo teve como objetivo analisar e caracterizar o impacto dos eventos traumáticos nos efetivos do Exército Angolano, tendo em conta o *stress* pós-traumático e relacioná-lo com os níveis de resiliência, esperança (capital Psicológico) e suporte social. Para o efeito, foi feito um estudo transversal, a uma amostra de 185 militares (183 homens e 2 mulheres) com idades compreendidas dos 38 aos 64 anos (média - 50.57 anos com desvio padrao de 6.538), distribuídos nos seguintes postos: oficiais superiores -10, oficiais capitães - 12, oficiais subalternos -36, sargentos - 63, e praças – 64. Em relação ao "Tempo de Serviço", varia de 15 a 45 anos (média - 29.86 anos, com um desvio padrão de 6.818). Para além do questionário sociodemográfico foram usadas as seguintes escalas: PCL-M; IES-R; DASS-21; MDSS; OREA e ER-Resiliencia. O PCL-M demonstrou resultados significativos com 10 casos com sintomas positivos de TSPT. Os nossos resultados indicam que o Suporte Social Percebido está positivamente relacionado com os níveis de Resiliência, enquanto a Resiliência está negativamente associada aos níveis de gravidade dos sintomas de TSPT. Por outro lado, os eventos traumáticos anteriores demonstram ter um impacto significativo na gravidade dos sintomas do TSPT. Concluimos assim, que o suporte social percebido, a resiliência e a exposição a eventos traumáticos anteriores são factores a ter em conta no

desenvolvimento de projetos e ações direcionadas para a resolução e prevenção do fenómeno em causa a nível das Forças Armadas Angolana.

**Palavras-chave:** *Stress, Trauma, Militar, Impacto, Resiliência.*

#### **ABSTRACT**

Post Traumatic Stress Disorder is one of the consequences of war in the military population and others, and is also an important factor in the report of physical morbidity, after exposure to combat Osório, Carvalho, Fertout, & Maia, (2012). Even in peacekeeping missions, the risk of developing PTSS is still high, as mentioned (Caldeira, 2011; Gates, et al., 2012; Maia & Fernandes, 2003). In the lives of military personnel, PTSD causes a decrease in the ex-combatant's quality of life, resulting from physical and psychological symptoms and poor performance in military service, which can put the effectiveness of the army at risk and entail costs for the military organization. This study aims to: analyze and characterize the impact of traumatic events on Angolan Army personnel, taking into account post-traumatic stress and relating it to levels of resilience, hope (Psychological capital), and social support. To this end, a cross-sectional study was carried out, to a sample of 185 military personnel (183 men and 2 women) aged between 38 and 64 years (average - 50.57 years with standard deviation of 6.538), distributed in the following positions: senior officers -10, captain officers - 12, officers subalterns -36, sergeants - 63, and enlisted personnel - 64. In relation to "Time of Service", it varies from 15 to 45 years (average - 29.86 years, with a standard deviation of 6.818). In addition to the sociodemographic questionnaire, the following scales were used: PCL-M; IES-R; DASS-21; MDSS; OREA and ER-Resilience. The PCL-M demonstrated significant results with 10 cases with positive symptoms of PTSD. Our results indicate that Perceived Social Support is positively related to levels of Resilience, while Resilience is negatively associated with levels of PTSD symptom severity. On the other hand, previous traumatic events have been shown to have a significant impact on the severity of PTSD symptoms. We therefore conclude that perceived social support, resilience and exposure to previous traumatic events are factors to be taken into account when developing projects and actions aimed at resolving and preventing the phenomenon in question at the level of the Angolan Armed Forces.

**Keywords:** *Stress, Trauma, Military, Impact, Resilience*

## Introdução

A guerra representa a mais antiga e mais importante forma de violência provocada pelo homem em termos da magnitude dos seus efeitos (van der Kolk et al., 1996). Em Angola, as sequelas da guerra ainda estão bem visíveis, pois, falar de vítimas de guerra em Angola é falar de toda uma população que de uma forma direta ou indireta ainda sofrem os efeitos da guerra, e atualmente enfrenta vários problemas políticos, sociais e económicos, fruto ainda do longo período de conflito armado.

A guerra é uma experiência social que preenche os critérios de um acontecimento traumático, pode ser vista como uma sucessão de situações extremas que esmagam o indivíduo e afectam fundamentalmente os seus sentimentos de segurança. O soldado está confrontado com perda de sono, ruído, fadiga física, medo da morte, separação do seu ambiente familiar, falta das condições normais de vida e a morte dos seus companheiros. A impotência resultante destas circunstâncias pode conduzir à exaustão de combate. A rutura perseguirá o soldado mais tarde, em tempos de paz. A miséria e crueldade da guerra podem danificar seriamente a sua confiança em si mesmo e no mundo e podem isolá-lo do seu ambiente (Pereira & Ferreira, 2003). Durante a Primeira Guerra Mundial, Mott introduziu o termo *shell shock* para descrever os sintomas psiquiátricos resultantes de violentos actos de guerra (Trimble, 1981). E em 1919, Freud empregou o termo *Kriegsneurosen*, pois considerava as neuroses de guerra como sendo neuroses traumáticas, resultantes de um conflito no ego: um conflito entre o ego antigo do soldado, amante da paz, e o seu ego militar. Este conflito estaria ausente nas neuroses traumáticas em tempo de paz.

O trauma afecta o indivíduo que directamente o vivenciou e tem implicações a outros níveis. Foram também identificados sintomas similares ao transtorno de stress pós-traumático (TSPT) nas esposas de veteranos de guerra (Nelson & Wright, 1996; Maloney, 1988; Williams, 1980). Em suma, a literatura acima referida tem sugerido que o trauma e os seus sintomas afectam não só o indivíduo como todos aqueles com quem o traumatizado tem relações significativas.

### O Transtorno do Stress Pós Traumático

O TSPT é um fenómeno que começou por estar associado com os veteranos de guerra, foi originariamente designada como *shell shock*, fadiga de combate ou neurose de guerra. Na verdade, foi durante a época da Primeira Guerra Mundial que começaram a surgir investigações e escritos relevantes sobre o *stress* traumático. Pouco depois da guerra do

Vietname, o tema do *stress* traumático voltou a surgir. A terminologia aplicada a este fenómeno deixou de ser a neurose e passou a ser TSPT, mas a sintomatologia manteve-se igual. Outros terapeutas que adoptam a componente emocional dos eventos traumáticos incluindo Foa, et al (1993). Estes autores especulam que a TSPT ocorre pelo facto de as vítimas não conseguirem processar emocionalmente o evento traumático.

Para explicar as reacções de trauma, no DSM-III, para além da exposição ao acontecimento ameaçador, os critérios incluem sintomas de reexperienciação, diminuição da resposta ao mundo exterior e activação aumentada. Assim, os sintomas característicos da TSPT agrupam-se em três áreas: reexperiência do acontecimento traumático; evitamento persistente de estímulos associados com o trauma e embotamento da reatividade geral, e sintomas de excitabilidade aumentada. Geralmente manifesta-se com comorbilidade de sintomas psicopatológicos. Friedman e Yehuda (1995) chegam mesmo a afirmar que se um indivíduo preenche os critérios de diagnóstico para a TSPT também os preencherá para outras perturbações, não permitindo de uma forma segura identificar até que ponto esses sintomas precedem ou se seguem ao início da TSPT. Portanto, a comorbilidade de sintomas psicopatológicos com a TSPT é elevada. O que se sabe é que existe um risco aumentado para outras patologias de ajustamento emocional: ansiedade, depressão, perturbações de pânico, fobia social, obsessões, somatizações, entre outras (Vaz Serra, 2003).

Diante dos eventos estressores, os recursos pessoais como o capital psicológico e o suporte social são importantes para a sobrevivência do individuo.

### ***Fatores de risco e de proteção***

A maior parte das pessoas, em algum momento das suas vidas, poderá confrontar-se com algum tipo de situação adversa. No entanto, existem grupos que, por inerência das suas atividades e funções profissionais, estarão provavelmente mais sujeitos a este tipo de situações. Entre estes grupos incluem-se os militares, nomeadamente quando são destacados para missões combativas (Vaz Serra, 2003).

Hotopf et al., (2006), citado por Correia (2014), aponta fatores também relevantes que influenciam a PSPT e que mais especificamente estão relacionados com o TO e a zona de guerra: a intensidade e duração dos combates, apoio logístico e militar, característica das unidades, determinado tipo de stressores e riscos específicos, como por exemplo, o princípio do “não uso da força” e a exceção de legítima defesa, podem contribuir para a diferença entre os grupos e as missões.

Maia (2007), refere outros fatores que podem estar envolvidos no desenvolvimento da sintomatologia da TSPT: a natureza do evento traumático, a frequência e a intensidade das exposições, vulnerabilidades pessoais, a reação da pessoa face ao agente stressor, as estratégias de *coping*, a rede de apoio ou suporte social, variáveis de personalidade como a auto-estima, doença psiquiátrica prévia, componente genética, entre outros. Portanto estão presentes fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e, provavelmente, uma componente genética.

Porem, não podemos simplesmente concluir que todos os indivíduos que tenham passado por esses eventos desenvolvam o TSPT. O suporte social, a resiliência e esperança (Capital Psicológico) servem de estratégias para fazer face ao agente stressor.

Uma grande maioria da investigação citada sustenta que o trauma psicológico e o *stress* extremo, atingem um grande número de militares, especialmente aqueles que estiveram expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos, como no caso do Exército das Forças Armadas Angolas (FAA). Para além de caracterizar a incidência e prevalência do *stress* pós-traumático nesta população, pretendemos neste estudo saber mais sobre esses fatores de resiliência e esperança e analisar a sua correlação com o desenvolvimento dos sintomas do TSPT.

**Objetivo geral:** analisar e caracterizar o impacto dos eventos traumáticos nos efetivos do Exército Angolano, tendo em conta o *stress* pós-traumático e relacioná-lo com os níveis de resiliência, esperança (capital Psicológico) e suporte social.

**Objetivos específicos:**

- Caracterizar e avaliar a incidência e prevalência do Transtorno de Stress Pós-Traumático (TSPT) nos efetivos do Exército angolano;
- Caracterizar o impacto dos eventos traumáticos nos efetivos do Exército Angolano
- Analisar a relação entre os níveis de resiliência e esperança com os níveis de Stress Pós-traumático;
- Analisar a relação entre o suporte social e os níveis de Stress Pós-traumático;
- Analisar a relação entre os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* e os níveis de TSPT.

## Hipóteses

H1: A Esperança tem uma relação negativa e significativa com os níveis de gravidade de sintomas de TSPT;

H2: A Resiliência tem um efeito negativo e significativo na variação dos níveis de gravidade de sintomas de TSPT;

H3: Os níveis percebidos de Suporte Social têm um efeito positivo e significativo nos níveis de Resiliência;

H4: Existem diferenças estatisticamente significativas nalgumas variáveis sociodemográficas (tempo de destacamento, já ter tido experiências traumáticas; ter formação e informação suficiente sobre a missão; ter tido apoio psicológico), em relação aos níveis de gravidade de sintomas de TSPT.

## Método

### Participantes

A nossa amostra é constituída por 185 Militares do Exército. O critério de inclusão foi a participação nas Operações Combativas durante o conflito armado em Angola num horizonte temporal de 1992 a 2002.

A média de idade dos participantes é de 50.57 anos, variando de um mínimo de 38 anos a um máximo de 64 anos, com um desvio padrão de 6.538. Em relação ao "Tempo de Serviço", a média é de 29.86 anos, variando de 15 a 45 anos, com um desvio padrão de 6.818. Relativamente ao "Sexo", apenas 2 das observações pertencem ao Feminino, representando 1.1% da amostra, enquanto o Masculino domina a amostra, representando 98.9% do total (Tabela 1). No que se refere ao estado civil dos participantes, a maioria dos participantes (80.0%) identificou-se como solteiro/a, seguidos por 16.2% que eram casados/as ou viviam em união de facto. Uma percentagem mais reduzida relatou ser divorciado/a ou separado/a (0.5%), e 2 participantes (1.1%) indicou ser viúvo/a. 4 participantes (2.2%) não responderam.

Tabela 1 – Estatística Descritiva de Sexo, Idade e Tempo de Serviço

	N	(%)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Sexo	2	1.1	-	-	-	-

(Feminino)						
Sexo (Masculino)	183	98.9	-	-	-	-
Idade	185	-	38	64	50.68	6.538
Tempo de Serviço	185	-	15	45	29.86	6.818

Na análise da distribuição das diferentes categorias de "Patente" nas Forças Armadas, os dados revelaram a divisão "Praças" como a categoria mais proeminente, representando 34,6% do total, seguidas de "Sargentos" com 34,1%. Os "Oficiais subalternos" representaram 19,5% da distribuição, enquanto os "Oficiais capitães" e os "Oficiais superiores" constituíram 6,5% e 5,4%, respectivamente. E na análise da "Unidade", as principais incluem "UDFM" com 40.0% das respostas, seguida de "UITS Beng" com 24.9% e "CADF" com 16.8%. No entanto, é importante notar que houve outras 20 unidades mencionadas, cada uma com menos de 4 respostas. Para simplificar a apresentação dos dados e agrupar essas unidades com baixa representação, criamos uma categoria chamada "Outros," que abrange todas as 20 unidades com percentagens menores. A categoria "Outros" representa 18.4% das respostas totais.

A totalidade dos participantes nesta amostra já participou em conflitos armados, o que equivale a 100% de participação militar no grupo estudado. Dentre esses participantes, 139 (75.1%) estiveram envolvidos em "Conflito armado pós-eleitoral," 45 (24.3%) participaram da "Guerra de guerrilha contra a FLEC," 55 (29.7%) desempenharam papéis em "missões externas," e 31 (16.8%) estiveram envolvidos em "missões especiais." Entre as respostas, 71 (38.4%) dos participantes optaram por duas situações, 6 (3.2%) optaram por três delas e 2 participantes (1.1%) relataram envolvimento em todas as opções disponíveis.

Entre os participantes, 19 (10.3%) relataram ter estado destacados em operações combativas por menos de 3 anos, enquanto 28 (15.1%) indicaram ter servido por mais de 3 anos nesse contexto. Além disso, 33 participantes (17.8%) destacaram-se por mais de cinco anos em operações de combate, e a maioria expressiva, 101 participantes (54.6%), relataram ter servido por mais de 10 anos em operações combativas.

Em relação à pergunta "No decorrer das operações combativas, que incidente mais lhe marcou?", cerca de 63.8% dos participantes relataram que "Assistir à morte e a ferimentos graves de um(a) colega" foi o incidente que mais os marcou. Enquanto 29.2% mencionaram

"Confronto corpo a corpo com o inimigo" como a experiência mais impactante. Além disso, aproximadamente 44.9% destacaram "A morte e sofrimento da população civil" como um evento marcante, e 43.8% mencionaram "Matar para não ser morto" como o incidente mais significativo. 24.3% dos participantes optaram por duas das opções fornecidas, 17.3% escolheram três opções, e 8.1% selecionaram todas as quatro opções.

Na questão "Como se sentiu durante as operações combativas em pleno campo de batalha?" 48 participante (25.9%) descreveu sentir-se "Muito exposto(a) e inseguro(a)" e 46 participantes (24.9%) relataram ter vivenciado um intenso medo de morrer. Por outro lado, a maioria expressiva, compreendendo 107 participantes (57.8%), indicaram sentir-se "Muito seguros(a) e motivados(a)". Além disso, 22 participantes (11.9%) mencionaram experimentar um "Sentimento de culpa" durante as operações de combate. 40 participantes (21.6%) optaram por selecionar duas das opções referidas.

Quando questionados sobre a presença de problemas psicológicos ou emocionais na véspera do início das missões combativas, 54 participantes (29.2%) responderam afirmativamente. Dentre esses, 13 (7.0%) mencionaram que enfrentaram "Depressão"; 15 participantes (8.1%) relataram ter experienciado "Stress aguda"; Outros 16 participantes (8.6%) indicaram ter vivenciado "Luto patológico (mais de um ano)."; e 18 participantes (9.7%) mencionaram ter passado por "Separação ou divórcio" como um desafio emocional na véspera do cumprimento das missões. 4 participantes (2.2%) escolheram duas das opções fornecidas para descrever seus problemas psicológicos ou emocionais, e 2 participantes (1.1%) selecionaram três das opções.

Em relação à pergunta "Já antes tinha passado por eventos traumáticos (acidente, morte de ente querido, assalto, guerra, etc)?", um total de 130 participantes (70.3%) relatou ter passado por eventos traumáticos nas suas vidas. 70 participantes (37.8%) responderam que "Assistiram à morte ou ferimento grave de um familiar ou amigo."; 52 participantes (28.1%) mencionaram ter fugido de uma zona de guerra como população civil; outros 54 participantes (29.2%) relataram ter "Assistido ou sido vítimas de assalto à mão armada."; 27 participantes (14.6%) presenciaram ou viveram episódios de violência doméstica; e 3 participantes (1.6%) mencionaram ter passado por um "acidente de viação.". 25 participantes (13.5%) optaram por selecionar duas das opções fornecidas, 11 participantes (5.9%) escolheram três opções e 9 participantes (4.9%) indicaram ter experienciado quatro das opções.

Uma maioria significativa de 156 participantes (84.3%) respondeu afirmativamente à pergunta sobre se acreditavam ter recebido formação e informação suficiente para o cumprimento da missão de combate. Em relação à questão sobre o apoio e acompanhamento

psicológico após o término da missão combativa, 84 participantes (45.4%) responderam afirmativamente. Além disso, 146 participantes (78.9%) afirmaram ter tido uma boa receção e reenquadramento familiar após o seu regresso da missão combativa.

Um total de 138 participantes (74.6%) respondeu afirmativamente à pergunta sobre se adquiriram alguma lesão ou deficiência nas Missões Combativas. Especificamente, 40 participantes (21.7%) mencionaram ter sofrido uma "Perda dos membros superiores ou inferiores; 35 participantes (18.9%) relataram "Problemas auditivos,"; 44 participantes (23.8%) mencionaram "Problemas de visão" como as lesões ou deficiências adquiridas; e 41 participantes (22.2%) referiram "Outros". 15 participantes (8.1%) escolheram duas das opções mencionadas para descrever suas lesões ou deficiências, e 3 participantes (1.6%) selecionaram três opções.

## **Instrumentos**

A recolha de dados foi feita através dos seguintes instrumentos:

O questionário sociodemográfico, que foi construído para auxiliar no presente estudo do Stress pós traumático de guerra, integrou questões com vista à recolha de informação sobre as características sociodemográficas gerais (sexo, idade, estado civil e habilitações literárias) e militares (patente, unidade, função, tempo de serviço e situação militar), da amostra.

Primou-se por colocar algumas questões relacionadas com as características das missões, duração, incidentes marcantes na guerra, as motivações, dificuldades de adaptação pós-guerra e suporte recebido após regresso das missões.

Para avaliar os sintomas de TSPT utilizámos a Escala PCL - Versão Militar. O PCL é um instrumento desenvolvido por Weathers et al (1993), adaptada e validada para a população portuguesa por Gonçalves et al., (2006).

A Escala PCL-M foi validada por Bliese et al., (2008) e a versão portuguesa foi traduzida, adaptada e validada para a população militar por Carvalho et al. (2013), é um instrumento adequado para o rastreamento de sintomas de TSPT na população militar. apresentaram valores de alfa de Cronbach de .96 para os 17 itens, as respostas são pontuadas numa escala de likert de cinco itens: 1= “nada”, 2= “Um pouco”, “3= “Moderadamente”, “4= Bastante” e “5= Extremamente”., que permitem avaliar os sintomas fundamentais para o diagnóstico de TSPT, segundo a DSM-IV-TR (2002) e estão organizadas em três dimensões: re-experienciação (Grupo B, itens 1 a 5), com alfa de .90; evitamento/embotamento (Grupo C, itens 6 a 12) com um alfa de .89 e hiper-reatividade (Grupo D, itens 13 a 17) com alfa de .91.

Para avaliar o impacto dos eventos traumáticos utilizámos a *IES-R Impact of Event Scale –Revised*. Desenvolvida por Horowitz, et al. (1979) a escala foi revista para incluir itens que avaliassem o domínio da hiperativação. Foi feita a versão Portuguesa para adolescentes (Cunha et al., 2011) constituída por 22 itens, que avaliam os sintomas traumáticos e distribuída por três dimensões: intrusão (8 itens; (e.g.,*Sonhei com isso*); evitamento (8 itens; e.g.,*Tentei não falar sobre isso*);e ativação fisiológica (6 itens), que avalia sono, irritabilidade, concentração hipervigilância (e.g., *Sentia-me irritável e zangado*). contemplam os critérios de avaliação de transtorno do estresse pós-traumático publicados no DSM-IV 1. O escore para cada questão varia de 0 a 4 pontos e o cálculo do escore de cada subescala é obtido por meio da média dos itens que compõem as subescalas evitação, intrusão e hiperestimulação, desconsiderando as questões não respondidas. O escore total é a soma dos escores das subescalas tendo sido encontrados valores elevados de consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach entre 0,87 e 0,92 para a subescala Intrusão, 0,84 e 0,85 para a subescala Evitamento e 0,79 e 0,90 para a subescala Hiperativação (Weiss & Marmar, 1997).

Para avaliar perturbações de ansiedade, depressão e stress utilizámos a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Pais-Ribeiro, et al., 2004) que pretende avaliar os sintomas associados à ansiedade, depressão e stresse em jovens adultos e adultos portugueses. É constituída por 21 itens, agrupados em três subescalas. Neste estudo foi utilizada a versão reduzida da Escala de Depressão, Ansiedade e stress (DASS-21), cujos itens encontram-se divididos em três fatores (Itens Depressão: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; Ansiedade: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; Estresse: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). A escala de resposta aos itens é do tipo Likert de quatro pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo).

Todos os itens são avaliados através de uma escala de resposta de tipo Likert, de 4 pontos, que reenviam para a severidade e frequência dos sintomas experimentados. Relativamente à consistência interna, os resultados obtidos por Pais-Ribeiro et al. (2004) demonstram alfas de Cronbach elevados para as três subescalas (ansiedade = 0,74; depressão = 0,85; stresse = 0,81).

Para avaliar o suporte social utilizámos a Escala Suporte Social (MDSS). A escala é constituída por 19 itens que avaliam o suporte social em cinco factores: disponibilidade da família e amigos, satisfação com o suporte das figuras de autoridade, disponibilidade das figuras de autoridade, satisfação com o suporte dos pares sociais, disponibilidade dos pares sociais que reflectiram fontes de suporte social (família e amigos próximos, pares sociais em

idênticas situações e figuras de autoridade). A MDSS possui uma escala de frequência de Likert de 4 pontos, que varia entre 1 (nunca) e 4 (habitualmente/sempre) e uma escala de satisfação de 3 pontos, que varia entre 1 (com mais frequência), 2 (com menos frequência) e 3 (está bem assim). A MDSS revelou possuir boas qualidades psicométricas e elevada consistência interna com alfa Cronbach a variar entre 0.81 e 0.90. Ao nível da sua validade, a correlação com medidas de bem-estar psicológico (auto-estima, humor depressivo, perturbação) foi estatisticamente significativa e no sentido esperado (Winefield et al., 1992).

Para avaliarmos o capital psicológico utilizámos a escala OREA (Auto-Estima, Resiliência, Confiança e Esperança). A OREA é uma escala composta por 12 itens, apresentados numa escala de 4 pontos “1-discordo totalmente, 2-discordo um pouco, 3-concordo um pouco e 4-concordo totalmente”. Foi desenvolvida em Espanha por Meseguer et al., (2017), num estudo com o objetivo de projetar uma medida de capital psicológico em trabalhadores espanhóis. É uma medida que contém as quatro dimensões do capital psicológico a partir de itens das escalas adaptadas ao contexto. Segundo Meseguer et al., (2017), Os coeficientes alfa de Cronbach para auto estima é .73; Resiliência é .75; Esperança, .89; e autoeficácia .82. As correlações entre os quatro componentes do capital psicológico indicam que eles estão positivamente e significativamente associados entre si, reforçando a ideia de que fazem parte do mesmo constructo. A adaptação portuguesa está em validação por Viseu et al., (in press).

Para avaliarmos a Resiliência utilizámos a Escala de Resiliência “ER”. A "*The Resilience Scale*, na sua versão original, procura medir níveis de adaptação psicossocial positiva em situações e eventos de vida adversos através de 25 itens descritos de forma positiva com respostas tipo Likert, numa escala ordinal desde 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os valores totais são obtidos por somatório dos valores das respostas obtidas e podem variar entre 25 a 175, em que valores altos equivalem a elevada resiliência. Porém, nesta versão adaptada de 23 itens em análise, os escores variam entre 25 e 161, em que valores altos equivalem a elevada resiliência. Essa escala permite identificar o grau de resiliência individual enquanto característica positiva da personalidade e promotora da adaptação. Inicialmente as autoras encontraram 5 constituintes da resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência. No entanto as autoras encontraram ambiguidades na interpretação para 5,4 e 3 fatores, ou seja, encontraram afinidades entre fatores, diminuindo-se os 5 fatores iniciais para dois fatores. Ambos os fatores refletem a base teórica subjacente à resiliência contribuindo para a validade do constructo.

## **Procedimento**

O presente estudo foi realizado com autorização formal do Ministério da Defesa Nacional – Estado Maior General das Forças Armadas e do Comando do Exército. A pesquisa foi desenvolvida em Angola, em quatro Unidades Militares do Exército, sedeadas em três províncias (Luanda, Bengo e Benguela) e delimitada num espaço temporal de Maio a Junho de 2023, durante o qual, foi feito um estudo transversal, aplicamos as escalas supra citadas presencialmente. Optámos por este procedimento de aplicação presencial pelo facto de que algumas Unidades ainda apresentarem escassez de meios tecnológicos assim como dificuldades no acesso a internet. A recolha de dados foi feita após assinatura do consentimento informado de acordo com a Declaração de Helsínquia.

## **Análise dos dados.**

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados, e a análise estatística foi efectuada com o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28.0 para Windows e a IBM. A análise estatística e exploratória dos dados envolveu estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas, percentagens, médias e desvios-padrão), análise de correlação, testes de regressão linear simples e teste Mann-Whitney. Os dados foram processados com auxílio do programa estatístico e submetidos a um valor de significância de 0,05.

## **Resultados**

Tendo em conta o nosso objetivo de caracterizar e avaliar a incidência e prevalência do Transtorno de Stress Pós-Traumático (TSPT) nos efetivos do Exército angolano analisámos os resultados obtidos na escala PCL-M.

Assim, em relação à escala PCL-M a média da pontuação na amostra foi de 32.06, com um desvio padrão de 11.265 (Tabela 4). Esta escala permite pontuações que variam entre 17 e 85, com um valor de 50 sugerindo a presença de gravidade suficiente para o diagnóstico de TSPT (Carvalho et al., 2015); National Center for TSPT, 1993; Regadas, 2009). Constatou-se que 15 participantes, correspondendo a 8.1% da amostra, apresentaram uma pontuação total igual ou superior a 50, indicando a possibilidade de diagnóstico de TSPT. (Tabela 2)

Em relação às respectivas dimensões da escala os valores obtidos foram os seguintes: "PCL\_B Reexperiência Intrusiva" média de 10.38 com um desvio padrão de 4.223; "PCL\_C Evitamento Embotamento" média de 12.65 e um desvio padrão de 5.046; e "PCL\_D

Hiperactivação" tem uma média de 9.03 e um desvio padrão de 3.743 (Tabela 4). 26 participantes (14.1%) atenderam aos critérios para o diagnóstico de TSPT do DSM-IV. Estes critérios exigem a presença de pelo menos um sintoma do critério B (reexperiência), pelo menos três sintomas do critério C (evitamento e embotamento) e pelo menos dois sintomas do critério D (hiper ativação ou excitabilidade aumentada) (Tabela 2).

A combinação dos dois métodos de cotação revelou que 10 participantes, equivalendo a 5.4% da amostra, apresentaram gravidade suficiente e o padrão de sintomas necessário para atender ao diagnóstico de TSPT de acordo com os critérios DSM-IV (Tabela 2).

Quanto ao tempo de surgimento dos sintomas após o acontecimento traumático, 47% dos participantes relataram que os sintomas apareceram nos primeiros seis meses, enquanto 53% afirmaram que surgiram após seis meses ou mais. Em relação à duração dos sintomas após o evento traumático, 24.9% experienciaram sintomas por menos de um mês, 24.3% por menos de três meses e 50.8% relataram sintomas persistindo por três meses ou mais.

Além disso, a análise da consistência interna das dimensões da escala, representadas pelos critérios B, C e D, e dos itens todos da escala demonstrou níveis razoáveis de confiabilidade interna, com coeficientes alfa de Cronbach de 0.828, 0.778, 0.743 e 0.894 respectivamente (Tabela 8).

Tabela 2 - Distribuição de Frequência por Método de Cotação da Escala PCL-M

	N	Porcentagem
PCL Score $\geq 50$	15	8.1
PCL Critério DSM	26	14.1
Combinação dos 2 Métodos	10	5.4

Para o nosso objetivo de caracterizar o impacto dos eventos traumáticos nos efetivos do Exército Angolano analisámos os resultados da EIS-R. Assim, no presente estudo o valor médio total da EIS-R foi de 21.35 (Desvio Padrão = 14.250). Neste contexto, a pontuação sugere uma presença moderada de sintomas pós-traumáticos. A análise das três subescalas revela que as médias de Evitamento, Intrusão e Hiperativação também se situam em patamares moderados, apresentando os seguintes valores: A subescala de Evitamento com uma média de 0.95 e um desvio padrão de 0.724; e subescala de Intrusão, a média atingiu 1.05, acompanhada

de um desvio padrão de 0.700. No que diz respeito à subescala de Hiperativação, registou-se uma média de 0.93, com um desvio padrão de 0.722 (Tabela 4).

A confiabilidade interna das subescalas foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. A subescala de Evitamento teve um coeficiente alfa de 0.846, a subescala de Intrusão apresentou um coeficiente alfa de 0.822 e a subescala de Hiperativação obteve um coeficiente alfa de 0.772. A análise de todas as questões da escala resultou em um coeficiente alfa de 0.929. Todas as dimensões da escala e a escala total, demonstraram alta consistência interna (Tabela 4).

Analísamos também a relação entre as dimensões da EIS-R e da PCL-M para avaliar a validade convergente da escala PCL-M. As três dimensões da EIS-R correlacionaram-se positivamente e significativamente com as três dimensões da PCL-M, como esperado ( $p \leq .01$ ). O que sugere que as duas escalas medem construtos semelhantes (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlações entre as Dimensões da EIS-R e da PCL-M

	PCL_B Reexperiência Intrusiva	PCL_C Evitamento Embotamento	PCL_D Hiperativação
Evitamento_EIS	0.550**	0.508**	0.589**
Intrusão_EIS	0.705**	0.592**	0.646**
Hiperativação_EIS	0.659**	0.591**	0.620**

\*\* Correlação significativa a nível de 0.01 (bilateral).

Para analisar os sintomas de ansiedade, depressão e *stress*, analisámos a escala DASS 21 e verificámos que as pontuações para cada dimensão variaram de 0 a 21, com pontuações mais elevadas indicando estados afetivos mais negativos. A média e o desvio padrão para cada dimensão foram os seguintes: A média da dimensão Depressão para a amostra total foi de 5.88, com um desvio padrão de 4.667. A média da dimensão Ansiedade foi de 5.08, com um desvio padrão de 4.339. Já a média da dimensão *Stress* foi de 5.64, com um desvio padrão de 4.462. Além disso, a análise de confiabilidade para cada dimensão e para o total da escala, demonstrou boa consistência interna: A dimensão Depressão apresentou um coeficiente alfa de 0.819, a dimensão Ansiedade obteve um alfa de 0.814, a dimensão *Stress* atingiu um alfa de 0.836 e o total de itens da escala um alfa de 0.929 (Tabela 4).

No que diz respeito ao subgrupo de 10 participantes que atenderam aos critérios de gravidade e padrão de sintomas necessários para o diagnóstico de TSPT de acordo com os critérios DSM-IV, as médias das dimensões foram mais elevadas. A média da dimensão Depressão nesse subgrupo foi de 12.10, com um desvio padrão de 4.954. Na dimensão Ansiedade, a média foi de 9.30, com um desvio padrão de 3.498. Quanto à dimensão Stress, a média foi de 12.70, com um desvio padrão de 5.870 (Tabela 10). Esses resultados sugerem que o grupo com gravidade suficiente para o diagnóstico de TSPT apresenta níveis consideravelmente mais elevados de Depressão, Ansiedade e *Stress* em comparação com a amostra total (Tabela 4).

Analisámos o suporte social através da escala MDSS (Multidimensional Scale of Social Support), as médias da importância de diferentes fontes foram de 8.42 (Desvio Padrão = 1.971) para Família/Amigos Próximos, 8.49 (Desvio Padrão = 1.673) para Pares Sociais e 8.39 (Desvio Padrão = 1.629) para Figuras de Autoridade. Como as respostas variam de 0 (não importante) a 10 (muito importante), os resultados indicam que todas as fontes são consideradas significativas pelos participantes.

Em relação às dimensões da escala, os resultados indicam que, em média, os participantes percebem níveis moderados de suporte social em todas as dimensões avaliadas, com uma média de 2.35 (Desvio Padrão = 0.565) para "Suporte Percebido de Família e Amigos", 2.47 (Desvio Padrão = 0.460) para "Suporte Percebido de Pares Sociais", e 2.43 (Desvio Padrão = 0.488) para "Suporte Percebido de Figuras de Autoridade". A dimensão de "Suporte Percebido de Pares Sociais" apresenta uma pontuação média ligeiramente superior em comparação com as outras duas dimensões. No total, o suporte social percebido teve uma média de 45.65, com um desvio padrão de 6.911 (Tabela 4). Considerando que a escala varia de 19 a 76, onde valores mais elevados indicariam maior suporte social percebido, os resultados sugerem que os participantes percebem um nível moderado de suporte social.

Em relação à consistência interna da escala, os valores de alfa de Cronbach obtidos foram: 0.782 para o suporte percebido da família e amigos, 0.645 para o suporte percebido dos pares sociais, e 0.697 para o suporte percebido das figuras de autoridade. O alfa total para o suporte social percebido foi de 0.784. Estes valores sugerem uma boa consistência interna da escala (Tabela 4).

No subgrupo de 10 participantes que apresentaram gravidade suficiente para o diagnóstico de TSPT, as médias da importância de diferentes fontes e as dimensões da escala foram ligeiramente inferiores às da amostra total. A média da importância atribuída à família e amigos próximos foi de 7.80 (Desvio Padrão = 1.814), para os pares sociais foi de 8.40 (Desvio

Padrão = 1.578) e para as figuras de autoridade foi de 7.90 (Desvio Padrão = 1.663). Em relação às dimensões da escala, a média do “Suporte Percebido de Família e Amigos” foi de 2.24 (Desvio Padrão = 0.363), do “Suporte Percebido de Pares Sociais” foi de 2.40 (Desvio Padrão = 0.387) e do “Suporte Percebido de Figuras de Autoridade” foi de 2.18 (Desvio Padrão = 0.535). No total, o suporte social percebido teve uma média ligeiramente inferior à da amostra total, com um valor de 43.00 (Desvio Padrão = 5.312). Estes resultados sugerem que os participantes deste subgrupo percebem um nível ligeiramente inferior de suporte social e atribuem uma importância ligeiramente inferior às diferentes fontes de suporte, em comparação com a amostra total (Tabela 4).

Em relação à medida de "Capital Psicológico" da escala OREA, os resultados demonstram que, em média, os participantes apresentaram um capital psicológico total de 38.81, com um desvio padrão de 8.268 (Tabela 4). Sendo que o valor total da escala pode variar de 4 a 48, em que valores mais elevados correspondem a níveis superiores de capital psicológico, os resultados sugerem um nível moderado desse recurso psicológico na amostra. Além disso, as análises das dimensões específicas do capital psicológico revelam que a média da dimensão Resiliência foi de 9.54, com um desvio padrão de 2.310; na dimensão Esperança foi de 10.04, com um desvio padrão de 2.182; em relação ao Otimismo, a média foi de 9.75, com um desvio padrão de 2.40; e na dimensão Autoeficácia apresentou uma média de 9.48, com um desvio padrão de 2.338 (Tabela 4).

Em relação à consistência interna do instrumento, o total de todos os itens da escala demonstrou uma alta confiabilidade, com um coeficiente de Cronbach's Alpha de .921. As dimensões específicas, como Resiliência, Esperança, Autoeficácia e Otimismo, também apresentaram bons níveis de consistência interna, com coeficientes de Cronbach's Alpha variando entre .674 e .819 (Tabela 4).

Em relação ao subgrupo de 10 participantes que apresentaram gravidade suficiente para o diagnóstico de TSPT, observa-se que as médias nas dimensões do "Capital Psicológico" (OREA) e na escala total foram geralmente mais baixas em comparação com a amostra total. Para a Resiliência, a média foi de 8.90, com um desvio padrão de 1.730. Para a Esperança, a média foi de 9.50, com um desvio padrão de 1.650. Para o Otimismo, a média foi de 9.70, com um desvio padrão de 2.452. Para a Autoeficácia, a média foi de 7.50, com um desvio padrão de 2.224. No que diz respeito ao valor total da escala, a média foi de 35.60, com um desvio padrão de 7.137. Esses valores sugerem que, neste subgrupo com gravidade suficiente para o diagnóstico de TSPT e, houve uma tendência de pontuações médias mais baixas nas diferentes dimensões do capital psicológico, em comparação com a amostra total (Tabela 4).

Analisámos ainda a Resiliência através da escala ER. Nesta escala e na amostra analisada, a média da Resiliência foi de 126.99 com um desvio padrão de 26.884 (Tabela 4). Sendo que os valores podem variar entre 25 a 161, em que valores altos equivalem a elevada resiliência. Os resultados sugerem que os participantes da pesquisa apresentam um nível moderado a altos de resiliência.

Em relação à consistência interna da escala, o valor do alfa de Cronbach obtido foi de .959, o que indica uma excelente consistência interna (Tabela 4).

No subgrupo de 10 participantes que apresentaram gravidade suficiente para o diagnóstico de TSPT, a média da Resiliência foi de 101.80 com um desvio padrão de 24.814. Este valor é inferior à média da amostra total, sugerindo que os participantes deste subgrupo apresentam um nível de resiliência mais baixo (Tabela 4).

Tabela 4 – Estatística Descritiva e Fiabilidade das Escalas e diferentes Dimensões

Variável	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão) Subgrupo10	Alfa de Cronbach
PCL_B	10.38 (4.223)	17.80 (2.700)	.828
PCL_C	12.65 (5.046)	25.30 (3.889)	.778
PCL_D	9.03 (3.743)	15.50 (3.028)	.743
PCL_Total	32.06 (11.265)	58.60 (6.931)	.894
Evitamento_EIS	.95 (.724)	1.93 (.838)	.846
Intrusao_EIS	1.05 (.700)	1.93 (.679)	.822
Hiperactivação_EIS	.93 (.722)	1.88 (.721)	.772
TotalEIS	21.35 (14.250)	41.70 (14.522)	.929
Depressao	5.88 (4.667)	12.10 (4.954)	.819
Ansiedade	5.08 (4.339)	9.30 (3.498)	.814
Stress	5.64 (4.462)	12.70 (5.870)	.836
DASS21	16.60 (12.436)	34.10 (13.076)	.929
SuporteFamilia	2.35 (.565)	2.24 (.363)	.782
SuportePares	2.47 (.460)	2.40 (.387)	.645

SuporteAutoridade	2.43 (.488)	2.18 (.535)	.697
SuporteTotal	45.65 (6.911)	43.00 (5.312)	.784
Orea	38.81 (8.268)	35.60 (7.137)	.921
ResiliênciaOrea	9.54 (2.310)	8.90 (1.73)	.674
EsperançaOrea	10.04 (2.182)	9.50 (1.65)	.755
OptimismoOrea	9.75 (2.40)	9.70 (2.452)	.819
AutoeficaciaOrea	9.48 (2.338)	7.50 (2.224)	.723
Resiliência	126.99 (26.884)	101.80(24.814)	.959

### Correlações entre as diferentes medidas do estudo

Para os objetivos de estudar as relações entre as variáveis verificamos o seguinte:

A variável PCL Total (sintomas de TSPT) apresenta correlações positivas e significativas com as variáveis Depressão ( $r = .509$ ,  $p < .01$ ), Ansiedade ( $r = .482$ ,  $p < .01$ ) e *Stress* ( $r = .578$ ,  $p < .01$ ), indicando uma associação positiva entre os sintomas de TSPT e os sintomas de depressão, ansiedade e stresse. Estes resultados indicam que na amostra analisada, quanto maior a presença de sintomas de TSPT, maiores os sintomas de depressão, ansiedade e stresse (Tabela 5).

O Suporte Social Percebido não apresenta correlações significativas com a PCL Total ( $r = -.024$ ,  $p > .05$ ), nem com as dimensões da escala DASS21, Depressão ( $r = -.009$ ,  $p > .05$ ), Ansiedade ( $r = .052$ ,  $p > .05$ ) ou *Stress* ( $r = .019$ ,  $p > .05$ ). Isso indica que, na amostra, não há associação significativa entre o suporte social percebido e os sintomas de TSPT, depressão, ansiedade ou *stress*. No entanto apresenta correlações positivas e significativas com três das quatro dimensões da OREA, Resiliência ( $r = .204$ ,  $p < .01$ ), Otimismo ( $r = .183$ ,  $p < .05$ ) e Autoeficácia ( $r = .154$ ,  $p < .05$ ) (Tabela 5). Isso indica que, na amostra, à medida que o suporte social percebido aumenta, a resiliência, o otimismo e a autoeficácia também aumentam.

Em relação às dimensões da escala de Capital Psicológico OREA, a Resiliência não apresenta correlações significativas com *Stress* ( $r = -.006$ ,  $p > .05$ ), Ansiedade ( $r = -.088$ ,  $p > .05$ ), Depressão ( $r = -.124$ ,  $p < .05$ ) ou PCL Total (sintomas de TSPT) ( $r = -.272$ ,  $p < .01$ ). A Esperança e o Otimismo estão correlacionadas negativamente apenas com a Depressão ( $r = -$

.147,  $p < .05$ ;  $r = -.161$ ,  $p < .05$ ; respectivamente), indicando que um maior nível de esperança e otimismo está associado a menos sintomas de depressão. A Autoeficácia apresenta correlações negativas significativas com a PCL Total ( $r = -.199$ ,  $p < .01$ ), Depressão ( $r = -.233$ ,  $p < .01$ ) e Stress ( $r = -.188$ ,  $p < .05$ ), sugerindo que maior autoeficácia está associada a níveis mais baixos de sintomas de TSPT, depressão e *stress*, mas não apresenta correlação significativa com a Ansiedade ( $r = -.060$ ,  $p > .05$ ) (Tabela 5).

Por último a medida de Resiliência da escala ER, está negativamente correlacionada com a PCL Total (sintomas de TSPT) ( $r = -.272$ ,  $p < .01$ ), Depressão ( $r = -.207$ ,  $p < .05$ ), Ansiedade ( $r = -.129$ ,  $p < .05$ ) e *Stress* ( $r = -.165$ ,  $p < .05$ ), indicando que, na amostra, níveis mais elevados de resiliência, estão associados a menos sintomas de TSPT e menos sofrimento psicológico. Além disso, Resiliência apresenta uma correlação positiva e significativa com o Suporte Social Percebido ( $r = .155$ ,  $p < .05$ ), o que sugere que pessoas com maior resiliência percebem e experimentam mais apoio social (Tabela 5).

Relativamente às nossas hipóteses na Hipótese 1 propusemos que a Esperança tem uma relação negativa e significativa com os níveis de gravidade de sintomas de TSPT; Atraves do teste de correlação de Pearson, os resultados indicam que a relação entre as duas variáveis não foi significativa, não podemos rejeitar a hipótese nula, indicando que a variação dos níveis de gravidade não estão estatisticamente e significativamente relacionados a variação dos valores de Esperança ( $r = -.071$ ,  $p > .05$ ) (Tabela 5).

Tabela 5 – Estatística Descritiva e Fiabilidade das Escalas e diferentes Dimensões

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	.509**	-							
3	.482**	.725**	-						
4	.578**	.820**	.791**	-					
5	-.024	-.009	.052	.019	-				
6	-.124	-.088	-.006	-.068	.204**	-			
7	-.071	-.147*	-.043	-.132	.141	.706**	-		
8	-.137	-.161*	-.068	-.105	.183*	.755**	.761**	-	
9	-.199**	-.233**	-.060	-.188*	.154*	.723**	.725**	.743**	-
10	-.272**	-.207**	-.129	-.165*	.155*	.643**	.688**	.744**	.676**

1: PCL\_Total

2: Depressão

3: Ansiedade

4: *Stress*

5: Suporte\_PercebidoTotal

6: ResiliênciaOrea

7: EsperançaOrea

8: OptimismoOrea

9: AutoeficáciaOrea

10: ResiliênciaER

\*\*Correlação significativa a nível de 0.01 (bilateral)

\* Correlação significativa a nível de 0.05 (bilateral)

## Hipótese 2

Na hipótese 2, propusemos que os níveis de gravidade de sintomas de TSPT dependeriam dos níveis de Resiliência. Os resultados do teste ao modelo de regressão linear, onde a variável dependente foi os níveis de gravidade de sintomas de TSPT e a preditora do modelo a Resiliencia, demonstram que o modelo é estatisticamente significativo [ $F_{(1,183)} = 14.595, p < .01$ ], o que permite rejeitar a hipótese nula, confirmando a hipótese alternativa, ou seja, a Resiliência tem um efeito negativo dos níveis de gravidade de sintomas de TSPT ( $B = -.114, t = -3.820, p < .01$ , indicado que à medida que os valores de resiliência aumentam, diminuem os níveis de gravidade de sintomas de TSPT. O valor esperado dos níveis de gravidade de sintomas de TSPT será de 46.527 para níveis de Resiliência = 0, e é significativamente diferente de zero ( $t = 12.025, p < .01$ ). No entanto, a variação dos níveis de Resiliência apenas explicam 7% da variação dos níveis de gravidade de sintomas de TSPT ( $R^2 = .074$ ).

## Hipótese 3

Na hipótese 3, propusemos que os níveis de Resiliência dependeriam dos níveis percebidos de Suporte Social. Os resultados do teste ao modelo de regressão linear demonstram que o modelo é estatisticamente significativo [ $F_{(1,183)} = 4.494, p \leq .05$ ], o que permite rejeitar a hipótese nula, confirmando a hipótese alternativa, ou seja, o nível percebido de Suporte Social tem um efeito positivo nos níveis de Resiliência ( $B = .602, t = 2.120, p \leq .05$ ), indicado que à medida que os valores de Suporte Social Percebido aumentam, os níveis

de Resiliência também aumentam. O valor de Resiliência será de 99.495 para níveis de Suporte Social Percebido = 0, e é significativamente diferente de zero ( $t = 7.585$ ,  $p < .01$ ). O modelo ainda indica que, a variação dos níveis de Suporte Social Percebido explicam 2% da variação dos níveis de Resiliência ( $R^2 = .024$ ) (Tabela 6).

Tabela 6 – Resultados das Regressões do Modelo 1 e 2

Modelo	Sumário do Modelo		Anova		Coeficientes de Regressão			
	R	R2	df	F	B	Std. Error	t	
1	.272	.074	(1,183)	14.595**	Const.	46.527	3.869	12.025**
					V.I.	-.114	.030	-3.820**
2	.155	.024	(1,183)	4.494*	Const.	99.495	13.117	7.585**
					V.I.	.602	.284	2.120*

Modelo 1 – V.D.- Gravidade de Sintomas TSPT; Preditora (V.I.) – Resiliência;

Modelo 2 – V.D.- Resiliência; Preditora (V.I.) – Suporte Social Percebido.

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

#### Hipótese 4

Na Hipótese 4 propusemos que existem diferenças estatisticamente significativas nalgumas variáveis sociodemográficas (tempo de destacamento, já ter tido experiências traumáticas; ter formação e informação suficiente sobre a missão; ter tido apoio psicológico), em relação aos níveis de gravidade de sintomas de TSPT. Não tendo sido verificado as condições necessárias (normalidade e homogeneidade das variâncias) para a aplicação de testes paramétrico, optou-se pelo teste não paramétrico Mann-Whitney e constatou-se que apenas na questão sobre experiências anteriores (“Já antes tinha passado por eventos traumáticos - acidente, morte de ante querido, assalto, guerra, etc?) existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que responderam “sim” e os que responderam “não”, em relação aos níveis de gravidade de sintomas de TSPT ( $U(185) = 4794.50$ ,  $p \leq .01$ ). Sendo que os indivíduos que já tinham passado por um evento traumático apresentaram uma média superior de presença de sintomas de TSPT (Tabela 7).

Tabela 7- Descritivas de PCL por resposta à Questão 8 e valores do teste Mann-Whitney U

	Q8	N	Média	Desvio Padrão	Mann-Whitney U
PCL	Sim	130	33.45	1.679	4794.500**
	Nao	55	.918	1.679	

\*\* p < 0.01

### Discussão

Os resultados do presente estudo revelaram que 10 participantes, correspondendo a 5.4% da amostra, atenderam aos critérios de diagnóstico de Transtorno de *stress* Pós-Traumático (TSPT) de acordo com os critérios estabelecidos no DSM-IV. A prevalência identificada nesta pesquisa está dentro do intervalo observado em estudos anteriores, que variam de 1.4% a 31% (Sudin et al., 2009). Esta variação substancial na prevalência de TSPT entre diferentes estudos levanta questões intrigantes que merecem uma análise mais aprofundada.

A amplitude desse intervalo de prevalência de TSPT, conforme relatado por Sudin et al. (2009), sugere que fatores diversos podem influenciar a manifestação desse transtorno em diferentes contextos e populações. Uma análise abrangente da prevalência de PTSD em várias configurações e populações é crucial para compreender as variáveis que contribuem para essa variação.

Indo de acordo com os resultados do estudo de Sudin et al. (2009), outros estudos, como o de Wolfe et al. (1999), indicam que a prevalência de TSPT tende a aumentar ao longo do tempo após a exposição ao trauma. No estudo de Wolfe et al. (1999), os veteranos da Guerra do Golfo inicialmente apresentaram taxas baixas de TSPT, que aumentaram substancialmente ao longo dos anos. Os participantes que excederam o ponto de corte para o diagnóstico de TSPT imediatamente após a guerra eram até 20 vezes mais propensos a continuar a ultrapassar esse ponto de corte dois anos depois. Essa evolução no quadro clínico de TSPT destaca a importância da avaliação longitudinal e do acompanhamento de indivíduos expostos a eventos traumáticos, bem como a necessidade de intervenções apropriadas ao longo do tempo. No entanto, é relevante notar que, embora a alta prevalência de TSPT tenha sido observada em contextos militares, a eficácia do tratamento para este transtorno nessa população pode ser desafiadora, demonstrando-se muitas vezes ineficaz (Priebe, 2010). A complexidade do tratamento em contextos militares pode estar relacionada a uma série de fatores, incluindo o

estigma associado à procura de ajuda psicológica, a natureza única dos traumas militares e as demandas específicas de suas funções.

No estudo de Gilman et al. (2012), a esperança demonstrou desempenhar um papel significativo na redução dos sintomas de TSPT e depressão ao longo do tratamento, sugerindo que a esperança poderia ser um fator-chave para uma terapia eficaz. No entanto, os nossos resultados não corroboraram a Hipótese 1 deste estudo, que postulava que os níveis de prevalência de TSPT estariam relacionados aos níveis de esperança, uma vez que não encontramos uma relação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Os resultados de diversos outros estudos convergem com o estudo de Gilman et al. (2012) ao indicar uma relação negativa e estatisticamente significativa entre os níveis de esperança e a sintomatologia de TSPT (Zhang, et al., 2021; Koenig et al., 2019; Kasler et al., 2008; Liu et al., 2017; Irving et al., 1997; Muñoz et al., 2018). Por exemplo, Zhang et al. (2021) observaram que a esperança desempenhou um papel de mediação parcial na relação entre o stress percebido e os sintomas de TSPT. Além disso, Kasler et al. (2008) identificaram uma correlação negativa entre o senso de esperança e o TSPT, enquanto o apoio familiar se correlacionou positivamente com o transtorno. Esses resultados destacam a importância de considerar não apenas a esperança, mas também o contexto social e o apoio disponível para indivíduos que enfrentam o TSPT. No entanto, no nosso estudo o suporte social percebido não apresentou uma relação estatisticamente significativa com o TSPT. Estas discrepâncias encontradas de resultados poderão surgir que a existência de diferentes variáveis na relação entre estas variáveis e o TSPT, demonstrando a complexidade de compreender todas as influências na sintomatologia. Por outro lado, poderá ser um indício de uma inadequação dos instrumentos de medida para a população alvo.

Irving et al. (1997) sugerem que a esperança pode desempenhar um papel benéfico em veteranos em tratamento para TSPT relacionado a combates, destacando a importância de manter a esperança, mesmo diante de desafios significativos. Outros estudos, como o de Liu et al. (2017), apontam que a esperança e a resiliência podem atuar como mediadores parciais na relação entre o suporte social e os sintomas de TSPT. Essa complexa interação entre esperança, resiliência e suporte social ressalta a necessidade de uma abordagem holística na compreensão e no tratamento do TSPT.

No nosso estudo a resiliência também emergiu como uma variável preditora dos níveis de prevalência de sintomas TSPT, no sentido negativo, indo de encontro com os estudos anteriores mencionados que destacaram a importância da resiliência como um fator mitigante

dos sintomas de TSPT. Ao comparar estes resultados com aqueles encontrados em amostras de civis expostos a eventos traumáticos, foi observada uma convergência dos mesmos.

Pesquisas realizadas em populações civis expostas a traumas de guerra, como o estudo de Besser et al. (2015), apontam que a resiliência intrapessoal desempenha um papel significativo na redução dos sintomas de TSPT. Explicando que indivíduos com níveis mais elevados de resiliência intrapessoal relatam menos sintomas de TSPT em comparação com aqueles com níveis mais baixos, principalmente em regiões geográficas onde houve exposição a eventos traumáticos significativos, como ataques com foguetes e mísseis.

Além disso, estudos como o de Zwanziger et al. (2017) apontam que o conhecimento dos sintomas de TSPT e o acesso a recursos de suporte desempenham um papel importante no fortalecimento da resiliência. O aumento na capacidade de ser resiliente está associado a um maior entendimento dos sintomas de TSPT e à disponibilidade de recursos úteis. Dageid e Grønlie (2015) acrescentam que o acesso a recursos básicos, redes sociais de apoio e normas sociais positivas também contribuem para a resiliência em contextos de trauma. Esses resultados destacam a importância de fornecer informações e apoio adequados às pessoas que podem estar em risco de desenvolver TSPT, como parte de estratégias preventivas e como vários factores na capacidade de enfrentar eventos traumáticos e mitigar os efeitos negativos sobre a saúde mental. É possível compreender assim como a resiliência é uma área rica de exploração que pode proporcionar insights valiosos para melhorar a compreensão e o tratamento desse transtorno complexo.

Como referido anteriormente, Kasler et al. (2008) apresentam resultados contrários aos nossos, pois não encontramos uma relação significativa entre o suporte social percebido e a prevalência de TSPT. Vários outros estudos vão no mesmo sentido, por exemplo, a pesquisa de Johansen et al. (2020) destaca a importância do suporte social percebido na proteção contra o desenvolvimento de sintomas de TSPT após a exposição a um evento violento. A percepção de suporte social diminuído aumenta o risco de desenvolver sintomas de TSPT. Isso sugere que o suporte social percebido deve ser considerado como um fator relevante tanto para a recuperação natural a longo prazo quanto para o tratamento psiquiátrico em casos de TSPT.

De igual forma, Zalta et al. (2020) observaram que o suporte social é um preditor robusto dos sintomas de TSPT, e acrescentam que essa relação é moderada por fatores como o tipo de trauma, o tipo de suporte social e o status de veterano. A adaptação de estratégias de suporte social com base em fatores individuais pode ser uma abordagem eficaz nas intervenções. Mesmo na recuperação o suporte social tem um papel importante como demonstrado no estudo

de Dai et al. (2016), onde o suporte social esteve significativamente associado à recuperação de TSPT anterior, com ênfase na importância do apoio subjetivo e na utilização do suporte.

No entanto, os resultados do estudo de Pinto et al. (2017) sugerem que, em alguns casos, o suporte social por si só pode não ser suficiente para reduzir os sintomas de TSPT. O que levanta questões sobre a eficácia de programas que visam apenas melhorar o suporte social sem considerar outras intervenções terapêuticas.

Os resultados do presente estudo corroboraram a Hipótese 3, demonstrando que o suporte social exerce uma influência positiva nos níveis de resiliência. Essa constatação está alinhada com a pesquisa de Çiçek (2021), que também ressaltou a importância do suporte social e da conexão social no desenvolvimento da resiliência. Os resultados do presente estudo e as descobertas de Çiçek (2021) convergem para enfatizar o papel central do suporte social na promoção da resiliência. Além disso, outros estudos, como o de Roberts et al. (2017), destacam que o suporte social, em particular o apoio da comunidade, é um preditor significativo da resiliência. Isso sugere que o suporte social não apenas afeta a capacidade de enfrentar adversidades, mas também desempenha um papel vital na construção de resiliência em diferentes contextos.

A pesquisa de Dageid e Grønlie (2015) indica que a resiliência é influenciada por uma variedade de fatores, incluindo recursos básicos, confiança interpessoal, normas de reciprocidade e coesão social. Esses elementos contribuem para o desenvolvimento da resiliência e destacam a importância de considerar um espectro amplo de fatores sociais e econômicos no contexto da resiliência. Além disso, os resultados do estudo de Nitschke et al. (2020) enfatizam o papel das conexões sociais na promoção da resiliência, especialmente em momentos de adversidade. A pesquisa destaca como as relações sociais podem atuar como um amortecedor contra os impactos negativos na saúde física e mental, reforçando ainda mais a importância do suporte social na promoção da resiliência.

Assim os resultados do presente estudo, em conjunto com os referidos anteriormente fornecem uma visão abrangente da relação entre suporte social e resiliência e como fortalecer as conexões sociais e o apoio dentro das comunidades podem fazer parte de estratégias para promover a resiliência em indivíduos e grupos vulneráveis, particularmente em situações de desafio e adversidade.

Além das relações discutidas anteriormente, este estudo também revelou que indivíduos que já tinham vivenciado eventos traumáticos anteriores apresentaram uma média superior de sintomas de TSPT. Essa constatação aponta para a influência cumulativa de eventos

traumáticos na gravidade dos sintomas de TSPT. Estes resultados estão alinhados com as pesquisas de Scott (2007) e Ghazali et al. (2014), que também encontraram associações positivas entre a exposição a múltiplos eventos traumáticos ao longo da vida e a gravidade dos sintomas de TSPT. Scott (2007) indica que a exposição a múltiplas experiências traumáticas ao longo da vida está positivamente correlacionada com a severidade dos sintomas de TSPT. Essa pesquisa revelou que participantes clínicos que tinham vivenciado um maior número de traumas apresentavam uma taxa significativamente mais alta de TSPT em comparação com os participantes não clínicos. De maneira similar, Ghazali et al. (2014) também encontraram uma associação significativa entre o número de eventos traumáticos ao longo da vida e os sintomas de TSPT. A sua pesquisa demonstrou que a exposição repetida a eventos traumáticos estava fortemente relacionada com a gravidade dos sintomas de TSPT. Esses resultados sugerem que a acumulação de eventos traumáticos pode aumentar o risco de desenvolver sintomas de TSPT e que a história de trauma prévio deve ser considerada no contexto clínico.

Em resumo, este estudo oferece contribuições significativas para o entendimento do Transtorno de *stress* Pós-Traumático (TSPT), suas variáveis associadas e as complexas interações entre esperança, resiliência e suporte social. As discrepâncias encontradas em relação a outros estudos sublinham a necessidade de abordagens individualizadas no tratamento e na prevenção do TSPT. Pesquisas futuras devem continuar a explorar essas variáveis em diversos contextos clínicos e populacionais, visando aprimorar estratégias terapêuticas e preventivas que considerem a multifacetada natureza desse transtorno.

### **Limitações e direções futuras**

Para a realização do estudo tivemos algumas limitações. Algumas unidades militares não estão equipadas com meios tecnológicos, daí que a aplicação dos questionários foi mais difícil de executar dado ter sido presencial, e a dificuldade em aceder a algumas províncias foi notória. O tamanho da amostra também constitui uma limitação.

**Para estudos futuros** em virtude de se considerar que a prevenção se manifesta como um processo menos honoroso e mais eficaz, propomos que se façam os seguintes estudos:

- Estudos direcionados na vertente preventiva ao TSPT e suas comorbilidades;
- Estudos mais aprofundados sobre estratégias mentais no processo de restauração da resiliência face à traumatização de guerra e terapias utilizando um delineamento longitudinal;

- Que se façam investigações sobre viabilidades de processos de ajustamento psicológico, social e económico dos ex combatentes a sociedade civil (reformados e licenciados).

## **Conclusão**

O Transtorno de *Stress* Pós-Traumático (TSPT) é um transtorno da ansiedade resultante da confrontação com um agente stressor extremo, pois, tornamo-nos hoje espectadores de uma guerra que revive atitudes que pareciam ter sido apagadas do mapa humano. Todas as esferas do capital psicológico estão correlacionadas, oferecem uma série de vantagens, tanto no bem-estar pessoal quanto de desempenho em várias áreas da vida. Cultivar e fortalecer esses recursos psicológicos pode contribuir significativamente para uma vida mais saudável e bem-sucedida. É importante ressaltar que o TSPT é uma condição tratável, e o tratamento adequado pode ajudar o militar a controlar seus sintomas e melhorar sua qualidade de vida. As organizações militares têm implementado programas de prevenção, detecção e tratamento do TSPT para apoiar os seus membros. Reconhecer o TSPT como uma questão importante é fundamental para ajudar os militares a lidar com os desafios que essa condição pode apresentar.

O estudo atual remeteu-nos a uma investigação muito extensiva, porém, frutífera considerando os resultados obtidos. O nosso estudo demonstra que toda a mente é suscetível ao trauma e deu-nos a chance de poder diagnosticar a incidência do TSPT nos militares. No entanto, o impacto pode ser diferente em cada indivíduo dependendo do capital psicológico, factor de reincidência traumática e patologias comórbidas como o *stress*, depressão e ansiedade, que determinam a rápida ou lenta reestruturação do psiquismo. Estes factores contribuem positiva ou negativamente para o diagnóstico e prevalência do TSPT.

Concluindo, os resultados indicam que o Suporte Social Percebido está relacionado com os níveis de Resiliência, enquanto a Resiliência está associada aos níveis de gravidade dos sintomas de TSPT. Além disso, eventos traumáticos anteriores demonstraram ter um impacto significativo na gravidade dos sintomas de TSPT. Assim, no nosso estudo podemos concluir que o capital psicológico positivo diminui o agravamento dos sintomas do TSPT. Por outro lado, os níveis altos de ansiedade, depressão e stress, contribuem para o agravamento dos sintomas de TSPT. Estes dados poderão orientar e assegurar uma atuação prática no desenvolvimento de projetos e ações direcionadas para a resolução e prevenção do fenómeno em causa a nível das Forças Armadas de Angola. Para terminar a nossa conclusão e reflectir

sobre o impacto do fenómeno, podemos citar o autor Guerra Junqueiro “*Quando a arma que mata defende a vida e a liberdade de viver, os Santos choram, mas não acusam.*”

### **Referências Bibliográficas (Artigo Científico)**

- Besser, A., Weinberg, M., Zeigler-Hill, V., & Neria, Y. (2014). Acute symptoms of posttraumatic stress and dissociative experiences among female israeli civilians exposed to war: the roles of intrapersonal and interpersonal sources of resilience.. *Journal of clinical psychology*, 70 12, 1227-39 . <https://doi.org/10.1002/jclp.22083>.
- Besser, A., Zeigler-Hill, V., Weinberg, M., Pincus, A., & Neria, Y. (2015). Intrapersonal Resilience Moderates the Association Between Exposure-Severity and PTSD Symptoms Among Civilians Exposed to the 2014 Israel–Gaza Conflict. *Self and Identity*, 14, 1 - 15. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.966143>.
- Carvalho, T., Cunha, M & Pinto-Gouveia, J. (2015). *A Estrutura Latente da Versão Portuguesa da PTSD Checklist–Militar Version (PCL-M)* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal -Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal . <https://www.researchgate.net/publication/257655278>
- Çiçek, İ. (2021). Effect of Hope on Resilience in Adolescents: Social Support and Social Connectedness as Mediators. *Journal of Positive School Psychology*. <https://doi.org/10.47602/jpsp.v5i2.283>.
- Dageid, W., & Grønlie, A. (2015). Measuring Resilience And Its Association To Social Capital Among Hiv-Positive South Africans Living In A Context Of Adversity. *Journal of Community Psychology*, 43, 832-848. <https://doi.org/10.1002/JCOP.21710>.
- Dageid, W., & Grønlie, A. (2015). Measuring Resilience And Its Association To Social Capital Among Hiv-Positive South Africans Living In A Context Of Adversity. *Journal of Community Psychology*, 43, 832-848. <https://doi.org/10.1002/JCOP.21710>.
- Dai, W., Chen, L., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Kaminga, A., Li, Y., & Liu, A. (2016). Association between social support and recovery from post-traumatic stress disorder after flood: a 13–14 year follow-up study in Hunan, China. *BMC Public Health*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2871-x>.

- Dworkin, E., Ojalehto, H., Bedard-Gilligan, M., Cadigan, J., & Kaysen, D. (2018). Social support predicts reductions in PTSD symptoms when substances are not used to cope: A longitudinal study of sexual assault survivors. *Journal of affective disorders*, 229, 135-140 . <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.042>.
- Gilman, R., Schumm, J., & Chard, K. (2012). *Hope as a change mechanism in the treatment of posttraumatic stress disorder. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 270-277. <https://doi.org/10.1037/A0024252>.
- Horowitz, M. J. (1979), *Psychological response to serious life events*», in V. Horowitz, M. J.; Irving, L., Telfer, L., & Blake, D. (1997). *Hope, Coping, and Social Support in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Traumatic Stress*, 10, 465-479. <https://doi.org/10.1023/A:1024897406135>.
- Iversen, A., Fear, N., Ehlers, A., Hughes, J., Hull, L., Earnshaw, M, (2008). Risk factors of post-traumatic stress disorder among U.K armed forces personnel. *Psychological Medicine*. 38,511-522. <https://doi.org/10.1017/S0033291708002778>
- Muñoz, R., Pearson, L., Hellman, C., McIntosh, H., Khojasteh, J., & Fox, M. (2018). *Adverse Childhood Experiences and Posttraumatic Stress as an Antecedent of Anxiety and Lower Hope. Traumatology*, 24, 209–218. <https://doi.org/10.1037/trm0000149>.
- Johansen, V., Milde, A., Nilsen, R., Breivik, K., Nordanger, D., Stormark, K., & Weisæth, L. (2020). The Relationship Between Perceived Social Support and PTSD Symptoms After Exposure to Physical Assault: An 8 Years Longitudinal Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 37, NP7679 - NP7706. <https://doi.org/10.1177/0886260520970314>.
- Kasler, J., Dahan, J., & Elias, M. (2008). The relationship between sense of hope, family support and post-traumatic stress disorder among children: The case of young victims of rocket attacks in Israel. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 3, 182 - 191. <https://doi.org/10.1080/17450120802282876>.
- Koenig, H., Youssef, N., Smothers, Z., Oliver, J., Boucher, N., Ames, D., Volk, F., Teng, E., & Haynes, K. (2019). Hope, Religiosity, and Mental Health in U.S. Veterans and Active Duty Military with PTSD Symptoms. *Military medicine*. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz146>.
- Liu, C., Zhang, Y., Jiang, H., & Wu, H. (2017). Association between social support and post-traumatic stress disorder symptoms among Chinese patients with ovarian cancer: A

*multiple mediation model. PLoS ONE*,  
12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177055>.

- Maia, A. & Fernandes, E. (2003). *Epidemiologia da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e Avaliação da Resposta ao Trauma*. In Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção. Climepsi Editores
- Maia, A. (2007). *Factores preditores de PTSD e critérios de selecção em profissionais de actuação em crise*. In L. Sales (Coord.), *Psiquiatria da catástrofe*, 263-276. Almedina.
- Meseguer De Pedro, M., Sanshes M. I. S., Fernande – Valera, M. M. & Isquierdo M. G. (2017) *Validação Do Capital Psicologico Orea*. Faculdade De Psicologia Universidade De Murcia Espanha. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.3.238571>
- Monteiro, M. J. F. B. (2011) *Validação Da Escala De Impacto De Acontecimentos-Revista (Ies-R)*. Instituto Superior De Ciências De Saúde – Norte. Cooperativa De Ensino Superior Politécnico E Universitário, Crl (Cespu).
- Nelson, B.S. & Wright, D. W. (1996). Understanding and treating Post-Traumatic Stress Disorder symptoms in female partners of veterans with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22(4), 455–467. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1996.tb00220.x>
- Nitschke, J., Forbes, P., Ali, N., Cutler, J., Apps, M., Lockwood, P., & Lamm, C. (2020). Resilience during uncertainty? Greater social connectedness during COVID-19 lockdown is associated with reduced distress and fatigue. *British Journal of Health Psychology*, 26, 553 - 569. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12485>.
- Osório, C., & Maia, Â. (2010). As Consequências ao Nível da Saúde Psicológica da participação na Guerra. *Revista De Psicologia Militar*, 19, 279–304.
- Osório, C., Carvalho, C., Fertout, M., & Maia, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder and physical health complaints among Portuguese Army Special Operations Forces deployed in Afeghanistan. *Military Medicine*, 177, 957-962.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). *Contribuição Para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229–239.
- Pereira, M. G., & Ferreira, J. M. (2003). *Stress traumático – aspetos teóricos e intervencao*. 1ª edição. Climepsi editores.
- Pinto, R., Morgado, D., Reis, S., Monteiro, R., Levendosky, A., & Jongenelen, I. (2017). When social support is not enough: Trauma and PTSD symptoms in a risk-sample of adolescents. *Child abuse & neglect*, 72, 110-119 <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.017>.

- Priebe, S., Gavrilovic, J., Matanov, A., Frančišković, T., Knežević, G., Ljubotina, D., Mehmedbasić, A., & Schützwohl, M. (2010). Treatment outcomes and costs at specialized centers for the treatment of PTSD after the war in former Yugoslavia.. *Psychiatric services*, *61* (6), 598-604. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.6.598>.
- Regadas, D. M. A. (2009). *Experiências de Combate e a sua relação com a Sintomatologia associada à Perturbação Pós-Traumática em Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga.
- Roberts, C., Hunter, J., & Cheng, A. (2017). Resilience in Families of Children With Autism and Sleep Problems Using Mixed Methods. *Journal of Pediatric Nursing*, *37*, e2–e9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.08.030>.
- Serrão, C ; Castro L; Teixeira A; Rodrigues A R E Duarte I (2021) Contributos para a Validação da Versão Portuguesa da Escala de Resiliência. *Acta Med Portuguesa*;34(7-8):523-532 ▪ <https://doi.org/10.20344/amp.14657>
- Scott, S. (2007). Multiple Traumatic Experiences and the Development of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, *22*, 932 - 938. <https://doi.org/10.1177/0886260507301226>.
- Sundin, J., Fear, N., Iversen, A., Rona, R., & Wessely, S. (2009). PTSD after deployment to Iraq: conflicting rates, conflicting claims. *Psychological Medicine*, *40*, 367 - 382. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990791>.
- Van der Kolk, B., Weisaeth, L., van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. In: van der Kolk B, McFarlane A. C; Weisaeth L, eds. *Journal Traumatic stress*. New York: Guilford. DOI: [10.4236/ns.2013.52030](https://doi.org/10.4236/ns.2013.52030)
- Weisaeth, L., Aarhaug, P., Mehlum, L. & Larsen, S. (1993). The UNIFIL study, positive and negative consequences of service in UNIFIL contingents I-XXVI. Report part I, Results and recommendations. Oslo: Norwegian Defence Command Headquarters. The joint medical service. <https://psycnet.apa.org/record/2003-88224-012>
- Willians, C. M. (1980). *The veteran system. With a focus on women partners*: Theoretical considerations, problems and treatment strategies in. *Journal of Family Psychology*, *7*(1), 104–118. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.1.104>
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. & Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. In: Paper presented 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. October, 24-27. San Antonio.T.
- Weiss DS, Marmar C R (1997). *The Impact of Event Scale—Revised*. In: Wilson JP, Keane

- TM, editors*. Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners. (p. 399–411). Guilford Press;.
- Winefield, H., Winefield, A., Tiggemann, M. (1992). Social Support and Psychological Well-Being in Young Adults: The Multi-Dimensional Support Scale. *Journal of Personalit*
- Wolfe, J., Erickson, D., Sharkansky, E., King, D., & King, L. (1999). Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: a prospective analysis.. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67 4, 520-8 . <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.520>.
- Zalta, A., Tirone, V., Orłowska, D., Blais, R., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N., Adkins, E., & Dent, A. (2020). *Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis.. Psychological bulletin.* <https://doi.org/10.1037/bul0000316>.
- Zhang, Y., Cui, C., Wang, L., Yu, X., Wang, Y., & Wang, X. (2021). The Mediating Role of Hope in the Relationship Between Perceived Stress and Post-Traumatic Stress Disorder Among Chinese Patients with Oral Cancer: A Cross-Sectional Study. *Cancer Management and Research*, 13, 393 - 401. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S281886>.
- Zwanziger, T., Anderson, C., Lewis, J., Ferreira, R., & Figley, C. (2017). *Resilience and Knowledge of PTSD Symptoms in Military Spouses.* *Traumatology*, 23, 43–48. <https://doi.org/10.1037/trm0000093>

## Referências Bibliográficas (Referente à Revisão De Literatura Alargada)

- Adams, G., King, L., & King, D. (1996). Relationships of job and family involvement, family social support, and work-family conflict with job and life satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 81, 411-420.. <https://doi.org/10.1037/0021->
- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E. & Lopes, F. (1992). Distúrbio pós-traumático do stress em combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, 399-407.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P.M., & Alves, C. (2003). *Perturbação pós-traumática de stress (PTSD): avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa*. Acta médica portuguesa.  
<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1209/861>
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: 4ª edição revista (DSM IV-TR)*. Climepsi Editores.
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H. Schultz, L., Davis, G. & Andresky, P. (1998). *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma*. Archives of General Psychiatry. PMID: 9672053  
<https://doi: 10.1001/archpsyc.55.7.626>
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2007). *Psychological theories of PTSD*. In M. J. Friedman, T. M. <https://doi 10.1007/978-3-039-07109-1>
- Carvalho, M. T. J.(2017). *Perturbação Pós-Stresse Traumático De Guerra Avaliação Psicológica e Modelo Preditivo dos Sintomas* Tese de doutoramento em Psicologia, especialidade em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. WWW: <http://hdl.handle.net/10316/80036>
- Cascudo, F. L. C. (1979) - *Angola: A guerra dos traídos*. Rio de Janeiro, Bloch, editores S A. PDF ([www.aiepeditore.com](http://www.aiepeditore.com))
- CID-10. (1992). *Classificação Internacional de Doenças - 10ª Edição*. OMS.
- Connell, M., Omole, O., Subramaney, U., & Olorunju, S. (2013). Post traumatic stress disorder and resilience in veterans who served in the South African border war. *African Journal of Psychiatry*, 16. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i6.55>
- Durand, V. M. & Barlow D. H. (2010). *Psicologia Anormal: Uma Abordagem Integrada*. Cengage
- Elhai, J., Grubaugh, A., Kashdan, T. & Frueh, B. (2008). Empirical examination of a proposed refinement to DSM-IV posttraumatic stress disorder symptom criteria using

- the National Comorbidity Survey Replication data. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 597-602 PDF ([static1.squarespace.com](http://static1.squarespace.com))
- Ferrajão, P. A. S. C. (2015). *Da Sobrevivência Física À Sobrevivência Mental: Aspectos Do Funcionamento Psíquico Em Ex-Combatentes Da Guerra Colonial Portuguesa*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica. ISPA. TES FERR P1 PDF ([repositorio.ispa.pt](http://repositorio.ispa.pt))
- Fonseca, F & Ventura, M. (2008). *Estudo do PTSD em Militares de acordo com o Grau de Exposição à Guerra*. In *Investigação aplicada ao ensino da Psicologia: Estudos sobre PTSD em grupos de risco em Angola*. Lubango: Centro Universitário da Huíla
- Forças Armadas Angolanas, 2014. *Segurança Nacional e Desafios, Anuais da Conferência sobre Segurança Nacional e Desafios*, Luanda,
- Gooldwin, J. (1987), *The etiology of combat-related post-traumatic stress disorders*, in T Williams. Ed. *post-traumatic stress disorders: A handbook for clinicians*. Disable American Veteran Cincinnati Ohio. <https://psycnet.apa.org/record/1987-97550-001>
- Goldoni, A. (2016), *Estresse: como transformar esse terrível inimigo em aliado*. 1ª edição. São Paulinas Editora.
- Halimi, R., & Halimi, H. (2015). *Risk among Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder: The Impact of Psychosocial Factors on the Escalation of Suicidal Risk*. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 52(3), 263–266. Doi: 10.5152/npa.2015.7592.
- Halligan S. & Yehuda R., (2000). Risk Factors For PTSD. *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD Research Quarterly, volume II, 3 <https://researchportal.bath.ac.uk/en/publications/risk-factors-for-ptsd>
- Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., Laneiro, T., Correia, A., & Anunciação, C. (2017). *A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) em Portugal: Relação com a estima de si e o Coping*. Universidade Autónoma de Lisboa, <http://hdl.handle.net/11144/3338>
- Kassongo, A. C. J. (2017). *Estudos De Validação Da Escala De Evento Traumático – Parto, Na Realidade Das Mulheres Angolanas* (Dissertação De Mestrado Em Psicologia 123 (1)(1) PDF ([repositorio.ual.pt](http://repositorio.ual.pt)))
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, doi: 10.1371/journal.pmed.1003262. eCollection 2020 Aug.
- Van Der Kolk, B.. (2020). *O corpo não esquece- cérebro, mente e corpo na superação do trauma*. 1ª edição. editora luade papel.

- Kulka, R., Schlenger, W., Fairbank, J., Hough, R., Jordan, B., Marmar, C., and Weiss, D. (1990). In Fitley, C. (Ed.). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel, pp. 236-257. <https://www.amazon.com/Trauma-Vietnam-War-Generation-Readjustment/dp/0876305737>
- Litz, B. T. (2007). *Research on the impact of military trauma: current status and future directions*. *Military Psychology*, 19(3), 217-238. <https://doi.org/10.1080/08995600701386358>
- Luthans, F. & Youssef, C.; Avolio, B. (2007). *Psychological capital: developing the human competitive edge*. New York: Oxford University.
- Mahon Daryl (2022). *Trauma-Responsive Organisations: The Trauma Ecology Model*. 1ª ed.
- Marriam -Webster (1988), *webster's Ninth New Collegiate Dictionary*, Springfield, MA: Aut.
- Matsakis, A. (1988), *Vietnam wives: Kensington,MD: woodbine House*. <https://www.abebooks.co.uk/VIETNAM-WIVES-Women-Children-Surviving-Life/425613440/bd>
- Meadows, E.; Fox, E. (2000), «*Cognitive behavioural treatment for PTSD*, in A. Y. Shalev, 750–757. <https://doi.org/10.1037/tra0000258>
- McIntyre, T & Ventura, M. (1996). *Validação da Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático*. Lisboa: Apport Mandriz, I. & Ventura, M. (2008). Estudo do PTSD em Mutilados de Guerra. In *Investigação aplicada ao ensino da Psicologia: Estudos sobre PTSD em grupos de risco em Angola*. Lubango: Centro Universitário da Huíla.
- O'Brien, L. S (1998), *Traumatic events and mental health*. combridge University press.
- Oliveira, S. M. (2008). *Traumáticas Da Guerra: Traumatização Secundária Das Famílias Dos Ex-Combatentes Da Guerra Colonial Com PTSD*. Mestrado Em Psicologia, Universidade De Lisboa Faculdade De Psicologia E De Ciências Da Educação.
- Ommeren, M.,V S., & Saraceno, B. (2005). *Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? Bulletin of the World Health Organization*, pp.71-7.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). *Contribuição Para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229–239. <file:///C:/Users/HP/Downloads/76.pdf>.

- Pereira, A. (2012). *Trauma e perturbação de stress pós-traumático*. (Tese de Mestrado não publicada). ISPA, Lisboa, Portugal.
- Raphael, D., Philips, S., Renwick, R. & Sehdev, H. (2000). Government policies as a threat to public health: findings from two community quality of life studies in Toronto. *Canadian Journal of Public Health*, 91, 181-187. doi: 10.1007/BF03404267
- Ruzek, J., Young, B., Cordova, M., & Flynn, B. (2004) *integration of Disaster Mental Health Services with Emergency Medicine*.
- Solomon, Z., Garb, R., Bleich, A. et al. (1987). Reactivation of combat - related PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 144, 51-55. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.1.51>
- Schnurr, P., Friedman, M. & Rosenberg, S. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combated-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150, 479-483 <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.479>
- Tavares, J. (2001). *A resiliência na sociedade emergente*. (Org.), Resiliência e educação (pp.43-76). São Paulo: Cortez
- United Nations (1996). *Impact of armed conflict on children: Report of the expert of the secretary general of the United Nations Ms. Graça Machel*, Nova Yorque: United Nations Pb.
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Young, B., Ford, J., Ruzek, J., Friedman, M., & Gusman, F. (2001). *Disaster mental health services: The National Center for Post-traumatic Stress Disorder-Department of Vet Affairs*.
- Yehuda, R. & Wong, C. (2002). *Pathogenesis of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*. In J. Stein & E. Hollander (Eds). *Textbook of anxiety disorders*, 373-385. Washington, DC: American Psychiatric Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004735/>

## ANEXOS

### CONSENTIMENTO INFORMADO

No presente estudo pretendemos analisar o impacto dos acontecimentos vividos em contexto de guerra no *stress* e sintomas dos ex-combatentes das FAA.

A resposta a este protocolo de investigação é de carácter voluntário, não existindo quaisquer recompensas associadas à participação, monetárias ou de outro cariz. A recolha e o tratamento dos dados respeitarão os pressupostos de anonimato e de confidencialidade.

**A sua participação é voluntária e pode desistir do preenchimento do questionário em qualquer momento.**

Não existem respostas certas ou erradas. Responda de forma sincera a cada questão. Estima-se que o preenchimento deste protocolo demore entre 15 a 20 minutos.

A Investigadora: **Major, Paulina Francisco Rafael Dias**, Mestranda em Psicologia Social e das Organizações no Instituto Piaget de Almada-Portugal, (CEP - 001987).

Li e aceito participar

O Participante \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

Patente \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Unidade \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_ Situação militar \_\_\_\_\_

Tempo de serviço \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_.

❖ Coloque apenas um X para responder as questões

**1. Participou no conflito armado? Sim**  **Não**

**2. Se sim, em que operação combativa participou?**

- a) Conflito armado pós-eleitoral.
- b) Guerra de guerrilha contra a FLEC.
- c) Missões externas.
- d) Missões especiais.
- e) Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**3. Por Quantos anos esteve destacado (a) em operações combativas?**

- a) Menos de um ano.
- b) Mais de um ano.
- c) Mais de três anos.
- d) Mais de cinco anos.
- e) Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**4. No decorrer das operações combativas que incidente mais lhe marcou?**

- a) Assistir a morte e ferimentos graves de um(a) colega.
- b) Confronto corpo a corpo com o inimigo.
- c) A morte e sofrimento da população civil.
- d) Matar para não ser morto.
- e) Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**5. Como se sentiu durante as operações combativas em pleno campo de batalha?**

- a) a) Muito exposto(a) e inseguro(a).
- b) Com muito medo de morrer.
- c) Muito seguro(a) e motivado(a).
- d) Com sentimento de culpa.
- e) Outro  Qual? \_\_\_\_\_.

**6. Antes das missões combativas, teve algum problema psicológico ou emocional? Sim**

Não

**7. Se sim, qual das alíneas?**

- a) Depressão.
- b) Stress aguda.
- c) Luto patológico (mais de um ano).
- d) Separação ou divórcio.
- e) Outro  Qual? \_\_\_\_\_.

**8. Já antes tinha passado por eventos traumáticos (acidente, morte de ente querido, assalto, guerra, etc)? Sim  Não**

- a) Assistiu a morte ou ferimento grave de um familiar ou amigo.
- b) Como população civil, fugiu de uma zona de guerra.
- c) Assistiu ou foi vítima de assalto a mão armada.
- d) Presenciou ou viveu episódios de violência doméstica.
- e) Outro  Qual? \_\_\_\_\_.

**9. Acredita que teve formação e informação suficiente para o cumprimento da missão (combate)? Sim  Não**

**10. Quando terminou a missão combativa teve apoio e acompanhamento psicológico? Sim  Não**

**11. Teve boa receção e reenquadramento familiar após o seu regresso? Sim  Não**

**12. Tem alguma doença, lesão ou deficiência adquirida como consequência da guerra? Sim  Não**

**13. Se sim, qual das alíneas?**

- a) Perda por amputação dos membros superiores
- b) Perda por amputação dos membros inferiores
- c) Problemas auditivos
- d) Problemas de visão
- e) Outro  Qual? \_\_\_\_\_.

**Muito obrigado!**

## I - CHECKLIST (PCL)- VERSÃO MILITARES

Nada (1) Um pouco (2) Moderadamente (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Em que medida sofreu dos seguintes sintomas:	A seguir ao(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra				
a) Recordações, pensamentos ou imagens perturbadoras e repetitivas do acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra	1	2	3	4	5
b) Sonhos perturbadores e repetitivos com o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra	1	2	3	4	5
c) Agir ou sentir como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra estivesse(m) a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver)	1	2	3	4	5
d) Sentir-se muito perturbado quando algo o relembra do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra.	1	2	3	4	5
e) Ter reações físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respira-tórias, transpiração) quando qualquer coisa se assemelha a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra	1	2	3	4	5
f) Evitar pensar ou falar sobre o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra ou evitar ter sentimentos relacionados com esse(s) acontecimento(s)	1	2	3	4	5
g) Evitar atividades ou situações porque elas lhe lembram o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra	1	2	3	4	5
h) Ter dificuldade em lembrar aspetos importantes do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a guerra	1	2	3	4	5
i) Perda de interesse por atividades de que antes costumava gostar	1	2	3	4	5
j) Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas	1	2	3	4	5
k) Sentir-se emocionalmente adormecido ou incapaz de sentir afeto pelas pessoas que lhe são próximas	1	2	3	4	5
l) Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo	1	2	3	4	5
m) Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir	1	2	3	4	5
n) Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria	1	2	3	4	5
o) Ter dificuldade em se concentrar	1	2	3	4	5
p) Estar “super-alerta” ou hipervigilante ou em guarda	1	2	3	4	5
q) Sentir-se sobressaltado ou facilmente alarmado	1	2	3	4	5

1. Quanto tempo depois do acontecimento traumático é que estes sintomas surgiram?

Nos primeiros 6 meses

Após 6 meses ou mais

2. Durante quanto tempo, após a ocorrência do acontecimento traumático, teve os sintomas acima descritos?

Menos de 1 mês

Menos de 3 meses

3Meses ou mais

**Confirme se respondeu a todas as afirmações por favor e muito obrigada.**

## II - IES-R *Impact of Event Scale –Revised*

(escreva acontecimento a que se refere)

que aconteceu há \_\_\_\_\_ semanas/meses/anos (risque opções erradas).

	Nada	Um pouco	Modera damente	Muito	Muitíss imo
1 – Qualquer lembrança traz consigo sentimentos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
2 –Tive dificuldade em dormir continuamente.	0	1	2	3	4
3 – Outras coisas continuam a fazer-me passar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
4 – Senti-me irritado/a ou zangado/a.	0	1	2	3	4
5 – Evitei ficar perturbado/a quando pensava ou me lembrava disso.	0	1	2	3	4
6 – Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.	0	1	2	3	4
7 – Senti como se não tivesse acontecido ou que não era real.	0	1	2	3	4
8 – Afastei-me de coisas que me lembravam o sucedido.	0	1	2	3	4
9 – Surgiram-me imagens do que aconteceu	0	1	2	3	4
10 – Estive agitado/a e assustava-me facilmente.	0	1	2	3	4
11 – Tentei não pensar sobre isso.	0	1	2	3	4
12 – Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não os suportava.	0	1	2	3	4
13 – Os meus sentimentos sobre isso estavam como que adormecido.	0	1	2	3	4
14 – Dei comigo a agir ou a sentir como se estivesse nos momentos em que aquilo aconteceu.	0	1	2	3	4
15 – Tive dificuldade em adormecer.	0	1	2	3	4
16 – Tive momentos de emoções intensas sobre aquilo.	0	1	2	3	4
17 – Tentei apagar da minha memória o que aconteceu.	0	1	2	3	4
18 – Tive dificuldade em concentrar-me.	0	1	2	3	4
19 – As recordações do que aconteceu causaram-me sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náuseas ou aperto no coração.	0	1	2	3	4
20 – Sonhos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
21 – Senti-me defensivo ou em alerta.	0	1	2	3	4
22 – Tentei não falar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4

### III - DASS21 – Ansiedade, Depressão, Stress

	0	1	2	3
1. Tive dificuldades em me acalmar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Senti a minha boca seca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Senti dificuldades em respirar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Senti tremores (por exemplo, nas mãos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dei por mim a ficar agitado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Senti dificuldade em me relaxar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Senti que por vezes estava sensível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico (por exemplo, aumento do ritmo cardíaco).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Senti-me assustado(a) sem ter tido uma boa razão para isso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Senti que a vida não tinha sentido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### IV - Multi-Dimensional Support Scale (MDSS)

1. Indique uma **nota de 0 a 10** (não importante – muito importante), correspondente à avaliação que faz sobre a **importância da sua família e amigos próximos**: \_\_\_\_\_

A. As seguintes questões são sobre a sua **família e amigos próximos**, especialmente 2 ou 3 que sejam mais importantes para si.

					Em que medida teria gostado que eles tivessem feito isso		
					Com mais frequência	Com menos frequência	Está bem assim
1	Com que frequência é que eles realmente o ouviram quando falou acerca das suas preocupações ou problemas?						
2	Com que frequência sentiu que eles estavam realmente a tentar compreender os seus problemas?						
3	Com que frequência é que eles tentaram desviar o seu pensamento dos seus problemas contando anedotas ou falando acerca de outras coisas?						
4	Com que frequência é que eles fizeram sentir que gostavam de si?						
5	Com que frequência é que eles o ajudaram de um modo prático, como por exemplo, fazendo coisas por si ou emprestando-lhe dinheiro?						
6	Com que frequência é que eles responderam às suas questões ou o aconselharam acerca de como resolveram os seus problemas?						
7	Com que frequência pode utilizá-los como exemplos para lidar com os seus problemas?						

2. Indique uma nota de 0 a 10 (não importante – muito importante), correspondente à avaliação que faz sobre a **importância das pessoas da sua idade que estejam em idênticas situações** (ex. os seus camaradas): \_\_\_\_\_

B. Pense agora noutras pessoas que conhece da sua idade que sejam **idênticas a si** relativamente à situação de emprego, ou **que sejam militares**.

						Igual ao quadro anterior		
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Habitualmente ou sempre	Com mais frequência	Com menos frequência	Está bem assim
1	Com que frequência é que eles realmente o ouviram quando falou acerca das suas preocupações ou problemas?							
2	Com que frequência sentiu que eles estavam realmente a tentar compreender os seus problemas?							
3	Com que frequência é que eles tentaram desviar o seu pensamento dos seus problemas contando anedotas ou falando acerca de outras coisas?							
4	Com que frequência é que eles o ajudaram de um modo prático, como exemplo, fazendo coisas por si ou emprestando-lhe dinheiro?							
5	Com que frequência é que eles responderam às suas questões ou o aconselharam acerca de como resolver os seus problemas?							
6	Com que frequência pode utilizá-los como exemplos para lidar com os seus problemas?							

3. Indique uma nota de 0 a 10 (não importante – muito importante), correspondente à avaliação que faz sobre as **pessoas que exercem alguma autoridade sobre si** (p. e. os seus comandantes): \_\_\_\_\_

C. Finalmente, pense em **pessoas que exercem alguma autoridade sobre si**. Se está na vida militar, então significa os seus **comandantes ou chefes**.

						Igual ao quadro anterior		
		Nunca	Algum as vezes	Freque nteme nte	Habitual mente ou sempre	Com mais frequê ncia	Com menos frequên cia	Está bem assim
1	Com que frequência é que eles realmente o ouviram quando falou acerca das suas preocupações ou problemas?							
2	Com que frequência sentiu que eles estavam realmente a tentar compreender os seus problemas?							
3	Com que frequência é que eles tentaram desviar o seu pensamento dos seus problemas contando anedotas ou falando acerca de outras coisas?							
4	Com que frequência é que eles cumpriram com as suas responsabilidades para consigo e o ajudaram de um modo prático?							
5	Com que frequência é que eles responderam às suas questões ou o aconselharam acerca de como resolveram os seus problemas?							
6	Com que frequência pode utilizá-los como exemplos para lidar com os seus problemas?							

### V - OREA – Autoestima, Resiliência, Confiança, Esperança

---

	1	2	3	4
1. Em momentos difíceis, geralmente, espero o melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Consigo alcançar os meus objetivos mesmo que existam obstáculos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Penso que a minha vida tem sentido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto-me confiante para lidar eficientemente com acontecimentos inesperados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sou sempre otimista ao pensar no meu futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mesmo que algo esteja a correr mal, não desisto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acredito que cada dia é valioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No geral, consigo lidar com tudo, venha o que vier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Normalmente, espero que me aconteçam mais coisas positivas do que negativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou capaz de tomar decisões difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sinto que a minha vida tem valor e vale a pena.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se aplicar o esforço necessário, consigo resolver a maioria dos problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## VI - ESCALA RESILIÊNCIA “ER”.

		Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo pouco	Não discordo nem concordo	Concordo pouco	Concordo muito	Concordo totalmente
		1	2	3	4	5	6	7
1	Normalmente eu lido com os problemas de uma forma ou de outra.							
2	Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que de qualquer outra pessoa.							
3	Manter-me interessado/a nas atividades do dia-a-dia é importante para mim.							
4	Posso estar por conta própria se for preciso.							
5	Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objetivos na minha vida.							
6	Sou amigo/a de mim próprio/a.							
7	Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.							
8	Sou determinado/a.							
9	Raramente me questiono se a vida tem sentido.							
10	Vivo um dia de cada vez.							
11	Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.							
12	Tenho autodisciplina.							
13	Mantenho-me interessado/a nas coisas.							
14	Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.							
15	A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.							
16	Numa emergência, sou alguém com quem geralmente pessoas podem contar.							
17	Normalmente consigo olhar para uma situação de várias as perspectivas.							
18	Por vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.							
19	A minha vida tem um propósito.							
20	Eu não fico obcecado/a com coisas que não posso resolver.							
21	Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.							
22	Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito							
23	Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.							

